

4.2 Leistungsorientierte Krankenanstalten-Finanzierung mit Leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen in Österreich

4.2.1 Überblick

<i>Leistungsorientierte Krankenanstalten-Finanzierung</i>	In Österreich wurde seit Ende der 90iger Jahre ein eigenes System zur <i>leistungsorientierten Krankenanstalten-Finanzierung</i> entwickelt. ³⁵⁰ Es wird auf den 1.1.97 definitiv eingeführt.
<i>Modell-Komponenten</i>	Das Modell der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) basiert auf 916 leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen (LDF). Diese gehören – nebst einer Reihe von Regeln zur Gewichtung ("Bepunktung") von Behandlungsfällen – zum <i>Kernbereich</i> des Modelles. Im zweiten Modellteil, dem <i>Steuerungsbereich</i> , wird nach krankenhausspezifischen Merkmalen differenziert. Es können berücksichtigt werden: Krankenhaustyp, apparative Ausstattung, Auslastung, Personalfaktor, Bausubstanz und eine Hotelkomponente. Währenddem der Kernbereich bundesweit einheitlich gestaltet ist, kann der Steuerungsbereich von den Bundesländern den eigenen Bedürfnissen angepasst werden.
<i>Diagnosenfallgruppen</i>	<i>Leistungsorientierte Diagnosenfallgruppen</i> (LDF) sind Patientenkategorien, die primär auf ausgewählten medizinischen Einzelleistungen oder auf Diagnosen beruhen. Die LDF sind hierarchisch nach drei Ebenen gegliedert: (a) 2 Typen von Gruppen: – Gruppen, die auf ausgewählten medizinischen Einzelleistungen beruhen (MEL-Gruppen), – Gruppen, die auf Hauptdiagnosen basieren (HDG-Gruppen). (b) 141 MEL-Gruppen und 253 HDG-Gruppen. (c) insgesamt 916 LDF.
<i>Kostengewichte</i>	Die Kostengewichte wurden aufgrund von Kostenkalkulationen in 20 Referenzspitälern errechnet. Beim Zutreffen von mehreren MEL-basierten LDF's werden Zuschläge zum Kostengewicht der aufwendigsten LDF gemacht.
<i>Ausreisser</i>	Für jede LDF sind untere und obere Grenzverweildauer definiert. Bei unteren Ausreissern wird das Kostengewicht reduziert; bei Ausreissern nach oben wird das Kostengewicht mit einem degressiven Zuschlag versehen.

³⁵⁰ Gaugg/Embacher (LKF/Info95); BMGK-A (LKF97).

4.2.2 Ablauf der LDF-Zuweisung

Zunächst werden alle Patienten, die von ihrer Aufnahmeart her nicht mittels Fallpauschalen abgerechnet werden können, aussortiert. Dies sind Pflege- und Langzeitpatienten, Patienten des halbstationären Psychatriebereichs, neurologische Patienten, die zur Akut-Nachbehandlung aufgenommen werden, und Patienten der geriatrischen Medizin. Zur Klassifizierung gelangen Patienten des allgemein stationären Bereichs inkl. Intensivbereich, und zwar unabhängig davon, ob es sich auf Erstaufnahmen, Transfers aus anderen Krankenhäusern oder um Wiederaufnahmen handelt.

Aufnahmeart

Zur Klassifizierung werden primär Diagnosen und Prozeduren herangezogen. Als Diagnosenkatalog wird in Österreich die adaptierte VESKA-Fassung der ICD-9 unter dem Namen ICD-9-BMGK verwendet. BMGK steht dabei für "Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz". Der Leistungskatalog wurde von Ärzten speziell zum Zwecke der leistungsorientierten Finanzierung entwickelt und enthält 812 ausgewählte Medizinische Einzelleistungen (MEL). Nebst Operationen erhält dieser Leistungskatalog auch eine ganze Reihe konservativer Massnahmen. (Vgl. S. 110.)

*Ausgewählte
Prozeduren oder
Hauptdiagnose*

Wenn nun bestimmte Prozeduren aus dem "Leistungskatalog BMGK" vorhanden sind (im einzelnen: Operationen, interventionelle Radiologie, interventionelle Kardiologie, Chemotherapie, Alkohol- oder Drogenentwöhnung), dann wird der Behandlungsfall in eine der 141 Medizinischen Einzelleistungs-Gruppen ("MEL-Gruppen") eingeteilt. Wenn keine oder eine der übrigen MEL-Prozeduren codiert wurde (nichtchirurgische Therapien und diagnostische Prozeduren), dann wird der Behandlungsfall aufgrund der Hauptdiagnose einer der 253 Hauptdiagnosen-Gruppen ("HDG-Gruppen") zugeteilt. Wenn mehrere MEL-Gruppen in Frage kommen, dann wird die Gruppe mit der höchsten Punktezahl ausgewählt. Für die weiteren Leistungen gibt es Zusatzpunkte.

Innerhalb jeder MEL-Gruppe bzw. HDG-Gruppe wird nach weiteren, unterschiedlich angewendeten Kriterien eine weitere Unterteilung gemacht, womit dem Patienten schliesslich eine der insgesamt 916 LDF zugeteilt wird. Kriterien zur weiteren Unterteilung sind bei MEL-Gruppen hauptsächlich das angewandte Verfahren, das Alter und/oder die Hauptdiagnose, seltener das Vorhandensein bestimmter Nebendiagnosen; bei HDG-Gruppen sind es hauptsächlich Hauptdiagnose, medizinische Einzelleistungen³⁵¹ und Alter.

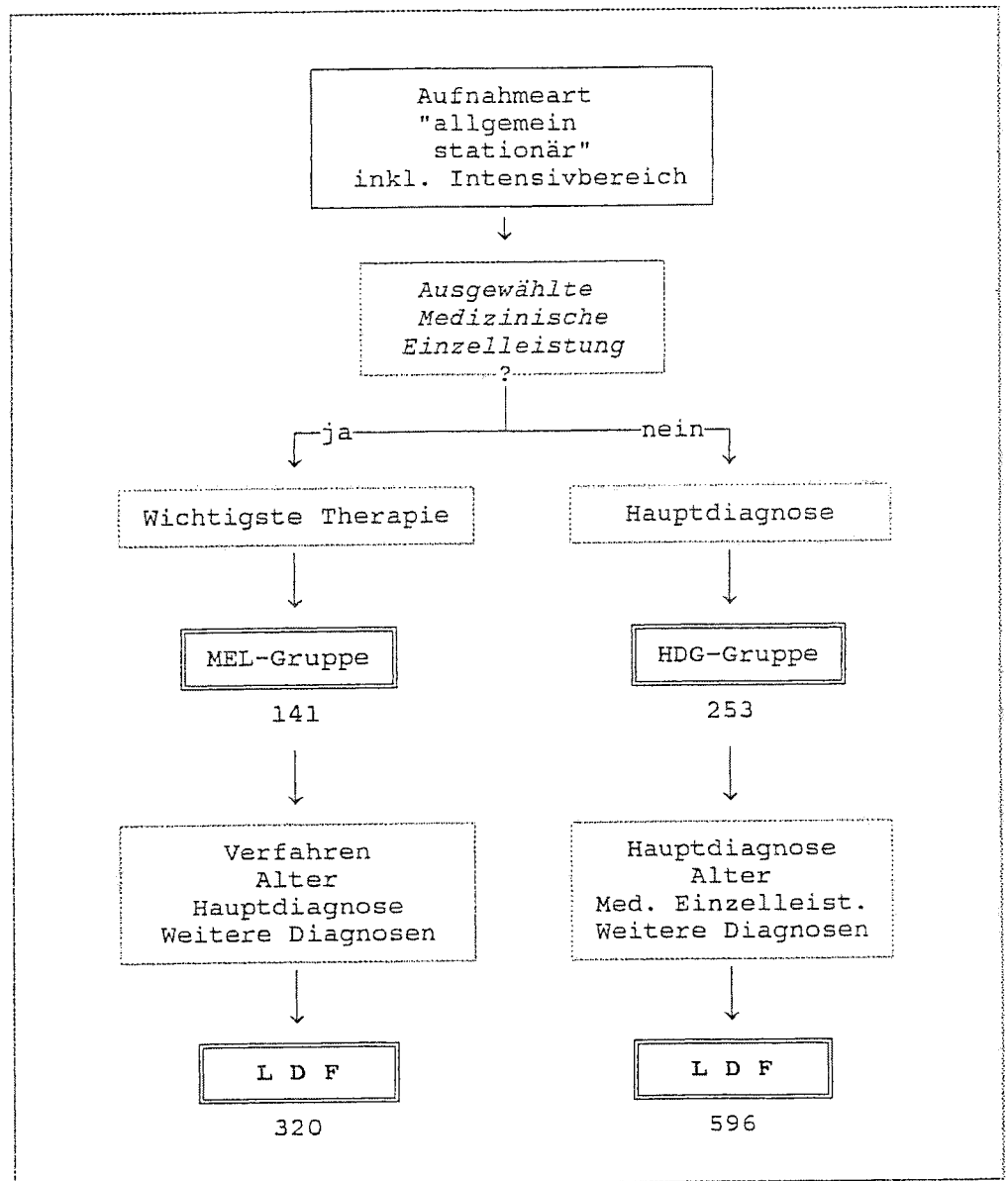
Weitere Kriterien

³⁵¹ Die weiteren, zumeist nichtchirurgischen Medizinischen Einzelleistungen, die nicht zu einer MEL-Zuordnung führen, sind nach Leistungsarten zusammengefasst in eine Gruppe von diagnostischen Leistungen (Gruppe DGL), in eine Gruppe von therapeutischen Leistungen (THL) und unabhängig davon auch noch in Leistungsgruppen, z.B. LGR03 = Strahlentherapie, LGR04 = Endoskopische Therapie, LGR05 = Endoskopische Diagnostik.

Überweisungen in ein
anderes Krankenhaus

Überweisungen in ein anderes Krankenhaus werden nicht speziell behandelt. Beide Leistungserbringer weisen dem Patienten eine LDF zu; beide können eine Fallpauschale abrechnen. Bei operativen Eingriffen kann jenes Krankenhaus, das den Eingriff vorgenommen hat, den Fall einer MEL-Gruppe zuteilen. Für die (konservative) Behandlung im andern Krankenhaus trifft eine HDG-Gruppe zu.

Abb. 170:
Ablauf der LDF-
Zuweisung



4.2.3 Berücksichtigung des Schweregrades

Der Schweregrad wird im LKF-Modell auf mehrfache Weise berücksichtigt:

- Bildung von MEL-Gruppen bzw. HDG-Gruppen nach:
 - unterschiedlich schweren Prozeduren bzw. Hauptdiagnosen.
- Differenzierung von MEL-Gruppen bzw. HDG-Gruppen nach:
 - speziellen Prozeduren,
 - Nebendiagnosen und Komplikationen.
- Zusätzliche Gewichtung bei Intensivpflege.
- Zusätzliche Gewichtung bei Ausreißern nach oben.

Als Beispiel für die MEL- und HDG-Gruppenbildung nach Schweregraden sind im folgenden jene sieben Gruppen zusammengestellt, die verschiedenen Krankheiten der Galle zugeordnet werden. (Sie sind zusätzlich in insgesamt 29 LDF's unterteilt.)

- MEL 05.05: Cholezystektomie	3
- MEL 05.06: Eingriffe am Gallengangsystem ohne Anastomose, biliodigestive Anastomose	5
- HDG 08.02: maligne Neoplasien von Leber, Galle, Pankreas	5
- HDG 08.03: benigne Neoplasien (des Verdauungssystems)	1
- HDG 08.15: Erkrankungen von Leber, Galle, Pankreas	6
- HDG 08.16: komplizierte Erkrankungen von Leber, Galle, Pankreas	5
- HDG 08.18: Symptome und Zustände betreffend Verdauungssystem ³⁵²	4

Abb. 171:
MEL- und HDG-Gruppen bei Krankheiten der Galle
(mit Anzahl LDF's)

4.2.4 Aggregationsstufen

Auswertungen von LDF-kategorisierten Behandlungsfällen können in folgenden Stufen zusammengefasst werden:

<ul style="list-style-type: none"> • MEL-Gruppen bzw. HDG-Gruppen: <ul style="list-style-type: none"> - nach MEL-Gruppen bzw. HDG-Gruppen, differenziert nach LDF's - nur nach MEL-Gruppen bzw. HDG-Gruppen • MEL-Hauptgruppen bzw. HDG-Hauptgruppen: <ul style="list-style-type: none"> - einzeln nach MEL-Hauptgruppen bzw. HDG-Hauptgruppen - kombiniert nach zusammengehörigen MEL- und HDG-Hauptgruppen
--

Abb. 172:
LDF-Aggregationsstufen

³⁵² Hier werden z.B. die Cholelithiasis ohne Angabe einer Cholezystitis (ICD-9 574.2) und die nicht näher bezeichnete Cholelithiasis eingeteilt (ICD-9 574.9).

4.2.5 LDF-Beispiel

Abb. 173: Appendektomie und Appendizitis (MEL-Gruppe 06.01 und HDG-Gruppe 08.06)

Appendektomie		Code	FP	LK	TK/M	G1	M	G2
laparoskopische Operation		MEL 06.01 A	34'295	16'702	3'519	2	5.0	10
andere Operation	Alter > 69 J.	MEL 06.01 B	32'252	4'483	2'479	6	11.2	26
	Alter ≤ 69 J.	MEL 06.01 C	22'156	5'583	3'069	3	5.4	8
Appendizitis und Darmdivertikel ohne Komplikationen		Code	FP	LK	TK/M	G1	M	G2
ohne Operation	Alter > 69 J.	HDG 08.06 B	18'359	239	2'746	3	6.6	12
	Alter ≤ 69 J.	HDG 08.06 C	11'177	134	2'761	2	4.0	7

Legende:

MEL Fallgruppe basierend auf der Medizinischen Einzelleistung
 HDG Fallgruppe basierend auf der Hauptdiagnose
 FP Fallpauschale
 LK Leistungskomponente
 TK/M Tageskomponente dividiert durch die mittlere Verweildauer

G1 untere Grenzverweildauer
 M Mittlere Verweildauer³⁵³
 G2 obere Grenzverweildauer

4.2.6 Grenzwerte

Grenzwerte

Die untere und obere Grenzverweildauer wurden aufgrund von Quantilen bestimmt. Zu deren Berechnung wurden verwendet:

- für die MEL-Gruppen: das 80%-Intervall aller Patienten;
- für die HDG-Gruppen: das 60%-Intervall aller Patienten;
- für psychiatrische Patienten: das 30%-Intervall aller Patienten.

Die Verweildauergrenzen werden verwendet, um Ausreisser in Abhängigkeit der Aufenthaltsdauern zusätzlich zu gewichten (s. unten).

³⁵³ Die Verweildauer wird hier berechnet als "Austrittsdatum minus Eintrittsdatum". In Österreich heisst dieser Wert: "Belagsdauer".

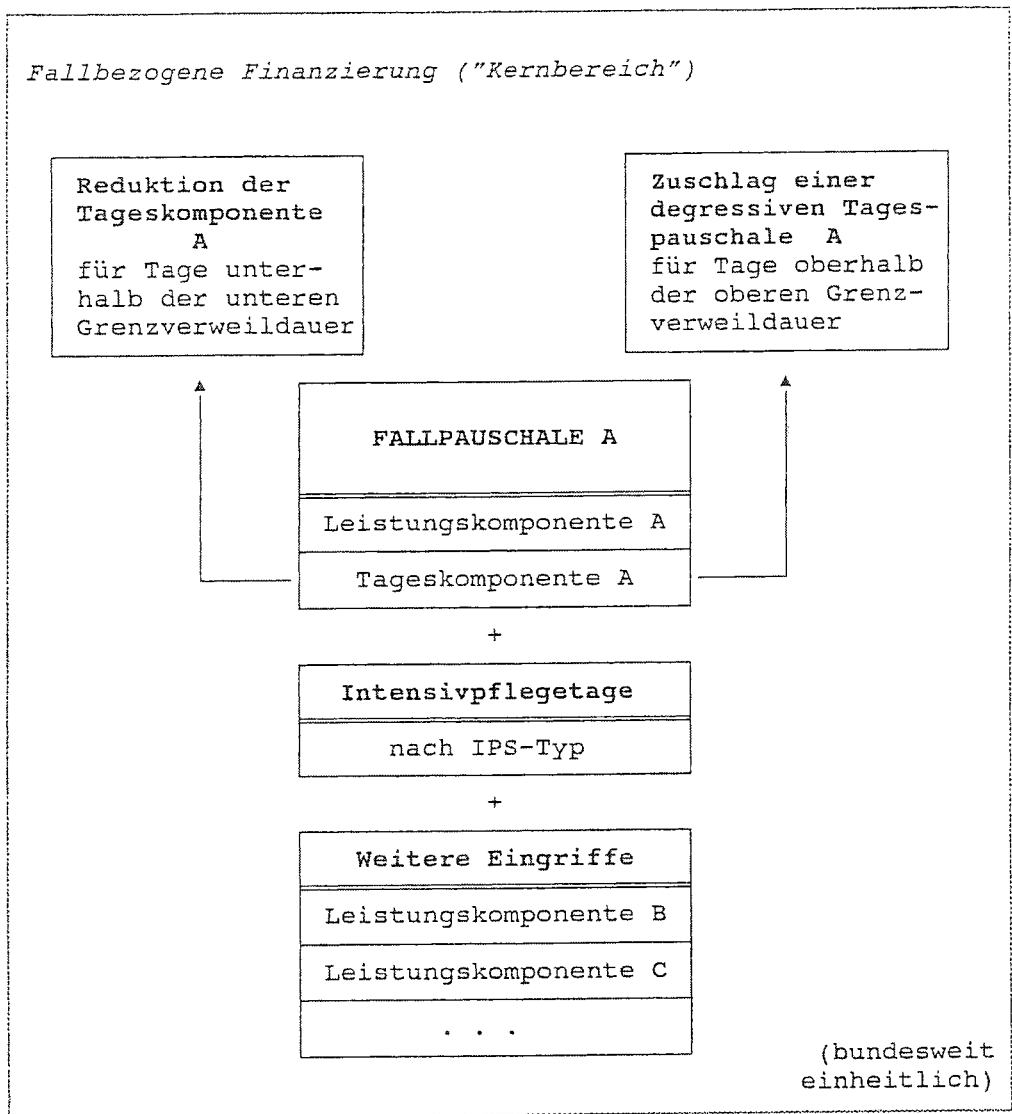
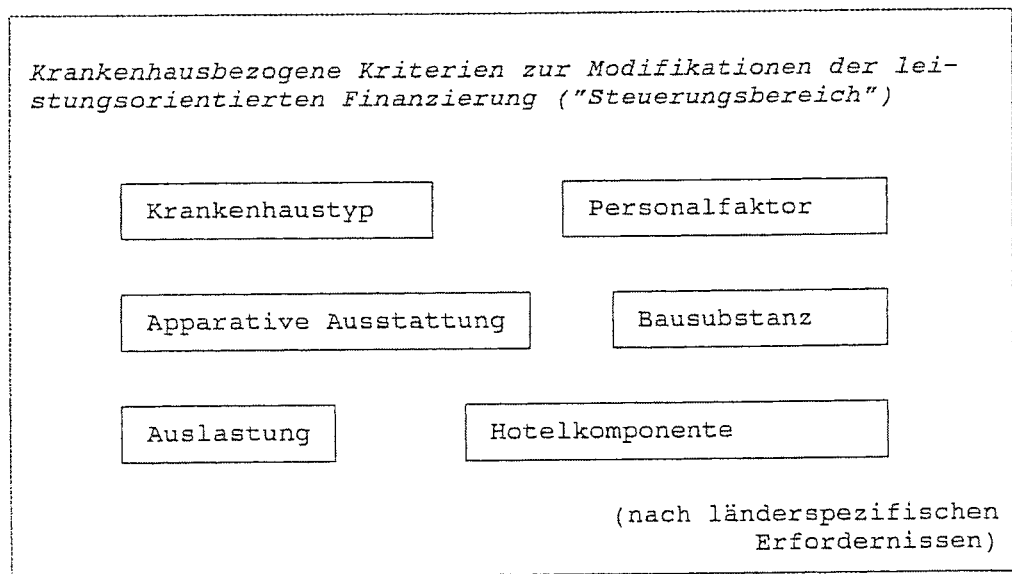


Abb. 174:
Aufbau des LKF-
Finanzierungsmodells



4.2.7 Kostengewichte

Kostengewichte

Jeder LDF sind *Fallpauschalen als Kostengewichte* zugeordnet. Sie entsprechen dem jeweiligen Median der kalkulierten Kosten von knapp 500'000 stationären Aufenthalten in 20 Referenzspitälern.

Fallpauschale

Die Fallpauschalen werden in Punkten angegeben. Sie sind aufgeteilt in eine Leistungskomponente und in eine Tageskomponente. Die Leistungskomponente deckt die Kosten der ausgewählten Prozeduren gemäss "Leistungskatalog BMGK" ab. Die Tageskomponente basiert auf abteilungsbezogenen Tageskostensätzen, die aufgrund der Restkosten (= Abteilungskosten minus Kosten der ausgewählten medizinischen Einzelleistungen minus Kosten der Intensivpflege) berechnet werden.³⁵⁴

$$\text{Fallpauschale} = \text{Leistungskomponente} + \text{Tageskomponente}$$

Zuschlag für Ausreisser nach oben

Wenn die Aufenthaltsdauer oberhalb der oberen Grenzverweildauer liegt, dann erfolgt ein tageweiser degressiver Zuschlag von Punkten. Basis für die Berechnung ist die Tageskomponente, dividiert durch die mittlere Verweildauer. Als Degressionsfaktor wird für jeden zusätzlichen Tag die Verweildauerobergrenze durch die Anzahl der bisher in Behandlung verbrachten Tage dividiert:

$$\text{Zuschlag für den } x\text{-ten Tag bei LDF}_i = \frac{\text{Tageskomponente}_{\text{LDF}_i} \cdot \text{Verweildauerobergrenze}_{\text{LDF}_i}}{\text{mittl. Verw. Dauer} \cdot x}$$

Minimum für HDG 20 (psychiatrische Patienten): 1'500 Punkte
Minimum für übrige Patienten: 500 Punkte

Reduktion für Kurzlieger

Bei Verweildauern unterhalb der unteren Grenzverweildauer wird die Leistungskomponente vergütet und zusätzlich der Tageskomponentenanteil proportional entsprechend den erbrachten Behandlungstagen im Verhältnis zur unteren Grenzverweildauer:

$$\text{Reduktion für jeden Tag unterhalb der Verweildaueruntergrenze}_{\text{LDF}_i} = \frac{\text{Tageskomponente}_{\text{LDF}_i}}{\text{Verweildaueruntergrenze}_{\text{LDF}_i} + 1}$$

Dies bedeutet, dass am ersten Tag (= Tag "0") bzw. bei tageschirurgischer Behandlung gerade die Leistungskomponente und 1 Anteil der Tageskomponente

³⁵⁴ Dass die durchschnittliche Tageskomponente sehr unterschiedlich hoch ausfallen kann (vgl. z.B. TK/M im obigen Beispiel S. 269 mit den LDF's für die Appendektomie), wird damit erklärt, dass unterschiedliche LDF's verschiedenartige Abteilungen beanspruchen. Im Beispiel mit der Appendektomie führen vor allem grössere und spezialisierte (= teurere) Krankenhäuser laparoskopische Operationen durch. Dies erklärt den hohen Tagessatz von 3'519 Punkten für MEL 06.01 A. Eine gewöhnliche Appendektomie wird sehr häufig in (auch eher teureren) Kinderabteilungen durchgeführt (MEL 06.01 C mit 3'069 Punkten), während eine Appendektomie bei über 69-jährigen Patienten meist auf einer normalen chirurgischen Abteilung vorgenommen wird (MEL 06.01 B mit 2'479 Punkten).

vergütet wird (1 Anteil = Tageskomponente / (Untergrenze + 1)).

Für Behandlungen auf Intensivpflegestationen gibt es je nach IPS-Typ Zusatzpunkte pro IPS-Tag. IPS-Typen wurden vorerst aufgrund des Personalfaktors (Pflegepersonal/Intensivbett) definiert.³⁵⁵ Ab 1998 werden möglicherweise für weitere IPS-Leistungen (z.B. Respiratortage) Zusatzpunkte vergeben.

Zuschlag bei Intensivpflege

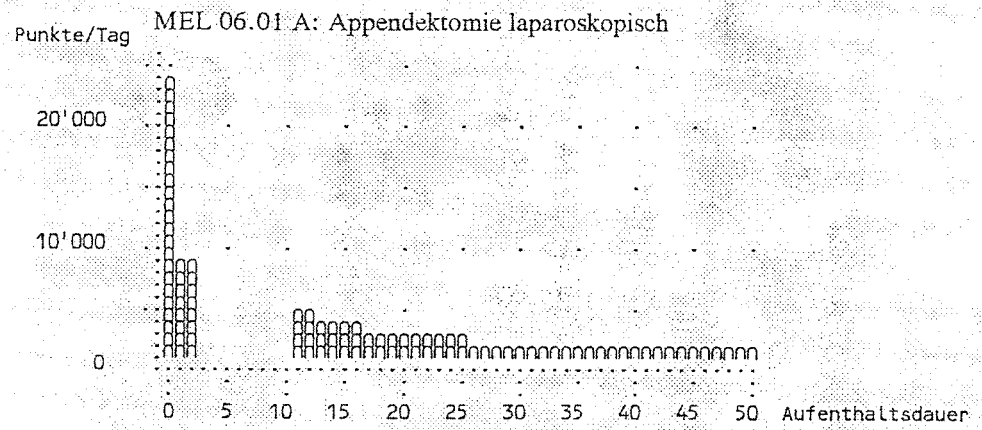


Abb. 175: Vergütung pro Tag in Abhängigkeit von der Aufenthaltsdauer (Beispiel)

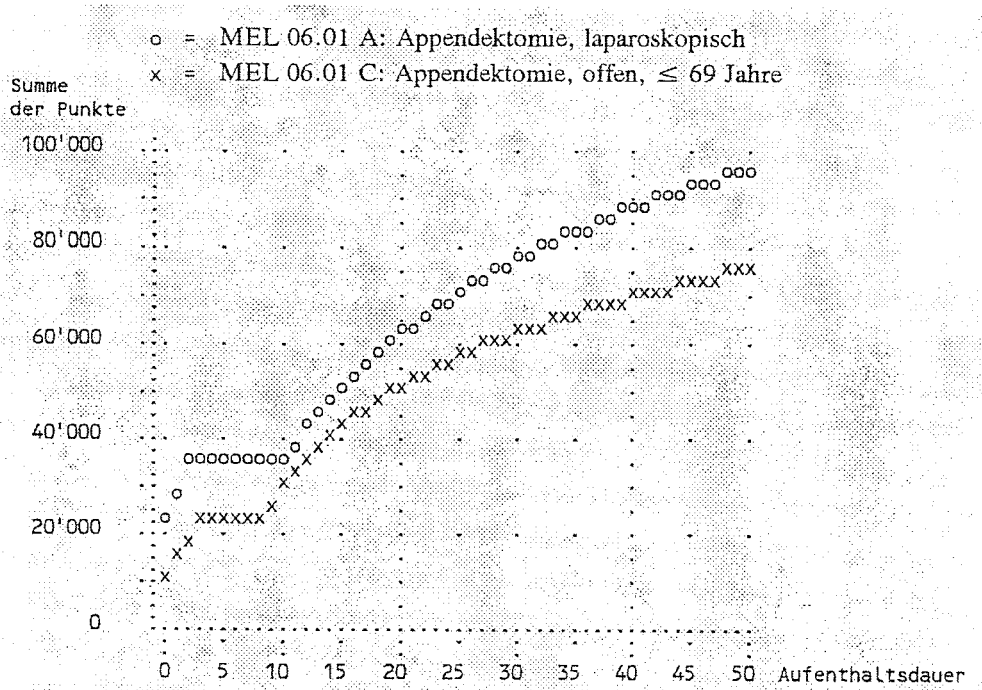


Abb. 176: Kumulierte Vergütung in Abhängigkeit von der Aufenthaltsdauer (2 Beispiele)

³⁵⁵ Es gibt 6 IPS-Typen mit 6'635 bis 26'674 Zusatzpunkten pro Tag.

Spezielle Leistungsbereiche:

- psychiatrische halbstationäre Fälle
- Akut-Nachbehandlung Neurologie
- Geriatrie
- Pflegepatienten

Nicht nach LDF-Punkten werden folgende Bereiche abgerechnet:

- *Halbstationäre* Behandlung (nur tagsüber oder während der Nacht) auf *psychiatrischen Stationen*. Für solche Patienten beträgt die Tagespauschale unabhängig von Diagnose und Therapie 750 Punkte.
- Für *Akutnachbehandlungen* von *neurologischen Patienten* werden Punkte pro Behandlungstag je nach Stationstyp vergeben (3 Typen: ca. 2'400 bis 6'600 Punkte).
- Für *geriatriische Patienten* gibt es eine Tagespauschale von ca. 2'600 Punkten.
- Patienten, die ausschliesslich zur Pflege aufgenommen werden, und sogenannte Asylierungsfälle werden nicht bepunktet.

4.2.8 Entwicklung und Wartung des LKF-Systems

Entwicklung

Das LKF-System wurde unter Leitung des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds (KRAZAF) des Bundesministeriums für Gesundheit und Konsumentenschutz (BMGK) zusammen mit 20 Referenzkrankenhäusern entwickelt. Für die Modellbildung wurde eine Datenbasis aufgebaut, die ca. 20% der Krankenhausaufenthalte umfasste (knapp 1 Mio. Aufenthalte aus den Jahren 1989, 1991 und 1993 bei jährlich ca. 1.8 Mio. Aufenthalten in 330 Krankenhäusern).³⁵⁶ Für diese Aufenthalte wurden nicht nur Diagnosen und ausgewählte medizinische Einzelleistungen (z.B. Operationen) erfasst; es wurden auch die Kosten kalkuliert. Dies geschah auf der Basis einer Kostenstellenrechnung und von Mengengerüsten für die Einzelleistungen.

Frühere Arbeiten

Bereits vor der Entwicklung des LKF-Systems befasste man sich in Österreich mit Patientenklassifikationssystemen und prüfte sie auf deren Anwendbarkeit zur Vergütung von Fallpauschalen. In den Jahren 1985 bis 1987 wurde das DRG-System zusammen mit einem Normkostensystem und einem Globalbudgetsystem erprobt. 1988 bis 1990 wurde dann ein erstes Modell einer leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung erarbeitet, welches in einer nächsten Phase (1991-1994) zum LKF-Modell entwickelt wurde.

Pilotierung

Ab 1993 wurden für alle KRAZAF-finanzierten Krankenhäuser Parallelrechnungen durchgeführt, um zu sehen, welche Ergebnisse sich bei einer Vergütung gemäss LKF-Modell ergäben. Schliesslich wurde das Modell 1995 und 1996 im Lande Vorarlberg und 1996 auch in Niederösterreich in Form von zeitlich befristeten Modellversuchen praktisch angewendet. Resultate dieser Erprobung waren u.a.: Rückgang der Aufenthaltsdauern, Zunahme der Entlassungen am Freitag, Zunahme von kurzen Aufenthalten, verbesserte Diagnosen- und Leistungsdocu-

³⁵⁶ Gaugg/Embacher (LKF/Info95):10f.

mentation. Größere strukturelle Effekte konnten nicht nachgewiesen werden; solche sind auch – angesichts der kurzen Dauer der Pilotierung – noch gar nicht erwartet worden.³⁵⁷

1996 wurde das LKF-System nochmals überarbeitet und auf Ende des Jahres für den bundesweiten Einsatz bereitgemacht. Dazu wurde eine umfangreiche Dokumentation und ein öffentlich verfügbares Scoring-Programm bereitgestellt.³⁵⁸

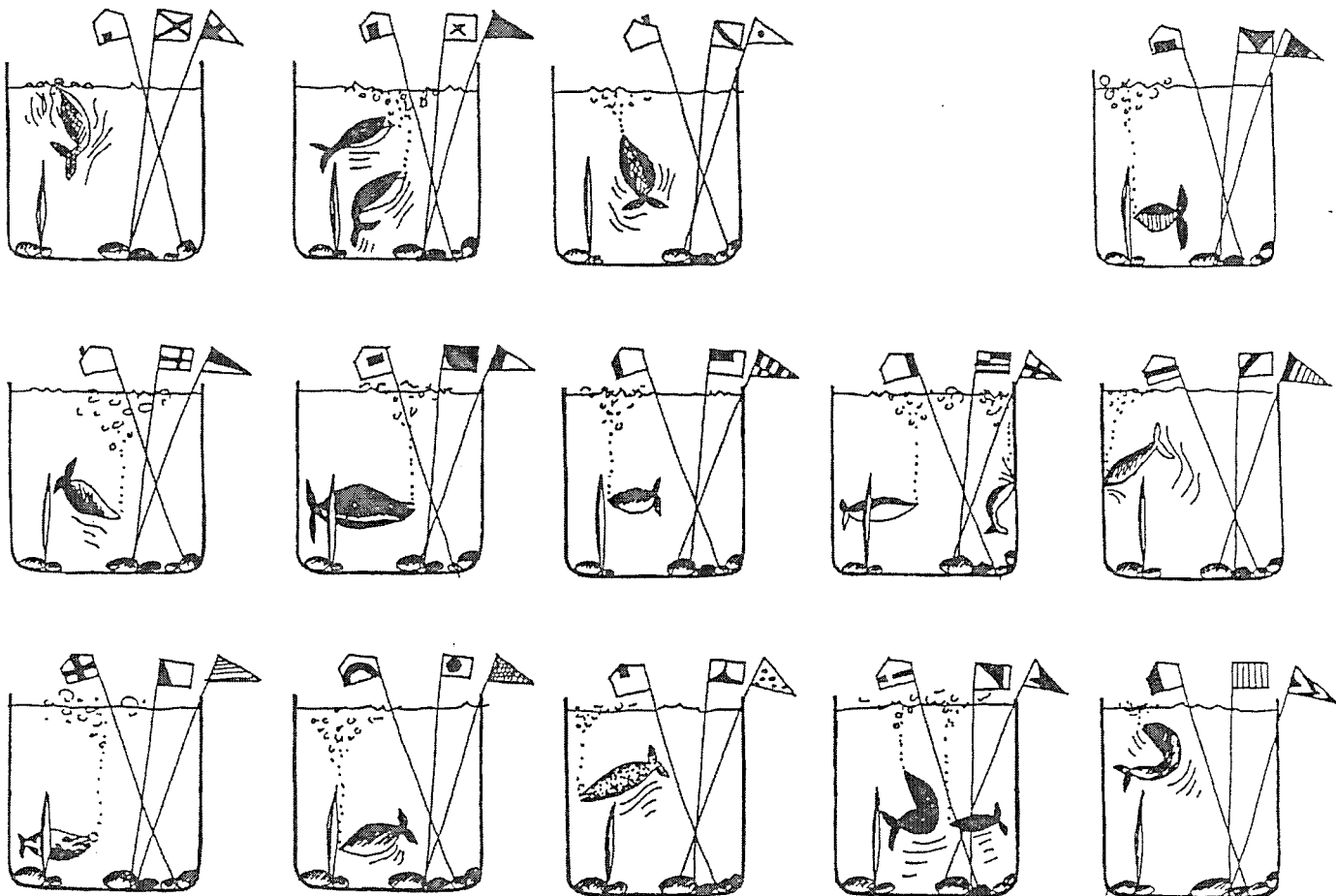
Ab 1997 wird der KRAZAF als Bundesstruktur-Kommission des BMGK neu formiert. Zukünftig wird das LKF-System von dieser Kommission betreut.

Bereinigung

Wartung

³⁵⁷ BMGK-A (LKF97):3f.

³⁵⁸ BMGK-A (LKF97/Programm); verfügbar auch unter: <http://www.bmg.gv.at/bmg/>.



4.3 HBG und HRG: Health Benefit Groups und Health Resource Groups in Grossbritannien

4.3.1 Hintergrund

<i>HRG's: Fallkostengruppen</i>	In Grossbritannien wurden – ausgehend von den DRG's – HRG's entwickelt (Health Resource Groups). HRG's sind stark therapieorientierte Patientengruppen. Sie sollen den Aufwand an Ressourcen abbilden. Sie sind hauptsächlich als Instrument für den Leistungserbringer gedacht.
<i>HBG's: Fallbedarfsgruppen</i>	Um dem Leistungseinkäufer ein Modell in die Hand zu geben, ist in Grossbritannien ein weiteres Modell für Fallbedarfs- bzw. Fallergebnisgruppen in Entwicklung (Health Benefit Groups: HBG). ³⁵⁹ HBG's sind Gruppen von Patienten mit ähnlichen Gesundheitsproblemen, die ähnlicher Behandlungspakete bedürfen und für die bei zweckmässiger Behandlung gleiche Behandlungsergebnisse erwartet werden. ³⁶⁰
<i>Trennung der Sichten von Leistungserbringer und Leistungseinkäufer</i>	Es wird davon ausgegangen, dass die Modelle für Leistungserbringer und Leistungseinkäufer nicht identisch sind, da sie unterschiedliche Anforderungen erfüllen sollen: <ul style="list-style-type: none"> • Der Leistungseinkäufer will den Behandlungsbedarf der (bei ihm versicherten) Bevölkerung untersuchen und die Behandlungsergebnisse nach Möglichkeit überprüfen. • Der Leistungserbringer muss die Kosten seiner Behandlungen kennen, um Preise dafür vereinbaren zu können und um im Betrieb die Ressourcen kostenbewusst einzusetzen.
<i>Langzeitplanung der Gesundheitsversorgung</i>	Das HBG-Modell soll Leistungserbringer und Leistungseinkäufer unterstützen, die Langzeitplanung der Gesundheitsversorgung durchzuführen. Die Aufrechterhaltung der Gesundheit der Bevölkerung soll damit sichergestellt werden können. Aus der Sicht der Gesundheitsversorgung müssen aber nicht nur die erkrankten Menschen im Modell abgebildet werden, sondern auch jene, die dem Risiko der Erkrankung ausgesetzt sind.
<i>Elemente des Modells</i>	Zur Bildung des Modells wurden drei grundlegende Modellelemente herausgeschält: <ul style="list-style-type: none"> • Behandlungsbedarf der Bevölkerung (Nachfrage). • Kosten des Ressourceneinsatzes. • Wert/Nutzen der Behandlung (Behandlungsergebnis).

³⁵⁹ NCMO (HBG/Info96); NCMO (HBG/Info95); Prakash (HBG/Methodology).

³⁶⁰ Prakash (HBG/Methodology):11+16. Vgl. allerdings C International Ltd (HBG/Feasibility):6, wo vorgeschlagen wird, dass Fallbedarfsgruppen unabhängig vom Behandlungsergebnis formuliert werden sollen.

4.3.2 Das Gesundheitsergebnis-Modell (Population Health Outcome Model)

Um den Gesundheitszustand und den Behandlungsbedarf der Bevölkerung festzustellen, wurde das in Abbildung 177 dargestellte "Gesundheitsergebnismodell" entwickelt.

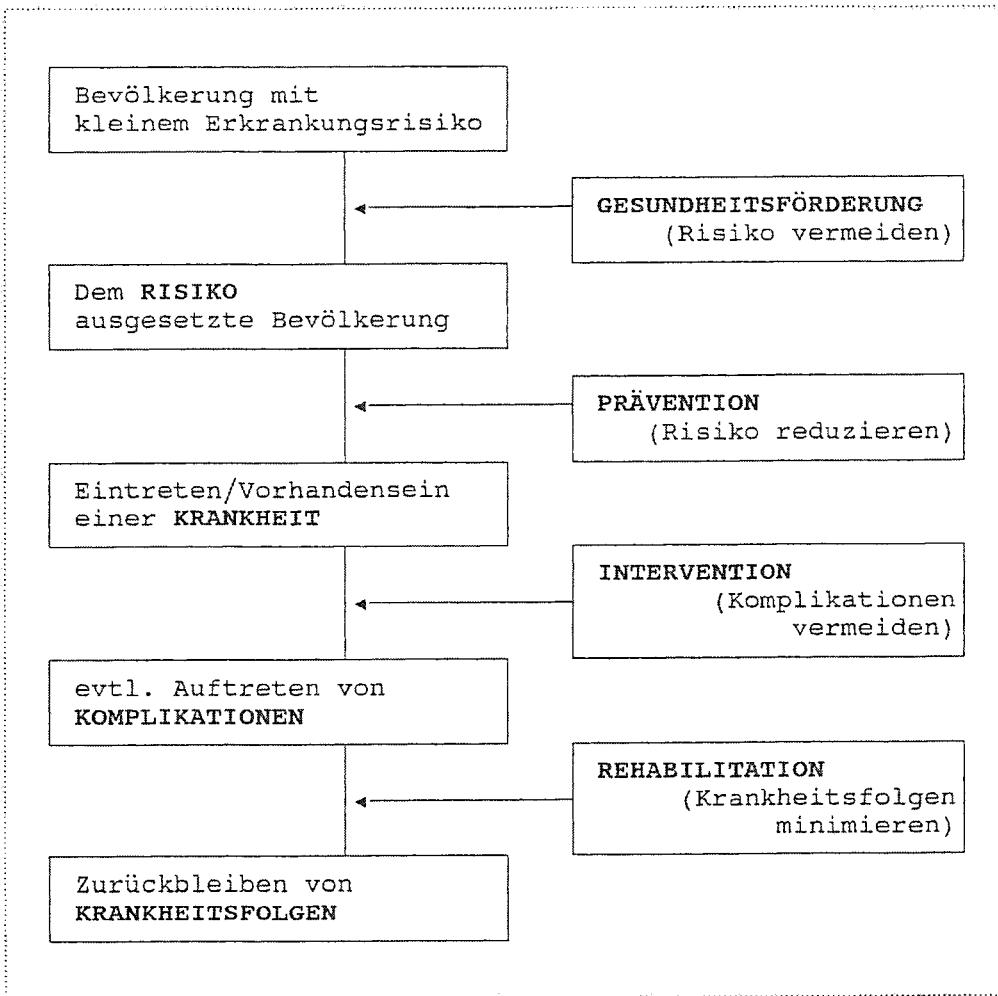


Abb. 177:

Die 5 Ebenen des
Gesundheitsergebnis-
Modells
(Population Health
Outcome Model)

Als Schlüsselaufgaben wurden dazu formuliert:

- *Gesundheitsprobleme* beschreiben.
- Mögliche *Behandlungen* aufgrund von Kosten-/Nutzen-Informationen identifizieren.
- *Ziele* setzen (Ergebniskriterien) und zweckmässige Behandlung auswählen, welche aufgrund der vorhandenen Behandlungsmöglichkeiten durchgeführt werden kann.
- *Ergebnis* der Behandlung beurteilen.

Schlüsselaufgaben

4.3.3 Health Resource Groups

HRG-Entwicklung

1992 wurden die HRG's in ihrer ersten Version zu Testzwecken publiziert; im Herbst 1994 erschien eine zweite Version für den praktischen Einsatz zur internen Ressourcenallokation und für Vertragsverhandlungen auf dem internen Markt der nationalen Gesundheitsdienste (NHS). Die HRG's wurden als eine an Grossbritannien angepasste Neufassung der DRG verstanden. Mit den HRG's wollte man eine bessere statistische Homogenität und eine grössere Akzeptanz bei den Ärzten erreichen. Die Arbeiten werden von heute 20 klinischen Arbeitsgruppen ausgeführt. Sie sind aus vier bis acht Klinikern zusammengesetzt. Die Gruppenleiter werden von den relevanten Berufsvereinigungen oder von Royal Colleges vorgeschlagen. Betreut wird das ganze Projekt vom National Casemix Office (NCMO) unter Leitung von Dr. Hugh Sanderson.³⁶¹

HRG-Aufbau

Es gibt 528 HRG's in 16 Kapiteln. 291 HRG's sind nicht aufgeteilt; 232 HRG's sind als Verfeinerungen nach Alter (meist unter/über 70 Jahre) und/oder Begleiterkrankungen und Komplikationen definiert. Für unklassierbare Fälle sind 5 HRG's vorhanden:

Abb. 178:

HRG's nach Verfeinerungsarten³⁶²

Nicht klassierbar	5
HRG's nur nach Alter verfeinert	86
HRG's nur nach Begleiterkrankungen/Komplikationen verfeinert	52
HRG's nach Alter und nach Begleiterkrankungen/Komplikationen verfeinert	94
HRG's ohne Verfeinerung	291
Total	528

Gruppenbildung

Während die DRG's mit dem AUTOGRP-Algorithmus³⁶³ gebildet wurden, wurde für die Bildung der HRG's der CART-Algorithmus³⁶⁴ angewandt (vgl. S. 52).

Kostenindikator

Zur Konstruktion der HRG's wurde die Aufenthaltsdauer als Kostenindikator verwendet. Teilweise wurden weitere Kostenindikatoren (z.B. Operationszeit, diagnostische Massnahmen, Medikamente usw.) für die Gruppeneinteilung hinzugezogen.

Oberer Grenzwert

Als oberer Grenzwert (Trimpoint) wurde das dritte Quartil + 1.5 mal der Quartilsabstand, maximal aber 50 Tage verwendet.³⁶⁵

³⁶¹ NCMO (HRG1); Anthony/McGuire/Bender (HRG1+); Sanderson (HRG2+Costing); Sanderson/Anthony/Mountney (HRG2).

³⁶² Sanderson/Anthony/Mountney (HRG2):14.

³⁶³ Mills/Fetter/Riedel/Averill (AUTOGRP).

³⁶⁴ Classification und Regression Tree. Vgl. Anthony/McGuire/Bender (HRG1+):12.

³⁶⁵ Sanderson/Anthony/Mountney (HRG2):10.

In Grossbritannien sind die "Read Codes" im Einsatz. Dies ist ein dynamischer Thesaurus klinischer Ausdrücke, der zur Führung der elektronischen Patientendokumentation entwickelt wurde.³⁶⁶ Die Read Codes können nach ICD-9 und ICD-10 sowie nach OPCS4³⁶⁷ übersetzt werden. Die HRG's wurden durch ICD-9-, neu ICD-10-, und OPCS4-Codes spezifiziert.

Codierung

	Kapitel	Anzahl HRG's	% Fälle	% Pflegetage
a	Nervensystem	34	3.8	7.2
b	Augen und Periorbita	6	2.9	0.6
c	Mund, Kopf, Hals und Ohren	52	6.3	1.3
d	Atmungssystem	39	3.8	3.9
e	Kardiovaskuläres System	50	8.5	6.6
f	Verdauungssystem	53	12.1	5.4
g	Leber, Galle, Pankreas	20	1.3	1.0
h	Bewegungsapparat	61	9.8	8.0
j	Haut	29	3.4	1.9
k	Endokrin und metabolisch	19	0.7	0.7
l	Harnwege und männliche Geschlechtsorgane	54	7.8	2.9
m	weibliche Geschlechtsorgane	32	7.2	1.6
n	Geburtshilfe und Neugeborenenpflege	9	15.4	5.3
p	Kinderkrankheiten	27	4.7	1.3
s	Hämatologie, Infektionskrankheiten, Vergiftungen; nicht spezifische Gruppen	27	9.5	14.7
t	Psychiatrie	15	2.6	37.5

Abb. 179:
HRG-Kapitel³⁶⁸

Die primäre Einteilung in HRG's erfolgt aufgrund der aufwendigsten Prozedur. Im weiteren wird die Hauptdiagnose, manchmal auch eine zweite Diagnose, das Alter und die Entlassungsart berücksichtigt.

HRG-Zuweisung

Um die aufwendigste Prozedur unabhängig von der Reihenfolge ihres Auftretens im Fallrekord bestimmen zu können, wurde eine Prozedurenhierarchie benutzt.

³⁶⁶ Die Read Codes werden quartalsweise (!) revidiert, die Medikamentenliste monatlich [NHS/IMG (Read Codes):6].

³⁶⁷ OPCS4 = OPCS Classification of Surgical Operations and Procedures, Version 4. OPCS = Office of Population Censuses and Surveys. Diese Operationsklassifikation wird in Grossbritannien und Irland angewendet [Casas/Wiley (DRG/EU):10f].

³⁶⁸ Übersetzt nach Sanderson/Anthony/Mountney (HRG2):12.

Jeder Prozedur wurde in Abhängigkeit der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer jener Fälle, wo sie an erster Stelle genannt wurde, eine "Rangnummer" zugeteilt:

Abb. 180:

HRG-Prozeduren-
hierarchie³⁶⁹

Rang 1	durchschnittliche Aufenthaltsdauer unter 5 Tagen
Rang 2	5 bis 9 Tage
Rang 3	10 bis 14 Tage
Rang 4	15 Tage und mehr

Durch die explizite Verwendung der Prozeduren als Hauptkriterium zur Gruppeneinteilung unterscheiden sich die HRG's vom Prinzip her von den DRG's: Bei der Konstruktion der HRG's wurden die Diagnosen nur deshalb verwendet, weil Prozedurencodes nur für wenige nicht-chirurgische Behandlungen zur Verfügung stehen. Diagnosen sind in solchen Fällen nur Indikatoren für die Aufwendigkeit der Behandlung. Im Unterschied dazu wurde galt bei der Entwicklung der DRG's das Prinzip, die Zuordnung primär aufgrund der Hauptdiagnose vorzunehmen. Deshalb auch der Name "*Diagnosis Related Groups*". Dass bei den DRG's dann die Prozeduren doch eine so wichtige Bedeutung erlangt haben, hat – nach Aussage von Fetter – damit zu tun, dass die Diagnose allein in manchen Fällen zu ungenau ist, um das vorliegende Problem und den daraus folgenden Behandlungsbedarf zu beschreiben.

Varianzreduktion

Die erreichte Varianzreduktion wird wie folgt angegeben:

Abb. 181:

Varianzreduktion mit
DRG's und mit HRG's
für Fälle aus Gross-
britannien³⁷⁰

System Version	DRG 1988	AN-DRG 1994	HRG-1.1 1992	HRG-2 1994
Anzahl Gruppen	469	463	522	528
Varianzreduktion bezüglich der Aufenthaltsstage	26.8%	23%	23.9%	30.6%

Anzahl gruppierter Fälle: 7.5 Mio.

Nicht gruppierte Ausreisser: Über 35 Tage und Eintagesfälle.

Zu diesem Vergleich ist anzumerken, dass die Höhe der Varianzreduktion auch davon abhängig, wie stark die Behandlungsfälle nach Schweregraden stratifiziert werden konnten, d.h. bei den DRG's, ob die vorhandenen sekundären Diagnosen eine adäquate Aufteilung in DRG's ohne CC (Begleiterkrankung/Komplikation) und in DRG's mit CC ermöglichten. Es wurde festgestellt, dass die englischen Daten nach wie vor sehr wenig sekundäre Diagnosen ausweisen.

³⁶⁹ Sanderson/Anthony/Mountney (HRG2):7.

³⁷⁰ Sanderson/Anthony/Mountney (HRG2):14.

HRG: Hernien		LOS (stationär)	Oberer Grenzwert	Anzahl Fälle	% Notfälle	% Tagesfälle
f72	Hernienoperation Kat. 5	3.9	12	8'531	11 %	15 %
f73	Hernienoperation Kat. 4	2.2	6	82'691	8 %	22 %
f74	Hernienoperation Kat. 3	1.2	5	11'137	9 %	54 %
f76	Hernie, > 74 J. oder CC	2.5	11	2'851	60 %	2 %
f77	Hernie, < 75 J., ohne CC	1.2	5	4'902	38 %	13 %

Abb. 182:
HRG-Beispiel³⁷¹

Häufigste Operationen (teilweise abgekürzte englische Bezeichnungen des OPCS- bzw. ICD-Codes):

f72 / 5	T253	Primary repair incision hernia using sutures	2'051
	T259	Primary repair insis hernia using sutures NOS	1'555
	T273	Repair ventral hernia using sutures	1'529
	T279	Repair other hernia abdominal wall NOS	1'261
	T252	Primary repair incision hernia prosthet mat	478
f73 / 4	T203	Primary repair inguinal hernia c sutures	30'807
	T209	Primary repair inguinal hernia NOS	21'569
	T202	Prim repair inguinal hernia prosth mat	5'809
	T243	Repair umbilical hernia using sutures	4'228
	T249	Repair of umbilical hernia NOS	3'096
f74 / 3	T192	Unilateral inguinal herniotomy	6'034
	T193	Ligat patent process vaginalis	2'389
	T199	Simple exc ing hernial sac NOS	1'882
	T191	Bilateral inguinal herniotomy	930
f76 / CC	550.9	Inguinal hernia + no obstruction/gangrene	1'380
	550.1	Inguinal hernia + obstruction	345
	553.2	Ventral hernia + no obstruction/gangrene	304
	552.0	Femoral hernia + obstruction	211
	553.1	Umbilical hernia + no obstruction/gangrene	142
f77	550.9	Inguinal hernia + no obstruction/gangrene	2'799
	553.2	Ventral hernia + no obstruction/gangrene	765
	553.1	Umbilical hernia + no obstruction/gangrene	478
	550.1	Inguinal hernia + obstruction	233
	553.0	Femoral hernia + no obstruction/gangrene	155

Besonderheiten der im Herbst 1994 herausgegebenen zweiten Version der HRG's gegenüber der ersten Version sind:

- Die entlassende Fachabteilung ist - mit Ausnahmen - nicht mehr Gruppierungskriterium.
- Das Alter wird vermehrt als Gruppierungskriterium verwendet. Es wird als Indikator für die Komplexität verstanden. (Diesem Punkt ist speziell Beachtung zu schenken, denn bei der DRG-Entwicklung wurden zunächst Unterteilungen nach Alter gemacht, in späteren Versionen jedoch nicht mehr.)

HRG-Entwicklungsschritte

³⁷¹ Daten des Finanzjahres 1994/95 bei einem Total von 10 Mio. Fällen (Information des NCMO, Herbst 1996).

- Eine Reihe von diagnosebezogenen Gruppen wird durch prozedurenbezogene Gruppen ersetzt, insbesondere in einer Reihe von Spezialdisziplinen wie in der Gynäkologie.
- Es wird eine Prozedurenhierarchie eingeführt, damit aus dem Fallrekord die aufwendigste Prozedur unabhängig von deren Reihenfolge erkannt werden kann.

Für 1997 ist eine dritte Version der HRG's geplant. Sie soll auch ambulante Dienste und die psychiatrische Versorgung umfassen.

4.3.4 Health Benefit Groups

Idee

Health Benefit Groups (HBG's) sind Gruppen von Patienten mit ähnlichen Gesundheitsproblemen, ähnlichem Behandlungsbedarf und ähnlichem zu erwartenden Ergebnis.³⁷² Sie decken insbesondere die Sicht der Nachfrage ab. Sie sollen den wissensbasierten Einkauf von Gesundheitsleistungen unterstützen.

Gesundheitsprobleme

Gesundheitsprobleme können sich auf Diagnosen, Syndrome, Erkrankungsrisiken, gesundheitliche Störungen, Schädigungen, funktionelle Einschränkungen und Beeinträchtigungen beziehen. Sie beziehen sich aber nie auf die Behandlung.³⁷³

Es gibt Gesundheitsprobleme, die mit anderen Gesundheitsproblemen in Beziehung stehen, und solche, die unabhängig davon bestehen.

Beispiel für Gesundheitsprobleme, die miteinander zusammenhängen:

- Rückenschmerzen (Symptom);
- Metastasen in der Wirbelsäule (Status der Krankheit);
- Paraparesis (Komplikation der Krankheit);
- Unfähigkeit zu gehen, wegen Schwächung der Beine und vermutlich auch wegen der Schmerzen (Krankheitsfolge).

Schweregrad

Pro Gesundheitsproblem können Fallbedarfsgruppen entsprechend dem Gesundheitsergebnis-Modell gebildet werden:

Abb. 183:
Gliederung des Krankheitsverlaufes

-
- Bevölkerung mit niedrigem/mittlerem/hohem Erkrankungsrisiko
 - Krankheit wird präsentiert (Symptome)
 - Krankheit ist bestätigt (Diagnosen)
 - Krankheitsfolgen (chronisch)
-

³⁷² In früheren Projekten wurde auch von Iso-Bedarfsgruppen und Iso-Prognosegruppen gesprochen.

³⁷³ Prakash (HBG/Methodology):21.

Zur Beschreibung der Stadien könnten die Disease Stages oder evtl. auch PMC's eingesetzt werden.

Das HBG-Projekt ist noch im Entwicklungsstadium. Speziell geforscht wurde auf den Gebieten Neoplasien (Brust, Lunge, kolorektal), koronare Herzkrankheiten, weibliche sexuelle Gesundheit, Kopfverletzungen und Hirnschlag. Für diese Gebiete bestehen seit dem Frühjahr 1996 Vorschläge, welche Krankheiten und Behandlungen in die HBG-HRG-Matrizen (vgl. unten) aufzunehmen sind.³⁷⁴

Stand der Arbeiten

4.3.5 Die HBG-HRG-Matrix

Fallkostengruppen (HRG's) können mit Fallbedarfsgruppen (HBG's) verknüpft werden. Dazu werden die nach Schweregraden geordneten Problemen – beschrieben als HBG's – den Behandlungen – beschrieben als HRG's – gegenübergestellt werden. Für jede HBG werden die relativen Häufigkeiten berechnet, mit denen die zugeordneten HRG's eingesetzt werden.

Matrix von Fallbedarfsgruppen und Fallkostengruppen

Eine solche Matrix wird folgendermassen erstellt:

Erstellung der Matrix

1. Gesundheitsproblem auswählen.
2. Bestimmung von Erkrankungsrisikogruppen und Schweregraden (z.B. mit Hilfe von Disease Staging).
3. Auflisten aller Behandlungsmöglichkeiten (Verfahren) für das gewählte Gesundheitsproblem.
4. Ermittlung der Häufigkeiten, mit denen die einzelnen Verfahren eingesetzt wurden/werden.
5. Bestimmung der aktuellen und der zu erwartenden Inzidenz- und Prävalenz-Raten³⁷⁵ pro Fallbedarfsgruppe.

³⁷⁴ Diese Vorschläge wurden am Health Benefit Groups International Workshop vom 15./16.4.96 in London zur Diskussion gestellt.

³⁷⁵ Inzidenz = Anzahl der Neuerkrankungen in einem bestimmten Zeitraum. Prävalenz = Anteil der erkrankten Menschen in der Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt. Der Wert Prävalenz/Inzidenz widerspiegelt die Krankheitsdauer. Vgl. auch Hellmeier/Brand/Laaser (Methoden):100f.

Abb. 184: Beispielhaftes Schema einer HBG-HRG-Matrix³⁷⁶

H B G ↓		H R G								
		Risiko- Präven- tion	Risiko- Reduk- tion	Beh. bei Haus- arzt	Amb. Beh. im Spi- tal	Ga- stro- sko- pie: teil- stat.	Ga- stro- sko- pie: stat.	Lapa- rato- mie	Gastr- ekto- mie	An- dere Beh.
Inzidenz										
Normale Bevölkerung	250'000	250'000								
Bevölkerung mit hohem Erkran- kungsrisiko	50'000		50'000							
Dyspepsie	1'000			1'000	100	100				
Gastro- intestinale Blutung	20						16	2		2
Ulcus pepti- cum mit Perforation	20							12	8	
Postgastrek- tomie-Syn- drom	2					2				
Kosten pro Fall		0.04	0.40	80	200	800	4'000	4'000	8'000	
Summe HRG		10'	20'	80'	20'	82'	64'	56'	64'	
Gesamte Kosten		995'								

Anmerkung: Bei Dyspepsie entspricht die Inzidenz (Anzahl der Neuerkrankungen) nicht der Gesamtzahl der Behandlungen, d.h. es gab Patienten, die bereits im Vorjahr wegen der gleichen Erkrankung behandelt wurden.

Diagnostische und
therapeutische
Fallbedarfsgruppen

Es wird vorgeschlagen, bei der Entwicklung zu unterscheiden in diagnostische Fallbedarfsgruppen, bei denen das Ziel der Behandlung darin liegt, die Diagnosen zu bestimmen, und in therapeutische Fallbedarfsgruppen, die nur die eigentliche Behandlung – nach aufgedeckter Diagnose – abdecken sollen. In neueren Arbeiten an der HBG-HRG-Matrix wird folgende Grobrasterung nach Behandlungsabschnitten und Krankheitsverlauf gemacht:

³⁷⁶ HCMO (HBG/Info95).

Abb. 185: Grobrasterung der HBG-HRG-Matrix³⁷⁷

H B G		H R G			
↓	Prävalenz	Gesundheitsförderung / Primäre Prävention	Befundung und Diagnostik	Erstbehandlung	Folgebehandlungen
Risiko: – niedrig – mittel – hoch		x x x x x x			
Präsentation der Krankheit (Symptome)		x	x x x x x x x		
Bestätigung der Krankheit (nach Stadien)				x x x x x x	x x
Fortdauern der Krankheit					x x x x x x x

Die Veränderung der Inzidenz-Prävalenzraten pro Fallbedarfsgruppe kann Hinweise auf den Nutzen der Gesundheitsversorgung geben. Wenn z.B. die Raten für die Gruppen mit höheren Schweregraden zu sinken beginnen, kann das heißen, dass es gelungen ist, das Fortschreiten der Krankheit einzudämmen, sei es durch bessere Behandlung in früheren Stadien oder durch Fernhalten der Bevölkerung von bestimmten Gesundheitsrisiken.

Analyse von Inzidenz-Prävalenzraten

³⁷⁷ HCMO (HBG/Info96).

4.4 Mehrdimensionale Patientenklassifikation im Fallkosten-Modell KSA (Schweiz)

Die etablierten Patientenklassifikationssysteme für den Akutbereich decken entweder nur die ärztliche oder nur die pflegerische Sicht ab. Einerseits ist es nötig, Patienten nach einem einheitlichen System zu kategorisieren, damit auch Produkte im Sinne der Kostenträgerrechnung oder für die Tarifierung definiert werden können. Andererseits genügt jedoch eine einzige Sichtweise – sei es die ausschliesslich ärztliche oder die ausschliesslich pflegerische – nicht. Denn im Spital werden nicht nur die akuten gesundheitlichen Probleme behandelt. Wenn zusätzliche, sekundäre gesundheitliche oder soziale Probleme vorliegen, dann ist mit einem erhöhten Behandlungsaufwand zu rechnen.

Kriterien:

Im Fallkosten-Modell KSA³⁷⁸ wurde deshalb ein Konzept für eine mehrdimensionale Patientenklassifikation vorgeschlagen. Ein mehrdimensionaler Ansatz ermöglicht es, aufgrund relativ weniger Kriterien relativ viele Patientenkategorien differenziert zu beschreiben. (Vgl. auch S. 47).

Im Fallkosten-Modell KSA werden ärztliche, pflegerische und kostenrelevante soziale Kriterien als Kostenfaktoren miteinbezogen.

– ärztlich

Die ärztlichen Kriterien beschreiben die akuten, zu behandelnden Probleme. Wegen dieser Probleme begab sich der Patient in Spitalbehandlung.

– pflegerisch

Die ergänzenden Kriterien der Pflege beschreiben zusätzliche, zu betreuende Probleme. Diese Probleme erforderten meist bereits vor dem Eintritt eine Betreuung bzw. Behandlung. Die Weiterführung der Betreuung erfordert einen zusätzlichen Pflegeaufwand, der durch die Behandlungspfade der (akut) zu behandelnden Probleme nicht explizit abgedeckt ist.

– sozial

Schliesslich können soziale Probleme vorhanden sein, wie z.B. fehlende Betreuungsmöglichkeiten zuhause oder ein noch ausstehender Pflegeheimplatz. Diese Probleme führen u.U. zu veränderten Zielen, die bis zur Entlassung erreicht werden sollen.

Patienten- und Behandlungsmerkmale

Im weiteren erfolgt die Patientenklassifikation auf folgenden zwei Ebenen:

- Ebene 1: Der Patient und seine gesundheitlichen Probleme werden als *Patientenmerkmale* beschrieben.
- Ebene 2: Die Leistungen des Spitals werden als *Behandlungsmerkmale* beschrieben.

Ob die Leistungsdeklaration des Spitals auf der Ebene der Patientenmerkmale oder auf der Ebene der Behandlungsmerkmale erfolgen soll, wurde zunächst be-

³⁷⁸ KSA (Fallkosten-Modell): Teil 3; KSA (Fallkosten-Modell/Info96).

wusst offen gelassen. So ist es denkbar, dass für die Tarifierung die Ebene der Patientenmerkmale gewählt wird, währenddem in einer Kostenträgerrechnung eine hierarchische Gliederung gewählt wird, wo die nach Behandlungsmerkmalen gruppierten Patienten nach Patientenmerkmalen zusammengefasst werden können.

PCS-KSA	Ärztliche Kriterien	Kriterien der Pflege	Soziale Kriterien
Patientenmerkmale	Akute gesundheitliche Probleme: adaptierte PMC's (Patient Management Categories)	Zusätzliche Probleme der Pflege	Zusätzliche soziale Probleme
Behandlungsmerkmale	PMP's (Behandlungspfade)	Zusätzliche Pflegeleistungen (tagesbezogen)	Zusätzlicher Aufwand verschiedener Dienste

Abb. 186:
PCS-KSA als mehrdimensionales PCS-Modell³⁷⁹

Anmerkung: Die zu den akuten gesundheitlichen Problemen (PMC's) gehörigen Behandlungspfade (PMP's) enthalten Leistungen aller Berufsgruppen im Spital, insbesondere auch Leistungen der Pflege.

Für jede dieser Sichtweisen wurde nach bestehenden Gruppierungssystemen gesucht. Da keine bereits bestehenden, wirklich befriedigenden Systeme gefunden wurden, suchte man Systeme, die anpassungsfähig und ausbaubar sind.

Einbezug bestehender Systeme

Für die ärztliche Sicht der Patientenmerkmale wurde das PMC-System gewählt. Es kommt in seinem modularen Aufbau der Denkweise der Ärzte sehr entgegen, und es ist einfach erweiterbar. Die im PMC-System vorgesehene Verknüpfung mit Behandlungspfaden (PMP) unterstützt das Konzept des Fallkosten-Modells, wonach zunächst die Sollkosten pro Patientenkategorie bestimmt werden sollen, bevor eine Ist-Kostenträgerrechnung aufgebaut wird.

- Ärzte

Welches System benutzt werden kann, um die Kriterien der Pflege zu beschreiben, ist noch offen. Auf der Ebene der Behandlungsmerkmale könnte dies LEP sein. LEP eignet sich auch, um die Leistungen der Pflege im Rahmen der Behandlungspfade zu auflisten. Auf der Ebene der Patientenmerkmale werden hauptsächlich zwei wichtige Aspekte gesehen: Grad der körperlichen Selbständigkeit und Ausmass von Verhaltens-, Orientierungs- und Kommunikationsproblemen.

- Pflege

Ein bekanntes System zur Klassifikation aufgrund sozialer Kriterien, das die Aufwendigkeit der Behandlung wiedergibt, fehlt. Zur Beurteilung der sozialen Selbständigkeit aus der Sicht der Akutpflege hat sich die *poststationäre Betreu-*

- Soziales

³⁷⁹ Gemäss: KSA (Fallkosten-Modell/Info96):6.

ungssituation als besonders relevantes Kriterium herauskristallisiert. Sie beinhaltet:

Abb. 187

Poststationäre Betreuungssituation als soziales Kriterium

-
- Betreuungssituation zuhause:
 - alleinstehend
 - mit Partner/Angehörigen (24h)
 - Wohn- und Infrastruktur:
 - Treppen
 - sanitäre Einrichtungen
 - Platzverhältnisse
 - Verfügbarkeit der Gemeindekrankenpflege
-

Entscheidungstabelle zur Anpassung der Systeme

Anhand einer Probestudie und aufgrund von theoretischen Überlegungen wurde klar, dass die bestehenden Gruppierungssysteme die Patientenprobleme aus der Sicht des KSA zum Teil ungenügend genau zusammenfassen. Deshalb sollen zusätzliche Kriterien in einer Entscheidungstabelle aufgeführt werden, woraus dann die KSA-spezifischen Patientengruppen gebildet werden können. Im besonderen gilt dies für das PMC-System, wo die originalen PMC's – die "PMC-USA" – zu KSA-eigenen PMC's ("PMC-KSA") überführt werden. Nach Möglichkeit sollen die PMC-KSA die PMC-USA nur verfeinern; die grundlegende Einteilung soll jedoch möglichst nicht verändert werden.

Behandlungspfade

Im Zentrum der praktischen Entwicklung des Fallkosten-Modells stehen die Behandlungspfade (vgl. S. 45) für Routinebehandlungen. Bei ihrer Zusammenstellung werden unweigerlich die heutigen Praktiken bezüglich Effizienz und Qualität überdacht.

Behandlungspfade sind Bündel von ärztlichen, pflegerischen und anderen Leistungen, die eine typische Behandlung zu einem gegebenen Problem darstellen. Es ist wichtig anzumerken, dass Behandlungspfade nicht jene Leistungen darstellen, die durchgeführt werden *müssen*. Behandlungspfade sind eine Art Referenz. Die darin enthaltenen Leistungen können aufgrund von Daten aus der Kostenstellenrechnung bewertet werden.

*

Entwicklungsstadium

Nachdem das Grobkonzept Mitte 1995 abgeschlossen werden konnte, werden 1996/97 in der Phase der Detailstudien einzelne Themen, z.B. Hernienoperationen, Appendektomie, Spontanpneumothorax, tiefe Beinvenenthrombosen usw. detailliert bearbeitet. Dabei werden einerseits die nötigen Patientenkategorien und andererseits die zugehörigen Behandlungspfade beschrieben.

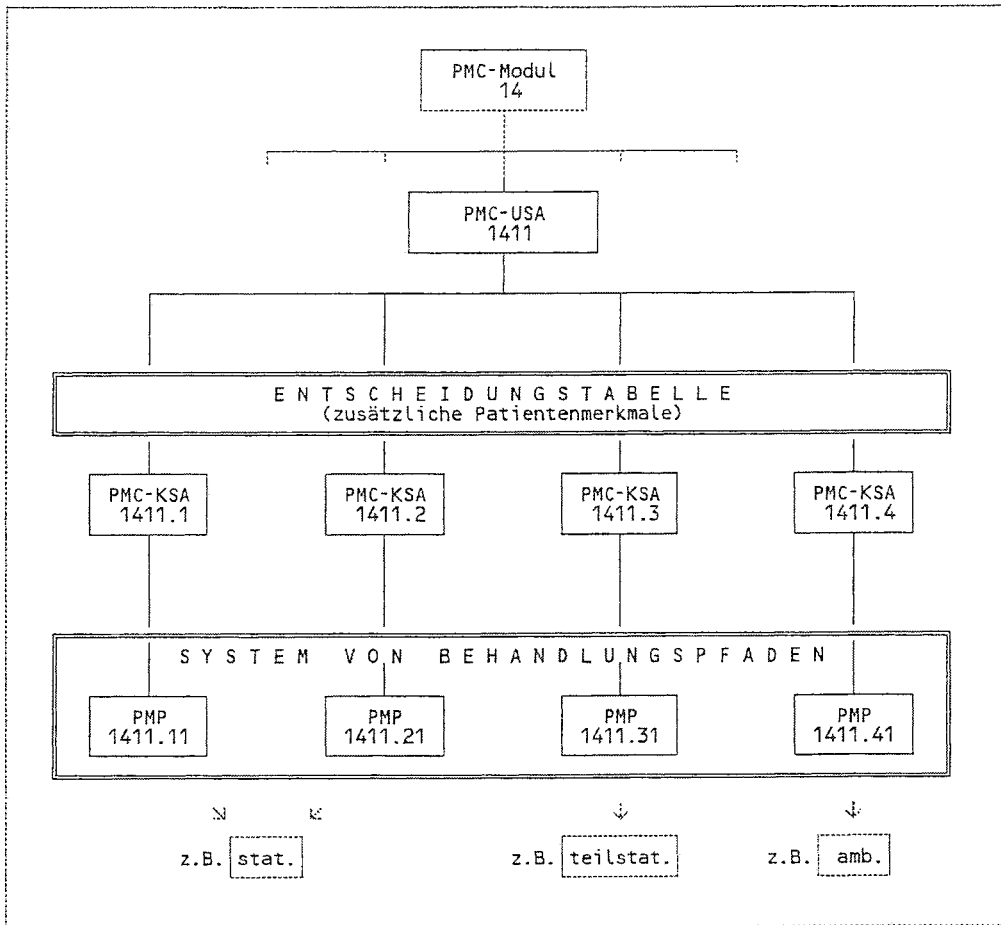


Abb. 188:
Entscheidungstabelle
zur Verknüpfung
amerikanischer PMC's
mit den PMC-KSA und
den Behandlungspfaden
(PMP's)



4.5 Klassifizierung von Behandlungsperioden: Patient Related Groups (PRG)

4.5.1 Überblick

In Hongkong³⁸⁰ werden zur Zeit Patient Related Groups (PRG's)³⁸¹ entwickelt mit den Zielen:

- die klinische Behandlung zu leiten,
- die Organisation der Dienste zu leiten,
- eine kontinuierliche Behandlung über organisatorische Grenzen hinweg zu fördern,
- die Beurteilung der Effektivität (Wirksamkeit) der klinischen Behandlung zu erleichtern,
- die Allokationseffizienz (Wirtschaftlichkeit) zu verbessern.

PRG's wurden als klinisch bedeutungsvolle Patientengruppen definiert, die aufgrund eines gemeinsamen Sets von Behandlungsrichtlinien und Ergebnisindikatoren beschrieben werden.

Behandlungsverlauf

Die PRG's umfassen den gesamten *Behandlungsverlauf*: Akutbehandlung, Rehabilitation, stationäre Langzeitpflege, ambulante Behandlung und Gemeindekrankenpflege.

Patientenbezogen

Sie sind *patientenbezogen*. (Üblicherweise sind PCS ereignisbezogen. Das bestimmende Ereignis ist gewöhnlich der Spitalaufenthalt.) Damit entfällt der Anreiz, mehr Ereignisse (z.B. Fälle) als nötig zu produzieren. Die Kosten bzw. Preise pro PRG beziehen sich auf ein Behandlungsjahr.

Auf Diagnosen basierend

Die Definition der PRG's basiert auf *Diagnosen* und nicht auf Operationen oder anderen Prozeduren. Eine PRG kann eines von mehreren Behandlungsprogrammen auslösen.

Behandlungsrichtlinien

Die verschiedenen pro PRG möglichen Behandlungsprogramme sind in Behandlungsrichtlinien beschrieben. Behandlungsprogramme werden dabei nicht als Liste von auszuführenden Prozeduren verstanden. Sie werden durch die Angabe der wichtigsten einzusetzenden und kostentreibenden Prozeduren beschrieben.

Auswahl der abzubildenden Krankheitsbilder

Die Entwicklung der PRG's konzentriert sich auf jene Behandlungsfälle, die klinisch bedeutungsvoll sind und die ein grosses Kostenvolumen beinhalten.

³⁸⁰ Der "Hospital Authority" unterstehen 41 Spitäler mit 24'000 Betten und mit jährlich ca. 910'000 stationären Fällen (6.9 Mio. Pflgetage = 7.6 Tage ϕ Aufenthaltszeit); gemäss Präsentation von Dr. Fung am "Health Benefit Groups International Workshop" vom 15./16.4.96 in London.

³⁸¹ Fung et al. (PRG).

4.5.2 Behandlungsrichtlinien

Behandlungsrichtlinien werden als Bindeglied zwischen Behandlung (Input) und Ergebnis (Output) verstanden.

Entwickelt werden die Behandlungsrichtlinien im Konsensverfahren. Besonderes Gewicht wird auf die Unterschiede bezüglich Kosten und Nutzen von Behandlungsprogrammen gelegt und weniger auf allzu detaillierte Behandlungsvorschriften.

*Behandlungs-
programme*

Die Richtlinien enthalten auch Prozentzahlen, die angeben, bei welchem Anteil der Patienten bestimmte Behandlungsprogramme durchschnittlich angewandt werden können.

Soziale "Stör"-Faktoren erschweren die Vorgabe verbindlicher Behandlungsrichtlinien. Eine gut koordinierte Zusammenarbeit des Krankenhauses mit den übrigen Leistungserbringern ist deshalb unabdingbar. Deshalb werden die Behandlungsrichtlinien auch über die Grenzen der Spitalbehandlung hinaus innerhalb eines bestimmten Zeitraumes beschrieben.

Soziale Faktoren

Auf der Grundlage der Behandlungsrichtlinien werden "common resource consumption patterns" bestimmt, die helfen, die Kostenhomogenität sicherzustellen und die PRG-Preise zu kalkulieren. Die wichtigsten Kostentreiber sind:

Kosten

-
- durchschnittliche kumulierte Aufenthaltsdauer
 - Summe der Intensivpflegetage und weiterer pflegeintensiver Tage
 - grössere/teure operative Eingriffe
 - Radiotherapie
 - teure Medikamente
 - aufwendige diagnostische und therapeutische Prozeduren
-

Abb. 189:
Kostentreiber

Die Kostentreiber werden anhand von Daten aus Krankengeschichten und klinischen Informationssystemen verifiziert.

Die Kosten werden aufgrund von Standardkosten je Fachdisziplin berechnet, mit Zuschlägen aufgrund von Kostengewichten der PRG-Behandlungskomponenten.

4.5.3 Ergebnisindikatoren

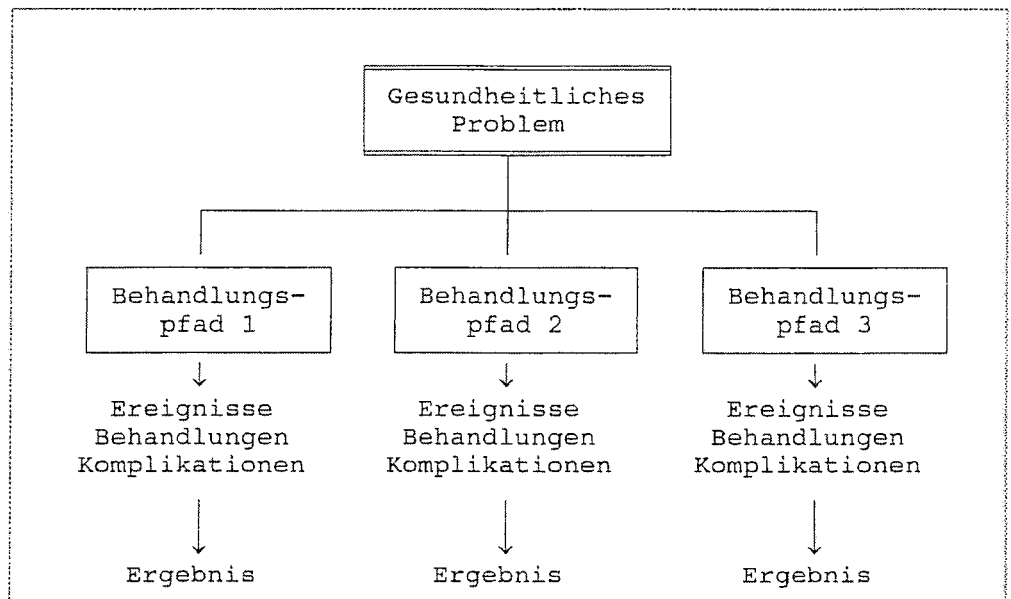
Die Ergebnisse sollen auf drei Ebenen gemessen werden:

- Medizinische Kriterien (Ergebnis der medizinischen Behandlung);
- Funktionelle Unabhängigkeit (Abwesenheit von Fähigkeitsstörungen wie Einschränkungen der Aktivitäten des täglichen Lebens, z.B. Probleme bei der Körperpflege);
- Lebensqualität.

Allerdings fehlen für die Erfassung solcher Daten noch Nomenklaturem und Codierungssysteme.

4.5.4 PRG-Datenmodell

Abb. 190:
PRG-Datenmodell³⁸²



Die Behandlungspfade erstrecken sich über alle Behandlungsabschnitte. Verschiedene Leistungserbringer können daran beteiligt sein.

³⁸² Quelle: Präsentation von Dr. Fung am "Health Benefit Groups International Workshop" vom 15./16.4.96 in London.

4.4.5 PRG-Beispiele

Folgende 13 PRG's aus verschiedenen Disziplinen sind 1994/95 entwickelt worden: *13 entwickelte PRG's*

- Akute Leukämie
- Nierenversagen, Endstadium
- Akuter Myokardinfarkt
- Akute Appendizitis
- Karzinom der Speiseröhre
- Rektumkarzinom
- Chronische hämolytische Anämie
- Neugeborene mit sehr niedrigem Geburtsgewicht
- Zervixkarzinom
- Bösartige Neubildung des Ovariums
- Hüftfraktur
- Diabetische periphere vaskuläre Störungen
- Rückenmarkverletzung mit neurologischer Schädigung

Bei der Entwicklung dieser PRG's wurde man beispielsweise darauf aufmerksam, wie unterschiedlich in verschiedenen Spitälern die Dialysenhäufigkeit bei Patienten mit Nierenversagen im Endstadium ist.

4.4.6 Ausblick

Es sollen etwa 100 PRG's entwickelt werden. Ausgewählt werden jene Gesundheitsprobleme, deren Behandlung sehr viel kostet und die ein breites Behandlungsspektrum aufweisen. Vorerst sind 95 mögliche PRG's ausgewählt worden, die sehr lange Spitalaufenthalte und eine sehr grosse Streuung der Aufenthaltsdauer aufweisen.

Damit die Behandlungen aller Leistungserbringer zusammengefasst werden können, soll von ihnen eine einheitliche Patientennummer verwendet werden (so wie dies bereits in anderen Ländern der Fall ist).

Einheits-Patientennummer

Als kritisch bei der Entwicklung eines PCS wird die Akzeptanz der Ärzte betrachtet. Diese haben das Konzept der auf Richtlinien und Ergebnisindikatoren beruhenden Patientengruppen angenommen.

Akzeptanz bei den Ärzten

Für 1996/97 ist geplant, in 9 Testspitälern einen Anteil der Vergütung von stationären Akutfällen aufgrund der PRG's zu berechnen. 70% der Vergütung wird auf historischer Basis ausbezahlt. Die restlichen 30% der Vergütung werden als PRG-Fallpauschalen oder – bei fehlenden PRG's – als Abteilungsfallpauschalen berechnet.

Fallpauschalen in Akutspitälern

5 Versuche zur Patientenklassifikation in der Psychiatrie

5.1 Einleitung

In der Psychiatrie hat sich gezeigt, dass auf der Basis der üblichen Fallrekorddaten (Alter, Geschlecht, Diagnosen, Operationen, Aufenthaltsdauer) keine geeigneten Patientenkategorien gebildet werden können. Es müssen weitere Daten berücksichtigt werden. Welches kostenrelevante Patientenmerkmale sind – und damit mögliche Kriterien zu Kategorienbildung –, ist aber noch weitgehend unklar.

Behandlungsziele

Besonders wichtig wäre in der Psychiatrie die Formulierung der zu erreichenden Kurz- und Langzeitziele, denn eine vollständige Heilung ist oft nicht möglich. Das Ziel kann z.B. die Reintegration in eine bestimmte soziale Umgebung sein.

Behandlungseinheit

Die Falldefinition im Sinne von stationären oder teilstationären Spitalaufenthalten ist in der Psychiatrie problematisch. Die ambulante Betreuung hat eine sehr grosse Bedeutung. Z.B. werden an der psychiatrischen Universitätsklinik in Genf ca. 80% der Patienten ambulant behandelt. Es wäre deshalb sinnvoller, wenn nicht der einzelne Fall, sondern die Behandlung während einer bestimmten Periode – z.B. während eines Jahres – kostenmässig bewertet wird.

Bei chronischen psychischen Erkrankungen ist der natürliche Verlauf nicht bekannt, und Ausreisser z.B. bezüglich der Aufenthaltsdauer sind eher zu erwarten als in der Chirurgie. Erfolgskriterium sollte eher der Langzeiterfolg der Behandlung als die Aufenthaltsdauer eines einmaligen stationären Aufenthaltes sein. Auch hier interessieren hauptsächlich Verlaufsanalysen. Eine Kennzahl könnte z.B. die Gesamtzahl der *stationären Betreuungstage über den Beobachtungszeitraum* (z.B. 1 Jahr) sein.

Generell gibt es in der psychiatrischen Behandlung weniger Standards; es sind grössere Varianzen der psychosozialen Betreuung sowie der Behandlungsintensität und -qualität zu erwarten.

Daraus folgt, dass nicht die kurzfristigen Kosten gering gehalten und geschätzt werden sollten. Geschätzt und analysiert werden sollten die optimalen Kosten in einem Versorgungssystem, das komplementär angelegt ist (inklusive Gemeinde- und privater ambulanter Versorgung, Tagesstätten sowie Arbeits- und Wohneinrichtungen), das Prinzipien der Betreuungscontinuität wie Sektorisierung³⁸³ und Integration³⁸⁴ umgesetzt hat, das in seiner Koordinations- und Kooperationsfähig-

³⁸³ Sektorisierung bedeutet, dass die Einrichtungen für die gesamte Betreuung in ihrer Region verantwortlich sind.

³⁸⁴ Mit Integration ist der Ausbau der ambulanten Tagesbetreuung im klinischen Bereich gemeint, der den Patienten die Möglichkeit gibt, verschiedene Betreuungsarten durch ein multifunktionales Team wahrzunehmen.

keit auf die umfassende Langzeitbetreuung ausgerichtet ist und das standardisierten Qualitätskriterien genügt. Erfolgskriterium für die Bewertung von Patientenklassifikationssystemen sollte demnach auch die optimale und nicht die kürzeste Behandlungsdauer sein.

Bei dieser Betrachtungsweise ist es aber schwierig, die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung der einzelnen Institutionen zu beurteilen und einen Preis für diese Leistungen festzulegen.

Zur Illustration der Besonderheiten der Psychiatrie seien hier einige Beispiele angeführt:

Beispiele zu Besonderheiten der Psychiatrie

Es ist bekannt, dass Schizophrenien – ein breites Spektrum von Krankheitsbildern! – sehr unterschiedliche Verläufe haben können. Es wurde aber festgestellt, dass – eher unabhängig von Schicht, Herkunft und sogar Kultur – etwa gleiche Erkrankungshäufigkeiten bestehen und dass ca. 1/3 der Patienten wieder gesundet, 1/3 über lange Zeit beeinträchtigt ist, aber mit der Krankheit leben lernt und 1/3 einen schlechten Verlauf zeigt. Es gibt keine Prädiktoren darüber, welchen Verlauf die Erkrankung zeigen wird. Es stellt sich die Frage, ob nach einer gewissen Zeit (z.B. 1 Jahr) der Verlaufstypus festgestellt werden kann.

– Verläufe von Schizophrenien

Oft kommen Patienten in die stationäre psychiatrische Behandlung, weil sie von der Umgebung nicht mehr ertragen werden. Das ergibt eine andere Bereitschaft zur Kooperation, als wenn der Patient sich selbst in eine ärztliche Behandlung begibt. Die Kooperationsbereitschaft bewirkt aber auch einen unterschiedlichen Behandlungsaufwand und -verlauf.

– Soziales Umfeld

Das soziale Umfeld beeinflusst den Behandlungsverlauf wesentlich. Z.B. kann eine sonst wirksame Psychopharmaka-Therapie eines Patienten mit Schizophrenie in einer guten sozialen Umgebung fraglich sein, da der Nutzen der "zusätzlichen" medikamentösen Behandlung im Vergleich zu den Nebenwirkungen zu gering ist.

5.2 Suche nach Kostenfaktoren

Wie im folgenden Abschnitt "Klassifikationsversuche" zu sehen sein wird, können die Kosten aufgrund der Angabe zur Diagnose nur sehr schlecht erklärt werden.

- Kostenfaktoren:* Horgan und Jencks trugen deshalb aus diversen Studien Aussagen über Kostenfaktoren von stationären psychiatrischen Behandlungen zusammen.³⁸⁵ Sie werden im folgenden kurz dargestellt.
- (Aufenthaltsdauer als Kostenindikator) Vorbemerkung: Da echte Kostendaten weitgehend fehlen, hat man in vielen Studien die Aufenthaltsdauer als Ersatzvariable verwendet. In Amerika korrelieren die Aufenthaltsdauern mit den Kosten. (Es ist zu beachten, dass die Arztkosten in amerikanischen Analysen gewöhnlich nicht zu den Kosten des Krankenhauses gehören, denn die meisten Krankenhäuser arbeiten mit Belegärzten.) Die untersuchten Studien versuchten deshalb gewöhnlich nachzuweisen, welche Variablen die Aufenthaltsdauern beeinflussen.
- Alter Die Aufenthaltsdauern in den USA sind für Kinder und für Leute über 65 signifikant höher als für 20- bis 65-jährige.
 - Funktionaler Status Es ist unklar, ob und inwieweit der *funktionale Status* (Einschränkungen von Aktivitäten des täglichen Lebens, Behinderungen) die Aufenthaltsdauer beeinflusst.
 - Soziale Unterstützung Der *Zivilstand* (verheiratet oder nicht) ist schlecht korreliert mit der Aufenthaltsdauer. Die Variable, die in dieser Hinsicht am meisten – aber auch nicht wesentlich! – zur Erklärung der Aufenthaltsdauer beitrug, war nach einer Studie das Vorhandensein eines Adresswechsels. (Annahme: Bei Patienten mit *Adresswechsel* ist die soziale Unterstützung nach der Behandlung besser als bei Patienten, die wieder an den gleichen Ort zurückkehren.)
 - Vorherige Hospitalisation Uneinheitliche Aussagen. Einige Studien weisen längere Aufenthaltsdauern bei *Rehospitalisationen* auf. Es besteht allerdings auch ein Zusammenhang zwischen häufigeren Eintritten und kürzeren Aufenthalten. Dies wird einer der Gründe sein, weshalb Patienten, die bereits einmal hospitalisiert waren, nicht generell eine längere Aufenthaltsdauer aufweisen.

Grundsätzlich wird heutzutage davon ausgegangen, dass bei chronischkranken psychiatrischen Patienten häufige, kürzere stationäre Aufenthalte eine gute Möglichkeit darstellen, eine Stabilisierung herbeizuführen. Möglicherweise wird so die Betreuung aufwendiger, damit einher geht aber auch eine bessere Lebensqualität der Patienten.

³⁸⁵ Horgan/Jencks (PCS/Psy):S25ff. Die Aussagen von Stoskopf/Horn (CPSI+Psychosen/2): 745ff stimmen damit im wesentlichen überein.

- Ein *Austritt gegen den ärztlichen Rat* bewirkt tendenziell kürzere Aufenthalte³⁸⁶; das Vorhandensein von *Begleiterkrankungen und Komplikationen* bewirkt tendenziell längere Aufenthalte. – Weitere patientenbezogene Faktoren
- Der *Typ der Institution* – und damit seine Aufgaben und Therapiearten – haben einen grossen Einfluss auf die Aufenthaltsdauer. Die Varianzreduktion der Aufenthaltsdauer nach DRG's bei Einbezug des Krankenhaustyps erhöhte sich gemäss einer Studie von 3% auf 17%. In einer anderen Studie verbesserte sich die Varianzreduktion bezüglich der Kosten von 8% auf 15%. – Krankenhaustyp
- Der Krankenhaustyp ist ein stark leistungserbringerbezogenes Merkmal. Es ist deshalb konzeptionell problematisch, ihn als Parameter für die Patientenklassifikation einzubeziehen, insbesondere dann, wenn die Klassifikation Basis für die Bildung von Fallpauschalen ist.
- Untersucht wurden auch *Grösse des Spitals, Region, Trägerschaft, Ausbildungsstatus, Lohnkostenindex der Region* und ob der *behandelnde Arzt* ein Psychiater war oder nicht. Für alle diese Faktoren konnten gewisse Korrelationen zu den Kosten gefunden werden. – Andere krankenhausbefugene Faktoren
- Untersuchungen, in welchen die *Spitäler* einzeln miteinander verglichen wurden, weisen recht unterschiedliche Aufenthaltsdauern bzw. Kosten auf. Das bedeutet, dass entweder unterschiedliche Behandlungsstile praktiziert werden oder dass das verwendete Patientenklassifikationssystem das Patientenspektrum nur sehr unzureichend abbildet. Oder beides . . . – Analyse nach Spitälern
- Was in all diesen Untersuchungen fehlt, ist die Berücksichtigung von Zielen und Ergebnissen. Dies ist weiter nicht erstaunlich, da entsprechende Codierungssysteme und Indikatoren weitgehend fehlen. In der Psychiatrie scheint es aber sehr wichtig zu sein, dass in dieser Richtung gearbeitet wird. Denn Diagnosen allein oder in Kombination mit den oben aufgeführten Variablen vermögen nur einen geringen Anteil der Kosten zu erklären. *Anmerkung*

³⁸⁶ Aus der Sicht von Behandlungsverläufen stellt sich bei der Entlassung gegen ärztlichen Rat natürlich sofort die Frage, wie stark die Kosten wegen mangelnder oder schlechter Nachbetreuung steigen werden.

5.3 Klassifikationsversuche

5.3.1 Fallklassifikation und psychiatrische Fallpauschalen in den USA

Seit 1983 werden in den USA die *Medicare* Patienten nach DRG's (Diagnosis Related Groups) abgegolten. Da zur Konstruktion der DRG's nur wenige Daten von psychiatrischen Institutionen verwendet wurden, opponierten weite Kreise gegen die Einführung von DRG's für Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen. Man sah vor, psychiatrische Krankenhäuser und separierte psychiatrische Abteilungen in Allgemeinspitälern von der DRG-basierten Vergütung auszuschliessen. Nur für von Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen belegte allgemeine Betten ("scatter' beds"³⁸⁷) und für Patienten von psychiatrischen Stationen von Allgemeinspitälern, die nicht als separate Abteilungen geführt sind, wurde die DRG-basierte Vergütung beibehalten.³⁸⁸

In der Folge wurden in der Psychiatrie eine Reihe von Studien durchgeführt. Sie hatten zum Ziel, Patientengruppen zu finden, die dem Behandlungsbedarf besser entsprechen.

Das *Department of Veterans Affairs* (VA) führte die Vergütung für stationäre psychiatrische Patienten 1984 ein, setzte diese Vergütungsart aber 1988 wieder ab. Eine Analyse der Jahre vor, während und nach der DRG-basierten Vergütung der VA-Patienten zeigte folgende Veränderungen, die auf die DRG-basierte Vergütung zurückzuführen waren:³⁸⁹

- Es gab mehr stationäre Behandlungsepisoden.
- Die Aufenthaltsdauern verkürzten sich.
- Die Wiederaufnahmenraten erhöhten sich.
- Pro belegtes Bett wurden mehr Behandlungsepisoden gezählt.

³⁸⁷ Jencks et al. (PPS/Psy):S6.

³⁸⁸ Jencks et al. (PPS/Psy):S1.

³⁸⁹ Rosenheck/Massari (PCS/Psy/VA).

5.3.2 Überblick über ausgewählte psychiatrische Patientenklassifikationssysteme

Abb. 191: Überblick über ausgewählte Patientenklassifikationssysteme (PCS) für Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen

Abk.	Bezeichnung	Behandlungseinheit	Anzahl Hauptgruppen	Anzahl Gruppen	Varianzreduktion
DRG	Diagnosis Related Groups – HCFA-DRG 2.0 (1984) – HCFA-DRG 4.0 (1986) – AP-DRG 12.0 (1995)	Fall	2 2 2	15 14 18	Tage: 2% - 15% Fallkosten: 6% - 8%
AN-DRG	Australische DRG's – davon: Erkrankungen der Psyche	Fall	2 1	12 8	Tage: 17%
PMC	Patient Management Categories – PMC-GE – PMC 5.0	Fall	1 1	18 21	Tage: 18% ³⁹⁰
PSII	Psychiatric Severity of Illness Index – in Kombination mit DRG	Fall	–	4	Tage: 34% Tage: 42%
PPC	Psychiatric Patient Classes – davon: Substanzenmissbrauch	Fall	12 2	74 12	Tage: 18% Tage: 31%
LPPC	Long-Staying Psychiatric Patient Classes	Tag	1	6	Tageskosten: 11%
Psych-PV	Psychiatrie-Personalverordnung	Woche	4	25	

*

Es ist zu beachten, dass die ausländischen, insbesondere die amerikanischen Modelle nicht ohne weiteres zu Schweizer Verhältnissen passen. Insbesondere wird es Probleme wegen unterschiedlichen Behandlungsstilen geben. Es stellt sich z.B. die Frage nach der Häufigkeit von Langzeitpatienten mit über 3 Jahren Aufenthaltsdauer (vgl. LPPC-Modell, S. 314) oder nach der Häufigkeit der Anwendung von Elektrokonvulsionstherapien (vgl. PMC-Modell, S. 304).³⁹¹

³⁹⁰ Wenn die gleichen Patienten (West-Pennsylvania) nach DRG klassifiziert wurden, dann erreichte man eine Varianzreduktion bezüglich der Aufenthaltstage von 15%.

³⁹¹ Ein Kommentar von R. Widmer, Münsingen, zur Anwendung der Psych-PV in drei Bernischen Psychiatrischen Kliniken befindet sich in Fischer (PCS/Pflege):58f.

5.3.3 DRG: Diagnosis Related Groups

Die DRG's (vgl. S. 179ff) stellen für Patienten, die in psychiatrischen Institutionen behandelt werden, zwei Hauptkategorien zur Verfügung:

Abb. 192:
Psychiatrische
DRG-Hauptkategorien

- Hauptkategorie 19: Erkrankungen und Störungen der Psyche
- Hauptkategorie 20: Alkohol- und Substanzenmissbrauch³⁹²

Die Einteilung in der DRG-Hauptkategorie 19 blieb über die Jahre unverändert. Dies hat damit zu tun, dass die meisten psychiatrischen Behandlungen nicht zu Abrechnungszwecken nach DRG's klassiert werden müssen, denn viele psychiatrische Abteilungen sind – wie oben erwähnt – von der DRG-basierten Vergütung befreit.

Abb. 193:
DRG: Erkrankungen und
Störungen der
Psyche³⁹³

<i>MDC 19: Erkrankungen und Störungen der Psyche</i>		<i>DRG 2.0 bis AP-DRG 12.0</i>
424	Operation bei psychiatrischer Hauptdiagnose	
425	Akute Anpassungsreaktion und Verwirrheitszustände bei psychosozialer Funktionsstörung	
426	Depressive Neurose	
427	Neurose (ohne depressive Neurose)	
428	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
429	Organisch bedingte Verwirrheitszustände und geistige Retardation	
430	Psychosen	
431	Psychische Störungen des Kindesalters	
432	Sonstige psychische Störungen	

Legende:

MDC = Major Diagnostic Category

AP-DRG = All Patient Diagnosis Related Group

Die DRG-Hauptkategorie 20 wurde bereits 1985 neu formuliert.³⁹⁴ 1989 erfolgte im Zusammenhang mit der Angleichung von HCFA-DRG und AP-DRG eine weitere Überarbeitung der MDC 20.³⁹⁵

³⁹² Mit Substanzen werden hier psychotrope Substanzen (u.a. Drogen) verstanden.

³⁹³ Vgl. Paccaud/Schenker (DRG):225ff.

³⁹⁴ Jencks et al. (PPS/Psy):Fussnote Seite S1f.

³⁹⁵ McGuire (DRG/Evolution):37.

Zu Beginn war die Hauptkategorie 20 folgendermassen aufgebaut:

MDC 20: Alkohol- und Substanzenmissbrauch		DRG 2.0 (1984)
433	Alkohol-/Substanzenmissbrauch oder -abhängigkeit, Austritt gegen ärztl. Rat	
434	Substanzenabhängigkeit	
435	Substanzenmissbrauch ohne -abhängigkeit	
436	Alkoholmissbrauch	
437	Alkoholmissbrauch ohne -abhängigkeit	
438	Organische psychische Störung infolge Alkohol/Substanzen	

Abb. 194:
MDC 20 nach HCFA-
DRG von 1984³⁹⁶

Legende: MDC = Major Diagnostic Category

Ca. 20% der psychiatrischen Medicare-Fälle wurden in den USA um 1980 der Hauptkategorie 20 (Alkohol- und Substanzenmissbrauch) zugeordnet; die übrigen 80% waren psychische Erkrankungen und Störungen.³⁹⁷

Häufigkeiten

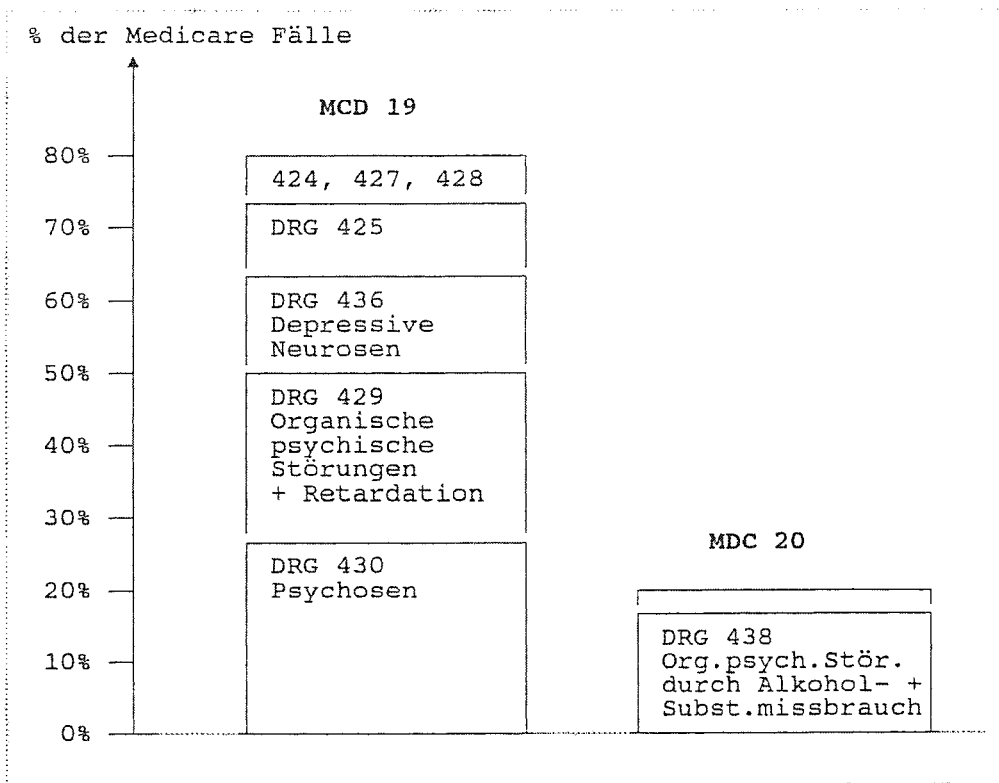


Abb. 195: Häufigkeiten
psychiatrischer DRG's

Die Hälfte aller psychiatrischen Fälle gehört zu den Gruppen 429 und 430 (organisch bedingte Verwirrheitszustände und geistige Retardation; Psychosen). Die Gruppen 425, 426 und 438 enthalten weitere 40% der Fälle. Mit diesen fünf Gruppen konnten also ca. 90% der Fälle abgedeckt werden.

³⁹⁶ Horgan/Jencks (PCS/Psy):S23.

³⁹⁷ Diese und die folgenden Angaben stammen hauptsächlich aus Horgan/Jencks (PCS/Psy).

Die 4.5% der Fälle, die unter 424 (Operation bei psychiatrischer Hauptdiagnose) eingeordnet wurden, waren nach Horgan/Jencks wohl Codierungsfehler und untypische Fälle, die besser in der DRG 468 klassifiziert worden wären. (DRG 468 = Operationscode unvereinbar mit Hauptdiagnose.)

Varianzreduktion

Durch die Gruppenbildung nach DRG konnte die Streuung der Aufenthaltsdauern innerhalb der Gruppen nicht wesentlich verringert werden. (Die Aufenthaltsdauer ist ein Näherungswert für die Kosten, d.h. ein Kostenindikator. Man benutzt die Aufenthaltsdauer meist deswegen, weil echte Kostendaten fehlen. Im DRG-System basiert die Gruppenbildung auf den Aufenthaltsdauern.)

Der Variationskoeffizient³⁹⁸ für die Aufenthaltsdauern liegt bei fast allen Gruppen über 1. (Der beste Wert beträgt 0.86 in DRG 434.) Das bedeutet, dass die Aufenthaltsdauern innerhalb der Gruppen sehr stark variieren. Die Gruppen sind nicht gerade homogen.

Die mit diesen Gruppen erklärte Varianz der Aufenthaltsdauern (Varianzreduktion³⁹⁹) beträgt nach verschiedenen amerikanischen Studien zwischen 2% und 8%. Eine Studie kommt auf 15%, was immer noch sehr niedrig ist. Wenn anstelle der Aufenthaltsdauern die Kosten analysiert werden, beträgt die Varianzreduktion 6% - 8%⁴⁰⁰. Diese unterschiedlichen, aber doch durchgehend sehr niedrigen Werte, entstanden u.a. auch durch unterschiedliche Verwendung sogenannter "Trimpoints": Fälle, die ausserhalb einer bestimmten Bandbreite liegen, werden als Ausreisser definiert (vgl. Seite 69).

Es ist zu anzumerken, dass die psychiatrischen DRG's bezüglich der Varianzreduktion gleich schlecht dastehen wie die medizinischen DRG's insgesamt: Während die medizinischen DRG's nach einer Studie von Freimann⁴⁰¹ nur ca. 4-9% der Varianz zu erklären vermögen, beträgt dieser Wert für die chirurgischen DRG's immerhin 31% - 39%. (Nach neueren Angaben der 3M wird die Varianzreduktion der medizinischen HCFA-DRG's 12.0 mit 25% bei ungetrimmten und mit 29% bei getrimmten Daten angegeben; vgl. S. 189.)

³⁹⁸ Variationskoeffizient = Standardabweichung/Mittelwert. Vgl. S. 427.

³⁹⁹ Die Varianzreduktion zeigt auf, welcher Anteil der Streuung durch die Gruppenbildung wegfällt. Sie ist ein Mass für die Brauchbarkeit der Gruppeneinteilung. Vgl. S. 429.

⁴⁰⁰ Nicht alle dieser in Horgan/Jencks (PCS/Psy) aufgeführten Studien führten diese Analyse durch.

⁴⁰¹ Erwähnt in Horgan/Jencks (PCS/Psy):S24.

Im folgenden sind die weiteren DRG-Versionen zum Alkohol- und Substanzmissbrauch zusammengestellt:

<i>MDC 20: Alkohol- und Substanzenmissbrauch</i>		<i>DRG 4.0 (1986)</i>
433	Alkohol-/Substanzenmissbrauch oder -abhängigkeit, Austritt gegen ärztl. Rat	
434	Alkohol-/Substanzenmissbrauch oder -abhängigkeit, Behandlung von Vergiftung oder anderen Symptomen, <i>mit CC</i>	
435	Alkohol-/Substanzenmissbrauch oder -abhängigkeit, Behandlung von Vergiftung oder anderen Symptomen, <i>ohne CC</i>	
436	Alkohol-/Substanzenabhängigkeit mit Rehabilitationstherapie	
437	Alkohol-/Substanzenabhängigkeit mit Rehabilitations- und Entgiftungstherapie	
438	(nicht mehr gültig)	

Abb. 196:

MDC 20 nach HCFA-DRG von 1986⁴⁰²

Legende: MDC = Major Diagnostic Category

<i>MDC 20: Alkohol- und Substanzenmissbrauch</i>		<i>AP-DRG 12.0 (1995)</i>
743	Opioidmissbrauch oder -abhängigkeit, Austritt gegen ärztlichen Rat	
744	Opioidmissbrauch oder -abhängigkeit mit CC	
745	Opioidmissbrauch oder -abhängigkeit ohne CC	
746	Kokainmissbrauch oder -abhängigkeit, Austritt gegen ärztlichen Rat	
747	Kokainmissbrauch oder -abhängigkeit mit CC	
748	Kokainmissbrauch oder -abhängigkeit ohne CC	
749	Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit, Austritt gegen ärztlichen Rat	
750	Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit mit CC	
751	Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit ohne CC	

Abb. 197:

MDC 20 nach AP-DRG von 1995⁴⁰³

Legende:

MDC = Major Diagnostic Category

AP-DRG = All Patient Diagnosis Related Group

⁴⁰² Fetter et al. (DRG):54f.

⁴⁰³ Vgl. Anhang (Seite 445).

5.3.4 AN-DRG's: Die australischen DRG's

Die australischen AN-DRG's wurden 1992 aufgrund der damaligen APR-DRG Version 7.0 entwickelt (APR-DRG = All Patient Refined Diagnosis Related Groups). Heute – in der dritten Version – sind die Abweichungen der AN-DRG's gegenüber den APR-DRG's z.T. schon recht umfassend.

*Erkrankungen und
Störungen der Psyche*

Abb. 198:
AN-DRG: Erkrankungen
und Störungen der
Psyche⁴⁰⁴

Die Hauptkategorie 19 sieht im australischen Modell nun folgendermassen aus:

<u>MDC 19: <i>Erkrankungen und Störungen der Psyche</i></u>		<u>AN-DRG 3.0</u>
841	Schizophrenien	
842	Paranoia und akute psychotische Störungen	
843	Schwerere affektive Störungen	
844	Andere affektive und somatoforme Störungen	
845	Angststörungen	
846	Essstörungen und Störungen der Impulskontrolle	
847	Persönlichkeits- und akute Verhaltensstörungen	
848	Psychische Störungen mit Beginn in in der Kindheit und Jugend	

Legende:

MDC = Major Diagnostic Category

AN-DRG = australische DRG's

Die Demenz ist seit AN-DRG Version 3 nicht mehr in MDC 19 (Psychische Erkrankungen und Störungen) enthalten. Die Demenz wurde neu als AN-DRG 56 der MDC 1 (Nervensystem) zugeordnet.⁴⁰⁵ Die Essstörungen in AN-DRG 844 waren früher in der Hauptkategorie 10 (Drüsen-, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten) enthalten.⁴⁰⁶ – Die Varianzreduktion bezüglich der Aufenthaltsdauern in MDC 19 wird mit 17% angegeben.

*Alkohol- und
Substanzenmissbrauch*

Abb. 199:
AN-MDC 20⁴⁰⁸

In der Hauptkategorie 20 (Alkohol- und Substanzenmissbrauch und durch Alkohol und Substanzen induzierte organische psychische Störungen) wurde das Kriterium "gegen ärztlichen Rat entlassen" weggelassen, da es schwierig sei, diese Information zuverlässig zu gewinnen.⁴⁰⁷

<u>MDC 20: <i>Alkohol- und Substanzenmissbrauch</i></u>		<u>AN-DRG 3.0</u>
860	Alkoholvergiftung und -entzugserscheinungen	
861	Drogenvergiftung und -entzugserscheinungen	
862	Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit	
863	Anderer Substanzenmissbrauch und -abhängigkeit	

Legende:

MDC = Major Diagnostic Category

AN-DRG = australische DRG's

⁴⁰⁴ Commonwealth of Australia (AN-DRG/3):351.

⁴⁰⁵ Commonwealth of Australia (AN-DRG/3):17+348+71.

⁴⁰⁶ Commonwealth of Australia (AN-DRG/3):17+349.

⁴⁰⁷ Commonwealth of Australia (AN-DRG/3):350.

⁴⁰⁸ Commonwealth of Australia (AN-DRG/3):352.

5.3.5 PMC: Patient Management Categories

Im PMC-System werden die Patientengruppen Modulen zugeordnet. Pro Patient dürfen mehrere Module gleichzeitig zugeteilt werden. Aus jedem Modul wird aber – mit Ausnahmen – nur eine Patientengruppe gewählt. Innerhalb eines Moduls werden deshalb die Gruppen entsprechend dem Schweregrad geordnet. Diese Ordnung wurde von medizinischen Experten nach Sterberisiko, Risiko der Arbeitsunfähigkeit und Komplikationswahrscheinlichkeit aufgrund der Erfahrungen gebildet. Wie die DRG's werden auch die PMC's aufgrund von ICD-Codes bestimmt. (Vgl. S. 211ff.)

Prinzipien PMC

Zu den einzelnen PMC's werden jeweils definiert:

- Aufnahmegrund
- diagnostische Leistungen
- Diagnosen
- therapeutische Leistungen

Abb. 200:
PMC Beschreibung

Psychiatrische Krankheiten (Alter ≥ 18 Jahre)	PMC-GE (1990)	US-Kostengewicht	Rang (Hierarchie)
4501 Psychotische Depression mit Elektrokonvulsion		10.6	1
4502 Psychotische Depression ohne Elektrokonvulsion		6.0	2
4503 Neurotische / reaktive Depression		4.3	10
4504 Manisch-depressiv mit Elektrokonvulsion		9.8	5
4505 Manisch-depressiv ohne Elektrokonvulsion		6.8	6
4506 Schizophrene Störungen		6.5	8
4507 Persönlichkeitsstörungen (Psychopathien)		3.9	11
4508 Konversionsneurose		3.4	9
4509 Anpassungsreaktion		3.3	18
4510 Medikamentenmissbrauch		2.7	17
4511 Organisches Psychosyndrom		7.3	4
4512 Störungen im Essverhalten		6.9	3
4513 Posttraumatischer Stress		3.6	7
4514 Angstzustände		3.1	12
4515 Alkoholismus		2.4	16
4516 Alkoholismus mit Komplikationen		3.9	15
4517 Rauschgiftabhängigkeit		2.9	13
4518 Andere Medikamentenabhängigkeit		2.5	14

Abb. 201:
PMC-GE: Psychiatrische Krankheiten⁴⁰⁹

Legende:

PMC-GE = Patient Management Categories – deutsche Testfassung

⁴⁰⁹ Entnommen aus Neubauer et al. (PMC/Prüfung): 249ff; Kostengewichte aus Neubauer (Ansätze): Anhang Seite 3.23.

Erläuterung: Der hierarchische Rang wird dann verwendet, wenn einem Patienten mehrere psychiatrische PMC's zugeteilt werden können. Ein solcher Patient erhält die PMC mit dem vordersten Rang.

PMC 5.0

In der 5. Ausgabe der PMC wurde die Anzahl PMC's von 18 auf 21 erhöht.⁴¹⁰ Es wurden einige Gruppen nach Alter (unter/über 18 Jahre aufgeteilt: 4503-4505, 4509, 4514). Die Gruppe für posttraumatische Stresspatienten (4513) wurde fallengelassen. Die Gruppen des Substanzenmissbrauchs (4510, 4515-4518) wurden zusammengefasst zu: Alkohol-/Medikamenten-Abhängigkeit mit Entgiftung (4515) und mit Rehabilitation (4519). Es wurden zusätzliche Gruppen eingeführt für:

- Entwicklungs-/Konzentrations-/Verhaltensstörungen (4520)
- "Oppositional Disorder" (4521)
- Geistige Retardation (4522)

Behandlungspfade

Pro PMC wurde eine Liste der diagnostischen und therapeutischen Leistungen zusammengestellt. Sie beschreibt den "Patient Management Path" (PMP). Das ist ein Behandlungspfad, der als Referenzbehandlung dienen soll und aufgrund dessen die Referenzkosten berechnet werden.

Aufnahmegründe

Als Beispiel von Aufnahmegründen seien jene zur PMC 4506 (Schizophrenie: Störungen des schizophrenen Formenkreises, Denkstörungen, schizo-affektive Störungen) aus der PMC-GE-Fassung aufgelistet:

Abb. 202:

**Aufnahmegründe
bei Schizophrenie
(PMC 4506)⁴¹¹**

-
- Störungen des Affekts, der Assoziation
 - Ambivalenz
 - Wahn
 - Verhaltensstörungen
 - Halluzinationen
 - Stimmungsschwankungen
 - Grosse Energiereserven
 - Depression
 - Suizidgedanken
 - Drohgebärden
 - Aggressives Benehmen
 - Ruhiges Verhalten
-

Varianzreduktion

Die Varianzreduktion bezüglich der Aufenthaltsdauer bei der Klassifikation nach PMC's der ersten Version ist gegenüber der Klassifikation nach DRG's nur leicht besser (18% vs. 15%).⁴¹²

⁴¹⁰ PRI (PMC/Rel.5):A17.

⁴¹¹ Gemäss Neubauer (PMC/Prüfung):249.

⁴¹² Horgan/Jencks (PCS/Psy):S28.

5.3.6 PSII: Psychiatric Severity of Illness Index

Mit dem Psychiatric Severity of Illness Index (PSII) von Susan Horn werden die Patienten in die Kategorien 1 – 4 eingeteilt. (Der PSII ist analog zum CSI konstruiert; vgl. dazu S. 245ff.) Klassifikationskriterien sind in diesem Modell nicht mehr nur Diagnosen und allenfalls Alter, wie sie im amerikanischen Fallrekord gesammelt werden, sondern:

- Stadium der Hauptdiagnose
- Komplikationen
- Interaktionen
- Pflegekategorie
- Soziale Unterstützung
- Ansprechverhalten bezüglich der Therapie
- Aufhebung von akuten Symptomen

Abb. 203:
Klassifikationskriterien
des PSII

Mit dem PSII wurden im Vergleich zu anderen alternativen Patientenklassifikationssystemen in der Übersicht von Horgan und Jencks die besten Resultate erzielt: Die Varianzreduktion gegenüber den DRG's stieg von 7% auf 34%. (Dieser Wert ist umso erstaunlicher, wenn man bedenkt, dass nur vier Patientengruppen gebildet worden sind.) Wenn die PSII zur Verfeinerung der DRG's gebraucht wurden, stieg die Varianzreduktion sogar auf 42%.

Die folgende Zusammenstellung zeigt, dass durch eine geschickte bzw. sinnvolle Definition von Ausreißern die Homogenität innerhalb von Patientengruppen nochmals wesentlich erhöht werden kann:

Gruppierbare Patienten	% der Patienten	Varianzreduktion Aufenthaltsdauer:		
		DRG	PSII	DRG + PSII
Alle mit PSII klassierbaren Patienten	85%	7%	34%	42%
weniger als 180 Tage ohne "spezielle Fälle"	60%	13%	36%	46%
		6%	50%	55%

Abb. 204:
Varianzreduktion mit
DRG und PSII

Unter den "speziellen Fällen" wurden hier u.a. verstanden:

- Austritt gegen ärztlichen Rat,
- Überweisung zur nicht-psychiatrischen Betreuung,
- vorzeitige Entlassung wegen ungenügender Versicherungsdeckung.

Vom PSII gibt es auch eine computerisierte Fassung, den CPSI (Computerized Psychiatric Severity Index). Er baut auf dem PSII auf. Es werden Diagnosen gemäss ICD-9-CM, Band 1, verwendet. In Abhängigkeit von der Diagnose werden

CPSI

verschiedene Kriterien, u.a. Symptome, Laborwerte, Vitalzeichen und radiologische Befunde berücksichtigt. Ebenso wie der PSII teilt auch der CPSI die Patienten in Kategorien von 1 – 4 ein. Der CPSI kann zu verschiedenen Zeitpunkten bestimmt werden. Insbesondere wichtig sind:⁴¹³

Abb. 205:

CPSI-Messungspunkte

-
- Eintritts-CPSI: Eintritts- und Folgetag;
 - Entlassungs-CPSI: Austrittstag und Tag davor;
 - Maximaler Wert (MaxCPSI): Eintrittstag bis Austrittstag.
-

Der MaxCPSI soll den schlechtesten Zustand messen, der während des Spitalaufenthaltes aufgetreten ist.

CPSI bei Psychosen

In einer Studie von Stoskopf und Horn wurde der CPSI bei 304 Patienten der DRG 430 (Psychosen) angewandt.⁴¹⁴ Bei 61 Patienten der Stichprobe wurden schizophrene Psychosen diagnostiziert, bei den übrigen 243 Patienten affektive Psychosen. Die Patienten wurden so gewählt, dass die Psychose bei allen die einzige psychiatrische Diagnose war.

Es wurden zwei Gruppierungen vorgenommen: Einmal nur aufgrund der 4 Kategorien des CPSI. Das zweite Mal unter Berücksichtigung weiterer Variablen. Es wurde jeweils die Varianzreduktion bezüglich der Aufenthaltsdauern berechnet.⁴¹⁵

MaxCPSI

Es wurden Eintritts-CPSI und MaxCPSI gemessen. Sie stimmten in 90% der Fälle überein. Eine Unterteilung der Patienten nur nach MaxCPSI erklärte 13.7% der Varianz der Aufenthaltsdauern.

Zusätzliche Variablen

Für die Studie wurden 49 zusätzliche Datenitems erhoben. 45 davon stammten aus der Krankengeschichte, 5 aus dem Austritt-Fallrekord. Aufgrund von Varianzanalysen und Regressionsrechnungen konnten 22 Variablen bestimmt werden, die statistisch signifikant mit der Aufenthaltsdauer korrelierten. Diese 22 Variablen umfassten: den geistigen Zustand, die psychiatrische Vorgeschichte, medizinische Komplikationen, psychosoziale Faktoren. Im einzelnen waren es: Altersgruppe (unter 25, 25-64, 65 und älter), ethnische Zugehörigkeit, Garant, Beschäftigung, Hilfe zu Hause, vorgängige Hospitalisation im gleichen Krankenhaus, Benutzung von unerlaubten Drogen, Strafvollzug in der Vorgeschichte, Lernschwäche, Anzahl ambulanter Konsultationen, Verwendung von leichten Tranquilizern bei Eintritt, Verwendung von Antidepressiva bei Eintritt, Verwendung von starken Tranquilizern bei Austritt, Verwendung von Antidepressiva bei Austritt, Eintritt, um eine vorherige Diagnose auszuschließen, Stationsidentifi-

⁴¹³ Stoskopf/Horn (CPSI+Psychosen/2):745.

⁴¹⁴ Stoskopf/Horn (CPSI+Psychosen/1); Stoskopf/Horn (CPSI+Psychosen/2).

⁴¹⁵ Die Aufenthaltsdauern korrelierten zu den fakturierten Beträgen mit einem r^2 von 0.96.

kation, Schweregrad (MaxCPSI), Entlassungsmodus (nach Hause, gegen ärztlichen Rat, übrige), Arbeitslosigkeit.

Von diesen Variablen wurden jene ausgewählt, die besonders zur Varianzreduktion beitrugen. Damit gelangte man zu folgenden bemerkenswerten Resultaten:

Gruppierte Patienten:			Varianzreduktion Aufenthaltsdauer:		
Code		Anz. Pat.	CPSI	CPSI + n Variablen	n
ICD 295	Schizophrene Psychosen	61	10.0%	70.3%	7
ICD 296	Affektive Psychosen	243	14.3%	27.5%	4
DRG 430	Insgesamt	304	13.7%	32.5%	6

Abb. 206:
Patienten mit
Psychosen (DRG 430)

Es fällt insbesondere auf, dass bei den 61 Patienten mit schizophrenen Psychosen eine Varianzreduktion von 70% erreicht wurde. Es ist anzumerken, dass die Stichprobe mit 61 Patienten im Verhältnis zur Anzahl der in der Regression verwendeten Variablen (7 Merkmale) relativ klein ist. Es folgt nun eine Zusammenstellung der für schizophrene und affektive Psychosen verwendeten Variablen und deren Koeffizienten:

	ICD 295	ICD 296	DRG 430
Varianzreduktion	70.3%	27.5%	32.5%
Konstante	6.3	11.9	11.4
MaxCPSI: 4	-	15.5	20.3
3	7.9	6.5	8.8
2	5.1	-	5.6
Alter 25-64	-	-	-3.3
Garant: Medicare	5.3	10.3	7.3
Blue Cross	-	6.1	6.1
Station Nr. 4	-12.1	-	-
Notfallmässige Aufnahme	3.9	-	-
Lernschwäche	9.5	-	-
Ausschluss einer vorherigen Diagnose	21.0	-	-
Entlassung nach Hause	-	7.8	6.5
Antidepressiva bei Eintritt	13.8	-	4.5
Starke Tranquilizer bei Austritt	-	-5.0	-5.7

Abb. 207:
Regressions-
koeffizienten

Die Koeffizienten können direkt als Tage interpretiert werden. Z.B. bedeutet der Koeffizient von 3.9 bei notfallmässiger Aufnahme von Patienten mit schizophrenen Psychosen, dass solche Patienten durchschnittlich ca. 4 Tage länger in Behandlung bleiben.

Dazu einige Kommentare:

- Die Aufenthaltsdauern sind in Abhängigkeit des MaxCPSI, d.h. des Schweregrades der Erkrankung, sehr unterschiedlich. Das bedeutet, dass die Patienten innerhalb von DRG 430 recht inhomogen sind.
- Nach Hause entlassene Patienten weisen vermutlich deshalb eine längere Behandlung im Spital auf, weil sie vor der Entlassung besser stabilisiert werden müssen, als wenn sie anschliessend in einer geschützten Umgebung leben können.
- Die Verwendung von starken Tranquilizern verkürzt die Aufenthaltsdauer um ca. 5 Tage. Falls dieses Behandlungsmerkmal Kriterium einer Patientenklassifikation ist, auf der die Vergütung beruht, können – bei positiver Bewertung dieses Merkmals – Anreize entstehen, den Patienten nach Möglichkeit bei Austritt Tranquilizer zu verordnen. Bei negativer Bewertung (niedrigere Fallpauschale bei Verordnung von Tranquilizern bei Austritt) entsteht hingegen der Anreiz, den Patienten allenfalls lieber noch etwas länger im Spital zu behalten, als ihm Tranquilizer zu verordnen. Bei Nichtberücksichtigung dieses Merkmals müssten die Kosten der Tranquilizer, die ja bei Fallpauschalen vom Krankenhaus zu tragen wären, verglichen werden mit den Kosten von zusätzlichen Aufenthaltstagen, die nötig wären, wenn keine Tranquilizer abgegeben würden.
- Die längeren Aufenthaltsdauern bei Medicare-versicherten Patienten im Vergleich zu Blue-Cross-versicherten Patienten kann evtl. damit erklärt werden, dass Medicare-Patienten eher älter sind und damit mehr (medizinische) Begleiterkrankungen aufweisen.
- Ein Patient mit einer affektiven Psychose wird auf der Station 4 ca. 12 Tage früher entlassen als auf anderen Stationen. Dies ist ein Hinweis darauf, wie entscheidend in der Psychiatrie der Behandlungsstil sein kann.

5.3.7 PPC: Psychiatric Patient Classes

Die von Ashcraft, Fries et al. entwickelten Psychiatrischen Patienten-Klassen (PPC's) gruppieren die Patienten in 74 Patientenkategorien.⁴¹⁶ Dazu werden gegenüber den Daten des amerikanischen Fallrekords noch 5 zusätzliche Variablen verwendet.

Zunächst wurden die Patienten in 12 PDG's (Psychiatric Diagnostic Groups) eingeteilt. Diese Aufteilung entspricht dem "konventionellen" Vorgehen, z.B. der Aufteilung in Hauptkategorien (MDC's = Major Diagnostic Categories) bei den DRG's oder in Module bei den PMC's.

<i>PDG's</i> <i>Psychiatric Diagnostic Groups</i>	Varianz- Reduktion
1 Organisch bedingte psychische Störungen	11%
2 Störungen bei Alkoholmissbrauch	33%
3 Missbrauch von Opioiden und anderen Substanzen	17%
4 Schizophrenien	9%
5 Andere psychotische Störungen	5%
6 Bipolare Störungen (manisch-depressiv)	5%
7 Depressive Störungen	9%
8 Andere spezifische und atypische affektive Störungen	9%
9 Posttraumatische Stressreaktionen	21%
10 Angststörungen	6%
11 Psychopathien	6%
12 Verhaltensstörungen, Anpassungsstörungen und übrige psychische Störungen	5%

Abb. 208:
Psychiatric Diagnostic
Groups zur Einteilung
der PPC's

In einem weiteren Schritt wurden diese Gruppen aufgrund der Analyse folgender Variablen weiter unterteilt:

⁴¹⁶ Ashcraft et al. (PPC).

Abb. 209:

Analysierte Variablen

-
- Anzahl medizinischer DRG-Hauptkategorien (med. MDC's)
 - Anzahl psychiatrischer Diagnosen (zusätzlich zur Hauptdiagnose)
 - Alter (bei Austritt)
 - Verwirrheitszustand (ja/nein)
 - Entgiftung nötig (Vergiftung bei Eintritt)
 - nur zur Entgiftung aufgenommen, wobei der Patient weniger als 7 Tage blieb
 - wegen Hauptdiagnose bereits andernorts behandelt
 - Abhängigkeit bezüglich einer oder mehrerer Aktivitäten des täglichen Lebens
 - Aufnahme zu spezieller "PTSD"-Behandlung⁴¹⁷
 - Schweregrad der Symptome bei Eintritt (3 Stufen) aufgrund einer modifizierten GAF-Skala⁴¹⁸
-

Legende: Die mit • markierten Variablen konnten nicht aus dem Fallrekord abgeleitet werden.

Zur Einteilung der Patienten nach PPC's werden gewöhnlich 2, einzelne Male 3 dieser Kriterien verwendet. Meist sind es:

Abb. 210:

Hauptsächlich

verwendete Einteilungskriterien

-
- Anzahl medizinischer MDC's
 - Schweregrad der Symptome bei Eintritt⁴¹⁹
-

Ausreisserelimination

Die Bandbreite der analysierten Fälle lag bei Aufenthaltsdauern zwischen 2 und 99 Tagen. Patienten mit unüblicher Entlassung wurden weggelassen (Austritt gegen ärztlichen Rat, gestorben während der Behandlung oder andersartiger Unterbruch der Behandlung). Insgesamt wurden so 19% der 104'000 Fälle von der Analyse ausgeschlossen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der analysierten Fälle betrug noch 24 Tage.

Varianzreduktion

Beim Einsatz der 12 PPC's zum Substanzenmissbrauch resultiert eine Varianzreduktion von 31% (gegenüber DRG's mit 2.5%); mit den übrigen 62 PPC's für Patienten mit psychischen Störungen wird eine Reduktion von 11% erreicht (DRG's: 1.7%). Die Varianzreduktion über alle PPC's zusammen beträgt 18% (DRG's: 3.4%).

⁴¹⁷ PTSD = Post-Traumatic Stress Disorder (Posttraumatische Stressreaktion).

⁴¹⁸ GAF = Global Assessment of Functioning Scale (Globalbeurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus); vgl. Seite 104.

⁴¹⁹ Der Schweregrad der Symptome bei Eintritt ist nur in PDG 2 (Alkoholmissbrauch) und 3 (Substanzenmissbrauch) keine gute Schätzvariable für die Aufenthaltsdauer. In 7 von 12 PDG's ist er der primäre Unterscheidungsfaktor.

PPC-Beispiele:

<i>PDG 2: Störungen infolge Alkoholmissbrauchs</i>		<i>PPC 1.0</i>		
Erklärte Varianz bezüglich Aufenthaltsdauern: 33 %				
<i>PPC</i>		<i>ϕTage</i>	<i>VK</i>	<i>Fälle</i>
07	nur Entgiftung, kürzer als 7 Tage	5	0.4	17%
08	Entgiftung und Behandlung, Ersteintritt	31	0.5	19%
09	Entgiftung und Beh., chronisch, 1 oder keine med. Kompl.	25	0.6	13%
10	Entgiftung und Behandlung, chronisch, ≥ 2 med. Kompl.	29	0.5	5%
11	Behandlung, keine medizinische Komplikation	24	0.7	9%
12	Behandlung, eine medizinische Komplikation	28	0.5	16%
13	Behandlung, ≥ 2 medizinische Komplikationen	33	0.5	<u>21%</u>
				100%

Abb. 211:

PPC-Beispiel: Alkoholmissbrauch

Legende:

VK = Varianzkoeffizient

% Fälle: Prozentualer Anteil von 28'000 Austritten zwischen 1.6.85 und 28.2.86

<i>PDG 3: Störungen infolge Opioid- und Missbrauchs anderer Substanzen</i>		<i>PPC 1.0</i>		
Erklärte Varianz bezüglich Aufenthaltsdauern: 17 %				
<i>PPC</i>		<i>ϕTage</i>	<i>VK</i>	<i>Fälle</i>
14	nur Entgiftung, kürzer als 7 Tage	4	0.3	13%
15	Entgiftung und Behandlung, keine med. Komplikation	22	0.7	15%
16	Entgiftung und Behandlung, ≥ 1 med. Komplikation	27	0.6	31%
17	Behandlung, keine medizinische Komplikation	20	1.0	14%
18	Behandlung, ≥ 1 medizinische Komplikationen	30	0.7	<u>27%</u>
				100%

Abb. 212:

PPC-Beispiel:

Substanzenmissbrauch

Legende:

VK = Varianzkoeffizient

% Fälle: Prozentualer Anteil von 5'000 Austritten zwischen 1.6.85 und 28.2.86

Abb. 213:
PPC-Beispiel:
Depressive Störungen

<i>PDG 7: Depressive Störungen</i>							
Erklärte Varianz bezüglich Aufenthaltsdauern: 9%							
<i>PPC</i>	<i>Symptome bei Eintritt</i>	<i>Anz. med. MDC's</i>	<i>ATL-Abhängigkeit</i>	<i>Alter</i>	<i>ϕTage</i>	<i>VK</i>	<i>Anteil Patienten</i>
41	leicht	0			13	0.9	2%
42	leicht	≥ 1			24	0.8	4%
43	mittelschwer	0			24	0.8	16%
44	mittelschwer	≥ 1			31	0.7	34%
45	schwer		keine	< 47	31	0.7	16%
46	schwer		keine	≥ 47	37	0.6	23%
47	schwer		vorhanden		46	0.5	5%
							100%

Legende:

ATL-Abhängigkeit = Abhängigkeit bezüglich einer oder mehrerer Aktivitäten des täglichen Lebens

VK = Varianzkoeffizient

% Fälle: Prozentualer Anteil von 4'100 Austritten zwischen 1.6.85 und 28.2.86

Anzumerken bleibt, dass dieses System von der "Veterans Administration" entwickelt wurde und dass unter den Veteranen praktisch keine Frauen und keine jugendlichen Patienten waren.

5.3.8 LPPC's: Long-Staying Psychiatric Patient Classes

Fries et al. entwickelten in der Folge auch ein System für psychiatrische Langzeitpatienten mit 6 Patientengruppen. Gruppiert wurden nicht Fälle mit ähnlichen Aufenthaltsdauern, sondern Patienten mit ähnlichen Tageskosten.

Als Langzeitpatienten galten Patienten mit einer Aufenthaltsdauer von mehr als 100 Tagen und Patienten auf Abteilungen für chronische Patienten. Als abhängige Variable (Kostenindikator) wurde Pflegezeit und Zeit der anderen Berufsleute (Ärzte, Psychologen, Therapeuten usw.) gewählt.

Für Langzeit- und chronische Patienten ist der tägliche Aufwand um ca. 40% geringer als für andere Patienten. Besonders auffällig ist der Unterschied im Aufwand von Ärzten und Therapeuten: Sie setzten für Langzeitpatienten 6 (von total 41) Punkte⁴²⁰ ein im Vergleich zu 17 (von total 66) für die übrigen Patienten. Die patientenzentrierte Zeit betrug bei beiden Patientengruppen ca. 50% der Personalzeit.

Die LPPC's sind hierarchisch nach folgender Reihenfolge aufgebaut:

LPPC's Long-Staying Psychiatric Patient Classes		Varianz- Koeff.	Kosten- gewicht (Tag)
ASL	Aggressiv, selbstdestruktiv, > 3 Jahre im Spital	0.6	1.1
ASM	Aggressiv, selbstdestruktiv, ≤ 3 Jahre im Spital	0.6	1.7
PW	Psychotisches Rückzugsverhalten	0.6	1.6
PN	Psychotisch, ohne Rückzugsverhalten	0.7	1.0
AW	Eingeschränkte Aktivitäten des täglichen Lebens und Rückzugsverhalten	0.3	1.2
O	übrige Patienten	0.5	0.9

Abb. 214:
LPPC's

Das LPPC-System kann 11% der Varianz des Tages-Ressourcen-Einsatzes erklären. Dies ist sehr wenig, aber immer noch ein wenig besser als die 3%, die die DRG's zu erklären vermögen.

Ein weitaus bedeutenderer Teil der Varianz scheint allerdings auf unterschiedliche Behandlungsstile zurückzuführen zu sein: Wenn als einzige Variable die Stationsnummer als Klassifikationskriterium eingesetzt wird, wird eine Varianzreduktion von 39% (!) erreicht.

Damit steht man auch hier vor der Frage, ob nicht die Behandlungsziele als sehr wesentliche Kostenfaktoren zu berücksichtigen wären.

⁴²⁰ Der Aufwand wurde in RVU-Punkten (RVU = Relative Value Units) gemessen, d.h. hier: nach Qualifikationen gewichtete Einsatzzeiten.

5.3.9 Patientenkategorien in der Psych-PV (Psychiatrie-Personalverordnung)

Die deutsche, seit anfangs 1991 geltende Psychiatriepersonalverordnung⁴²¹ dient der Personalbemessung von Ärzten, Pflegepersonal und sonstigem therapeutischen Fachpersonal in psychiatrischen Kliniken und Abteilungen.

"Behandlungsbereiche" Dazu wurden 25 Patientengruppen gebildet. Sie werden in der Psych-PV als *Behandlungsbereiche* bezeichnet.

Die Behandlungsbereiche werden aufgrund der Kombination der folgenden "Teilgebiete" und "Ebenen" definiert:

Abb. 215:

Teilgebiete in der Psych-PV

-
- Allgemeine Psychiatrie (A)
 - Abhängigkeitskranke (S)
 - Gerontopsychiatrie (G)
 - Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJ)
-

Abb. 216:

Ebenen in der Psych-PV

-
- Regelbehandlung (1. Ebene)
 - Intensivbehandlung (2. Ebene)
 - Rehabilitative Behandlung (3. Ebene)
 - Langandauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker (4. Ebene)
 - Psychotherapie (5. Ebene)
 - Tagesklinische Behandlung (6. Ebene)
-

Der Teilbereich "Kinder- und Jugendpsychiatrie ist in 7 Ebenen gegliedert. Die Gliederung dieser Ebenen ist nicht ganz identisch mit der Gliederung der Ebenen der Erwachsenenpsychiatrie.⁴²²

Die Patienten werden also aufgrund von 4 Problemtypen ("Teilgebiete") und 6 bzw. 7 Behandlungstypen ("Ebenen") in eine der resultierenden 25 Patientenkategorien ("Behandlungsbereiche") eingeteilt.

Die Behandlungsbereiche werden in drei Dimensionen beschrieben:

Abb. 217:

Kranke, Ziele, Mittel

-
- die wichtigsten Krankheitsbilder ("Kranke")
 - die Behandlungsziele
 - die Behandlungsmittel
-

⁴²¹ Vgl. Kunze/Kaltenbach (Psych-PV).

⁴²² Kunze/Kaltenbach (Psych-PV):18+24+61.

Abb. 218: Beispiele von Behandlungsbereichen der Psych-PV⁴²³**A1:** Regelbehandlung allgemeine Psychiatrie:

- *Kranke:* akut psychisch Kranke.
- *Behandlungsziele:* Erkennen und Heilen, psychische und soziale Stabilisierung.
- *Behandlungsmittel:* Diagnostik, Psychopharmakotherapie, Psychotherapie, Soziotherapie⁴²⁴, Ergotherapie.

A6: Tagesklinische Behandlung allgemeine Psychiatrie:

- *Kranke:* Psychisch Kranke, nicht oder nicht mehr vollstationär behandlungsbedürftig.
- *Behandlungsziele:* Erkennen und Heilen, psychische und soziale Stabilisierung, Wiedereingliederung, Krisenbewältigung.
- *Behandlungsmittel:* Diagnostik, Pharmakotherapie, Psychotherapie, Soziotherapie, Ergotherapie.

S3: Rehabilitative Behandlung von Abhängigkeitskranken einschliesslich Entwöhnung:

- *Kranke:* Ausreichend entgiftete, motivierte und belastbare Alkohol- und Medikamentenabhängige oder inzwischen zur rehabilitativen Behandlung befähigte Schwer- und Mehrfachkranke.
- *Behandlungsziele:* Abstinenz, Befähigung zu ambulanter Behandlung, Integration in Selbsthilfegruppen, Wiedereingliederung.
- *Behandlungsmittel:* Suchtspezifische mehrdimensionale Behandlung.

G6: Tagesklinische Behandlung Gerontopsychiatrie:

- *Kranke:* Psychisch Kranke im höheren Lebensalter, nicht oder nicht mehr vollstationär behandlungsbedürftig.
- *Behandlungsziele:* Erkennen von Krankheit, Bessern, psychische, somatische und soziale Stabilisierung, Krisenbewältigung, Wiedereingliederung, Vermeidung oder Verkürzung vollstationärer Behandlung.
- *Behandlungsmittel:* Psychiatrische, neurologische und allgemeinmedizinische Diagnostik und Therapie einschliesslich Pharmakotherapie. Training zum Ausgleich von Einbussen lebenspraktischer Fertigkeiten, Orientierungs- und Gedächtnistraining, Soziotherapie, Psychotherapie.

In der Dimension "Kranke" wird die Art der Gesundheitsprobleme der Patienten grob umschrieben. (Vgl. die obigen Beispiele.) Zu jeder Gruppe von Patienten werden in der zweiten Dimension die Behandlungsziele und in der dritten Dimension die Behandlungsmittel festgelegt: Pro Patientengruppe sind also nicht nur die Probleme, sondern auch Ziele und Mittel vordefiniert.

Pro Behandlungsbereich wurden sogenannte Tätigkeitsprofile zusammengestellt. Darin sind alle "Regelaufgaben" nach Berufsgruppen aufgelistet.⁴²⁵ Zu jeder Regelaufgabe wurden von einer Expertengruppe vor dem Hintergrund eines bestimmten therapeutischen Konzeptes Minutenwerte festgelegt. Die Regelaufgaben stellen ein Art grobe Behandlungspfade dar.

Tätigkeitsprofile

⁴²³ Entnommen aus Kunze/Kaltenbach (Psych-PV):21.

⁴²⁴ "Als Soziotherapie werden in diesem Zusammenhang alle handlungsorientierten Einflussnahmen auf die Wechselwirkungen zwischen Erkrankung des Patienten und seinem sozialen Umfeld verstanden." [Kunze/Kaltenbach (Psych-PV):21]

⁴²⁵ Zusammengestellt in: Kunze/Kaltenbach (Psych-PV) auf den Seiten 35-97; vgl. dort auch S. 168f.

Abb. 219: Psych-PV: Erwachsenenpsychiatrie: Vorgabestunden pro Tag⁴²⁶

Behandlungsbereiche		Ärzte	Pflege	übrige	Summe h/Tag
<i>Allgemeine Psychiatrie:</i>					
A1	Regelbehandlung	0.5	1.4	0.6	2.5
A2	Intensivbehandlung	0.6	2.7	0.6	3.8
A3	Rehabilitative Behandlung	0.2	0.9	1.0	2.1
A4	Langandauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker	0.3	1.7	0.6	2.7
A5	Psychotherapie	0.4	0.5	0.6	1.5
A6	Tagesklinische Behandlung	0.3	0.1	0.8	1.2
<i>Abhängigkeitskranke:</i>					
S1	Regelbehandlung	0.5	1.3	0.6	2.5
S2	Intensivbehandlung	0.6	2.7	0.7	4.0
S3	Rehabilitative Behandlung	0.2	0.6	1.2	1.9
S4	Langandauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker	0.3	1.6	0.7	2.6
S5	Psychotherapie	0.3	0.5	0.7	1.5
S6	Tagesklinische Behandlung	0.3	0.1	0.8	1.2
<i>Gerontopsychiatrie:</i>					
G1	Regelbehandlung	0.4	2.4	0.6	3.4
G2	Intensivbehandlung	0.5	2.9	0.4	3.8
G3	Rehabilitative Behandlung	0.2	1.2	0.6	2.1
G4	Langandauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker	0.2	2.2	0.5	2.9
G5	Psychotherapie	0.3	0.6	0.5	1.3
G6	Tagesklinische Behandlung	0.3	0.2	0.8	1.3

Abb. 220: Psych-PV: Kinder- und Jugendpsychiatrie: Vorgabestunden pro Tag⁴²⁷

Behandlungsbereiche		Ärzte	Pflege + Erz.	übrige	Summe h/Tag
<i>Kinder- und Jugendpsychiatrie:</i>					
A1	Regel- und Intensivbehandlung	0.6	3.4	3.8	7.8
A2	Regelbehandlung	0.6	3.1	1.3	5.0
A3	Intensivbehandlung	0.8	4.5	0.8	6.0
A4	Rehabilitative Behandlung	0.3	1.3	1.2	2.7
A5	Langandauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker	0.3	3.7	1.2	5.3
A6	Eltern-Kind-Behandlung	0.6	0.7	1.3	2.6
A7	Tagesklinische Behandlung	0.6	0.6	1.3	2.5

Legende: Erz. = Erziehungsdienst

⁴²⁶ Errechnet aufgrund von Angaben in: Kunze/Kaltenbach (Psych-PV):17.

⁴²⁷ Errechnet aufgrund von Angaben in: Kunze/Kaltenbach (Psych-PV):19.

5.3.10 Das CHAINE-Projekt

Das internationale CHAINE-Projekt (CHAINE = Comprehensive Hospital and Ambulatory Care Information Networking for Episode Linkage) sucht nach Alternativen zu fallzentrierten Systemen wie DRG's.⁴²⁸

Anstelle von Krankenhausfällen sollen *Episoden* treten. Episoden sind gekennzeichnet durch einen Anfang und ein Ende, die einen Behandlungsverlauf für ein bestimmtes medizinisches Problem abgrenzen. Die Behandlung kann durch mehrere Leistungserbringer erfolgen. (Eine klare Definition von Episoden existiert noch nicht. Es muss beachtet werden, dass sie benutzerabhängig ist.)

Episoden

Möglicherweise können bestehende Patientenklassifikationssysteme aus dem stationären und ambulanten Bereich kombiniert werden, um Episoden zu beschreiben. Zusätzlich ist es wichtig, dass auch Begleitung und Betreuung, die ausserhalb des Gesundheitswesens durchgeführt werden, beachtet werden.

Die Verwendung von Episoden könnte eine Hilfe sein, die Resultate der Behandlung eher zu beschreiben.

Probleme werden sich in diesem Konzept bei der Zusammenfassung der Daten verschiedener Leistungserbringer zu Episoden-Daten des Patienten ergeben. (Anmerkung: Ein vor dieser Fragestellung sehr interessanter Ansatz ist das EDV-Netz von Plymouth, wo die Leistungserbringer der Gemeinde für Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen bereits seit fünf Jahren miteinander verknüpfte Krankendokumentationen führen.⁴²⁹)

⁴²⁸ Ivarsson et al. (CHAINE/Report95).

⁴²⁹ Rigby/Robins (Plymouth).

6 PCS für stationäre Langzeitpatienten

Vorbemerkung: Näheres über einige der hier vorgestellten Patientenklassifikationssysteme für Langzeitpatienten ist nachzulesen in der Studie "Leistungserfassung und Patientenkategorisierung in der Pflege", die im Januar 1995 bei H+ Die Spitäler der Schweiz erschienen ist.⁴³⁰

6.1 Unterschiede zu Patientenklassifikationssystemen für den Akutbereich

Sicht der Pflege

Systeme der Pflege beziehen sich – im Unterschied zu vielen Systemen aus ärztlicher Sicht – meist auf den *Pflegetag* als Messeinheit: Es soll erkannt werden, wie und weshalb der Pflegeaufwand pro Tag schwankt.

Akutpflege

In der Akutpflege ist der Pflegeaufwand aufgrund der medizinischen Therapie in-ner gewissen Grenzen vorhersehbar. Dies gilt besonders bei chirurgischen und im übrigen gesunden Patienten. Entsprechend können Behandlungsstandards aufgestellt werden, in denen auch der Pflegeaufwand für die einzelnen Tage geplant wird.⁴³¹ Da sich die Pflegeintensität in der Akutpflege relativ schnell ändert, ist eine tägliche Bestimmung der Pflegekategorie nötig.

Langzeitpflege

In der Langzeitpflege – bei Patienten mit chronischen Krankheiten und Behinderungen – variiert der Pflegeaufwand pro Patient im Verlauf der Zeit häufig nicht allzusehr. Wenn der Gesundheitszustand der Patienten einmal festgestellt wurde, kann daraus der zu erwartende durchschnittliche tägliche Aufwand abgeleitet werden. Da der Gesundheitszustand nur halbjährlich oder jährlich aufgenommen wird, fällt es nicht sehr ins Gewicht, wenn Systeme in der Langzeitpflege wie z.B. RAI oder PLAISIR einen grossen Erfassungsaufwand erfordern. Sie versuchen, den Zustand recht umfassend zu beschreiben.

Patienten mit chronischen Krankheiten in der Akutbehandlung

Schwieriger wird das alles, wenn ein pflegebedürftiger Patient wegen eines akuten Problems behandelt werden muss: Der Pflegeaufwand ist dann abhängig vom *vorbestehenden Gesundheitszustand* und zusätzlich von den Massnahmen, die bezüglich des akuten Problems getroffen werden. Aus meiner Sicht wäre es wichtig, den vorbestehenden Gesundheitszustand festzuhalten, da er einen Pflegeaufwand verursacht, der mehr oder weniger unabhängig ist vom aktuellen Problem. Die daraus entstehenden zusätzlichen Kosten soll das Akutspital nebst den Kosten für die Akutbehandlung in Rechnung stellen können. Andernfalls besteht die Gefahr, dass die finanziellen Anreize bewirken, dass solche Patienten ungerne behandelt und abgeschoben werden.

⁴³⁰ Im speziellen sind die Systeme für die stationäre Langzeitpflege in Fischer (PCS/Pflege):60ff beschrieben.

⁴³¹ Vgl. dazu auch Schmidt/Heuser (PBL).

Auch zu bedenken ist, dass in geriatrischen Abteilungen oft ein Auftrag zur *Rehabilitation* besteht. In Pflegeheimen aber steht die bedürfnisgerechte *Betreuung* auf den Tod hin im Zentrum der Pflege. Es geht hier um die Frage der Lebensgestaltung von Tag zu Tag. Der einzelne Tag kann z.B. eine Bedeutung erhalten, indem sich Bewohner und Pflegende das Ziel setzen, einmal aufzustehen.

Rehabilitationsauftrag
und Betreuungsauftrag

6.2 BAK für Alters-, Pflege- und Behindertenheime

BAK: Organisations- und Führungshilfe für Alters-, Pflege- und Behindertenheime

Das System BAK⁴³² wurde in der Schweiz entworfen und vom Heimverband Schweiz propagiert. Es will die Pflegeheimleitung in ihrem unternehmerischen Handeln unterstützen.

Durch die Datenerfassung auf den drei Ebenen *Bewohner (B)*, *Arbeit des Personals (A)*, *Kosten (K)* werden verschiedene Einsatzmöglichkeiten geschaffen:⁴³³

- Betreuungsplanung,
- Personaleinsatzplanung,
- Budgetierung,
- bessere Kostentransparenz,
- Betriebsvergleiche (Kennzahlen, Leistungsausweis),
- politische Entscheidungsgrundlagen.

B = Bewohner

Im folgenden wird an dieser Stelle nur auf die Ebene "Bewohner" eingegangen: Die Bewohner werden über ein einfaches System von Aussagen über deren Pflegebedürftigkeit charakterisiert.

Die Kategorisierung erfolgt entsprechend dem Pflegebedarf in 4 Gruppen:

Abb. 221: Pflegebedarfsgruppen im System BAK⁴³⁴

<i>Bedarfsgruppe</i>	<i>Punkte</i>	<i>Beschreibung</i>
Gruppe 0	0–6	Pensionär: bezieht Grundleistungen des Heims, aber keine oder nur unwesentliche spezifische Betreuungsleistungen
Gruppe 1	7–15	Heimbewohner mit regelmässigen Hilfeleistungen leichten Grades
Gruppe 2	16–24	Heimbewohner mit regelmässigen Hilfeleistungen mittleren Grades
Gruppe 3	25–33	Heimbewohner mit regelmässigen Hilfeleistungen schweren Grades

"Bewohnertypus"

Je nachdem, ob ein Heimbewohner einen grösseren funktionell bedingten Bedarf oder einen grösseren psychisch/sozial bedingten Bedarf aufweist, wird er zusätzlich mit dem Typus "F" bzw. "S" bezeichnet.

"Handlungsbereiche"

Die Punkte für die Zuordnung zur Bedarfsgruppe erfolgt über die Einstufung in sogenannten "Handlungsbereichen". Für jeden Handlungsbereich kann der Pflegebedarf auf einer Skala zwischen 0 - 4, teilweise 0 - 3, quantifiziert werden.

⁴³² VSA (BAK).

⁴³³ VSA (BAK):15ff.

⁴³⁴ VSA (BAK):33.

	<i>Max. Punkte</i>
• <i>Funktional bedingter Pflegebedarf:</i>	
– Gehfähigkeit	4
– Ernährung	4
– Zimmer/Wohnungsversorgung (Fähigkeit zur regelmässigen Besorgung der Hausarbeiten)	4
– Grundpflege und hygienische Massnahmen (betrifft Körperpflege, Baden, Toilettenbenutzung, An- und Auskleiden)	4
– Behandlungspflege (betrifft Umgang mit Medikamenten und Verordnungen, Inkontinenz und Katheter, "intensive pflegerische Hilfeleistungen")	4
• <i>Psychisch/sozial bedingter Pflegebedarf:</i>	
– Kommunikation (Fähigkeit, die persönlichen Angelegenheiten selbst ausführen, z.B. Kontakte herstellen, Besorgungen erledigen, Umgang mit Geld) ⁴³⁵	3
– Tagesrhythmus (Tag-/Nachtrhythmus, Unruhe)	3
– Alltagsgestaltung (Fähigkeit, den Alltag entsprechend den Bedürfnissen und Möglichkeiten selbst zu gestalten)	3
– Zeitliche und örtliche Orientierung (bzw. Desorientierung/Verwirrtheit)	4

Abb. 222:
"Handlungsbereiche"
im System BAK

Das System BAK wird in mehreren Kantonen zur Vergütung von Krankenkassen-Tagesbeiträgen an die stationäre Betreuung von Patienten in Pflegeheimen verwendet (BE, BS, LU, NW, SH, SO⁴³⁶).

Vergütung aufgrund der
BAK-Einstufung

⁴³⁵ Der Begriff "Kommunikation" wurde hier ganz anders verwendet als z.B. in PLAISIR und PRN! Für die überarbeitete Fassung des BAK wurde denn auch ein Vorschlag für eine andere Bezeichnung gemacht: "Persönliche Angelegenheiten". Diese Bezeichnung wird nun auch im System BESA verwendet (vgl. weiter unten).

⁴³⁶ Vgl. VESKA-"Zirkular an die Mitglieder Nr. 14" vom 24.5.96 zu "Taxen in Pflegeheimen."

6.3 BESA: Bewohnerinnen-Einstufungs- und Abrechnungssystem

Das System BESA (Bewohnerinnen-Einstufungs- und Abrechnungssystem) ist ein schweizerisches Patientenkategorisierungs- und Leistungserfassungssystem für Bewohnerinnen von Alters- und Pflegeheimen. Es umfasst einen Leistungskatalog und ein Kalkulationsmodell.⁴³⁷ Im folgenden wird entsprechend dem Thema dieses Buches nur auf den Leistungskatalog und auf die daraus abgeleitete Einstufung bezüglich Bedarf an Pflege- und Betreuungsleistungen eingegangen.

Leistungskategorien

Die Leistungen werden zunächst nach Leistungskategorien unterschieden, die einzelnen Tarifelementen zugeordnet werden können:

Abb. 223:

Leistungskategorien

– Grundleistungen des Heims	→ Tagestaxe
– Pflege- und Betreuungsleistungen	→ Pflorgetaxen
– Zusatzleistungen (Komfortleistungen)	→ Zusatzerträge

Leistungskatalog

Im *Leistungskatalog* werden die Leistungen nach zwölf Leistungsgruppen gegliedert und für die drei Leistungskategorien beispielhaft beschrieben.

Abb. 224:

Leistungsgruppen im System BESA

<i>BESA-Leistungsgruppen</i>	<i>Max. Punkte</i>
– Leitung/Administration	0
– Wohnen	0
– Ernährung	14
– Grundpflege und hygienische Bedürfnisse	13
– Gesundheits- und Behandlungspflege	12
– zeitliche und örtliche Orientierung	18
– soziales Verhalten	13
– Haus-/Zimmerdienst und Kleider-/Wäscheversorgung	5
– Persönliche Angelegenheiten	2
– Mobilität/Gehfähigkeit	28
– Alltagsgestaltung	6
– Therapeutische Bedürfnisse	12
Summe (maximal erreichbare Punktezahl)	123

Anmerkung: Zur *Alltagsgestaltung* gehören "Angebote zur Bereicherung des Alltags, ohne konkrete therapeutische Ziele" im Unterschied zu den *therapeutischen Bedürfnissen*, die das "systematische Training zur Erreichung konkreter thera-

⁴³⁷ Heimverband Schweiz (BESA).

peutischer Ziele, insbesondere der grösstmöglichen Selbständigkeit/Autonomie)" beinhalten.⁴³⁸

Für die Pflege- und Betreuungsleistungen werden im Leistungskatalog Punkte vergeben. Die Punkte sind Kostengewichte für den individuellen Pflege- und Betreuungsaufwand. Die Punkte wurden anhand von Erfahrungswerten bestimmt. Es wurde dabei von einer aktivierenden Pflege und Betreuung ausgegangen. Diese geht davon aus, dass die Tätigkeiten gemeinsam von Mitarbeiterin und Bewohnerin ausgeführt werden.⁴³⁹ Testmessungen in 40 Heimen halfen bei der Überprüfung der festgelegten Punktwerte.

Die Bewohnerinnen werden aufgrund ihrer Punktesumme in einen von 5 BESA-Graden eingeteilt. Alternativ – und zu Kontrollzwecken – können die Bewohnerinnen auch anhand des Grobrasters ohne Ermittlung der Leistungspunkte nach BESA-Graden kategorisiert werden.

Abb. 225: BESA-Grade⁴⁴⁰

Bedarfsgruppe	Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit	Punkte	Verfeinerte BESA-Grade	Punkte für Kalk.	Grobraster (Zeitaufwand je 24 Std.)
BESA 0	keine	0	–	0	–
BESA 1	geringe / gelegentliche	1 – 15	1a 1–5 1b 6–10 1c 11–15	0 8 13	20–40 Min.
BESA 2	leichte	16 – 30	2a 16–20 2b 21–25 2c 26–30	18 23 28	1 – 1½ Std.
BESA 3	mittlere	31 – 50	3a 31–37 3b 38–44 3c 45–50	34 41 47	2 – 2½ Std.
BESA 4	schwere / umfassende	> 50	4a 51–68 4b 69–86 4c > 86	60 77 94	über 3 Stunden

Die Feinunterteilung in die Grade 1a bis 4c dient dazu, allzu grosse Taxsprünge zu vermeiden.

Die Einstufung erfolgt mindestens einmal jährlich, in der Regel durch zwei Mitarbeiterinnen, die häufigen persönlichen Kontakt zur Bewohnerin haben.

⁴³⁸ Heimverband Schweiz (BESA):31+32.

⁴³⁹ Heimverband Schweiz (BESA):19.

⁴⁴⁰ Heimverband Schweiz (BESA):16.

6.4 PLAISIR: Planification informatisée des soins infirmiers requis

Das System PLAISIR (Planification informatisée des soins infirmiers requis) ist eine Adaption des PRN-Systems für die Langzeitpflege (vgl. S. 164 und S. 253).

Da mit PLAISIR nicht nur der Bedarf an Pflegeleistungen, sondern auch diverse Patientenmerkmale erfasst werden, lassen sich die Patienten nach mehreren Aspekten klassifizieren, z.B.:⁴⁴¹

- nach dem Pflegebedarf;
- nach physischer Unabhängigkeit,
- nach der Bewegungsautonomie,
- nach der sozialen Integration,
- nach der Selbständigkeit in der Orientierung;
- nach Krankheiten.

Nach Pflegebedarf werden die Patienten klassifiziert, indem die ermittelten durchschnittlichen täglichen Pflegebedarfszeiten (z.B.) in Klassen von je $\frac{1}{2}$ Stunden Pflegebedarf eingeteilt werden (0- $\frac{1}{2}$ h, $\frac{1}{2}$ h-1h, 1h-1 $\frac{1}{2}$ h, ...).⁴⁴²

Eine der geläufigsten von PLAISIR abgeleiteten Klassifikationen nach Patientenmerkmalen ist die nachfolgend beschriebene Klassifikation MAC 11.

⁴⁴¹ Vgl. z.B. die Analyse der Bevölkerung Québecks in: Tilquin et al. (PLAISIR/Québec).

⁴⁴² Tilquin et al. (PLAISIR/Québec):111.

6.5 MAC 11

Basierend auf dem Datensatz von PLAISIR (vgl. S. 325) wurde MAC 11⁴⁴³ 1991 als ein einfaches Patientenklassifikationsmodell geschaffen. Es werden 11 Patientengruppen gebildet (daher der Name). Es basiert auf zwei Variablen aus der Internationalen Klassifikation der Schädigungen, Behinderungen und Beeinträchtigungen (ICIDH; vgl. S. 118): Bewegungsautonomie (B1 bis B6) und Einschränkungen der ADL (A1 bis A5).

Beide Skalen wurden von ursprünglich 9 Stufen auf 5 bzw. 6 Stufen verkürzt.

Abb. 226:
Klassen der physischen
Unabhängigkeit
im MAC-11-Modell

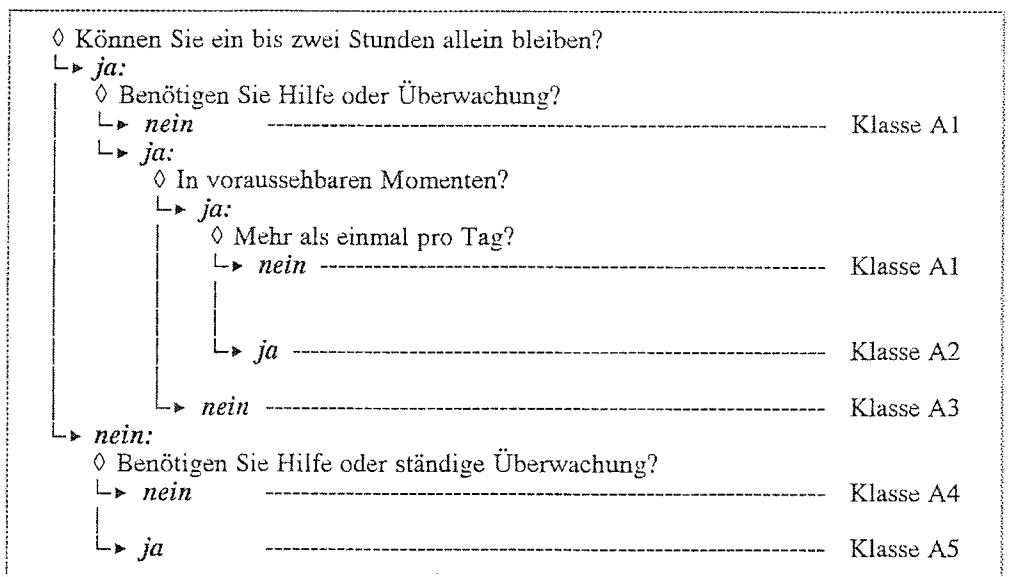


Abb. 227:
Mobilitätsklassen
im MAC-11-Modell
(und Vergleich mit den
entsprechenden ICIDH-
Klassen)

Klasse	Mobilität (Bewegungsautonomie)	ICIDH
B1	– über die unmittelbare Nachbarschaft hinaus	volle/geschädigte/reduzierte Mobilität
B2	– in der Nachbarschaft des Heims	Nachbarschaft
B3	– beschränkt auf das Heim	Wohnung
B4	– beschränkt auf das Stockwerk des Zimmers	Zimmer
B5	– beschränkt auf das Zimmer	Stuhl
B6	– gar keine Mobilität (Stuhl, Fauteuil)	völlige Beschränkung

⁴⁴³ Tilquin et al. (MAC11); EROS (MAC11); Fischer (PCS/Pflege):80ff.

	<i>B1</i>	<i>B2</i>	<i>B3</i>	<i>B4</i>	<i>B5</i>	<i>B6</i>
<i>A1</i>	1	2	2	(4)	(4)	(4)
<i>A2</i>	3	3	4	5	(6)	(8)
<i>A3</i>	4	4	5	6	7	9
<i>A4</i>	(8)	(8)	8	8	9	10
<i>A5</i>	(10)	(10)	(10)	10	10	11

Abb. 228:
Patientenkategorien
von MAC 11

Das Gewicht pro Patientengruppe wurde aufgrund von gemessenen PLAISIR-Pflegebedarfswerten errechnet.

Gewichtung

<i>Klasse</i>	<i>Gewicht</i>	<i>Variations-Koeffizient</i>	<i>φ Stunden pro Tag</i>	<i>Anzahl Patienten</i>
1	21%	0.35	0.49	2%
2	26%	0.48	0.60	2%
3	32%	0.48	0.73	4%
4	39%	0.49	0.89	11%
5	52%	0.47	1.18	13%
6	69%	0.43	1.59	10%
7	84%	0.38	1.93	3%
8	107%	0.30	2.44	14%
9	120%	0.26	2.75	5%
10	140%	0.17	3.26	17%
11	171%	0.13	3.91	19%
Alle	100%	0.58	2.29	100% (17'069)

Abb. 229:
Patientenklassen nach
MAC 11 mit Gewich-
tung

Das System MAC 11 wurde in der Westschweiz und im Wallis mehrmals in Projekten zur Bestimmung und zum Vergleich von Patientenspektren von Pflegeheimen verwendet.

Einsatz in der Schweiz

6.6 RUG-III: Resource Utilization Groups

Die RUG's (Resource Utilization Groups)⁴⁴⁴ erlauben es, Pflegeheimpatienten in Patientengruppen einzuteilen. Die Patienten werden einer RUG zugeteilt aufgrund des in Amerika obligatorischen minimalen Datensets (MDS) aus dem RAI (vgl. S. 163).

<i>Gruppenbildung</i>	Die Gruppeneinteilung wurde statistisch ermittelt. Als Kostenmerkmal wurde jeweils die nicht weiter differenzierte Personalzeit von Pflege und anderen Therapeuten stichprobenweise während 24-Stunden-Perioden gemessen.
<i>Gewichtung</i>	Die Gewichtung erfolgte aufgrund der durchschnittlichen Personalzeitwerte verschiedener Spitäler (analog DRG). Es wurden separate Gewichte für die Pflege und für alle anderen Therapeuten errechnet.
<i>Geplanter Einsatz</i>	Die RUG's wurden mit der Absicht geschaffen, Pflegeheime <i>tageweise</i> aufgrund des Patientenspektrums zu vergüten.
<i>RUG-I + PDG</i>	Die erste Version der RUG's wurde 1981 von Fries und Cooney entwickelt. Die DRG-Mannschaft unter Fetter entwickelte daraus das PDG-System (Patient Dependency Groups), das Langzeitpatienten in 5 Gruppen einteilt. ⁴⁴⁵
<i>RUG-II</i>	Das System RUG-II ⁴⁴⁶ definierte 16 Patientengruppen. Die Haupteinteilung geschieht aufgrund des "Residenztyps". Innerhalb dieser 5 Gruppen wird aufgrund eines ADL-Indexes ⁴⁴⁷ weiter unterteilt.
<i>ADL-Index von RUG-II</i>	Zur Bildung des ADL-Indexes wurden die Aktivitäten Toilette, Essen und Transfer auf einer 3- bzw. 4-stufigen Skala beurteilt. Der Index berechnet sich durch die Addition der Werte aus den drei ADL-Beurteilungen. Er nimmt Werte zwischen 3 und 10 an.
<i>RUG-III</i>	Die RUG-III ⁴⁴⁸ schliesslich teilen die Patienten 44 Patientengruppen zu. Es wurde eine Varianzreduktion von 55% bezüglich der patientenbezogenen Personalzeiten erreicht. Bezüglich der Pflegezeit (ohne andere Therapien) beträgt die Varianzreduktion noch 41%.

Es wurde als nötig erachtet, Patienten mit hochtechnischen Prozeduren (Respiratoren, parenterale Ernährung, ...) separat zu gruppieren. Zudem wurde in RUG-III der psychisch-geistige Zustand berücksichtigt, und der ADL-Index wurde verfeinert.

⁴⁴⁴ Fries et al. (RUG-III); Fischer (PCS/Pflege):73ff.

⁴⁴⁵ Fetter et al. (DRG):307ff.

⁴⁴⁶ Schneider et al. (RUG-II).

⁴⁴⁷ ADL = Activities of Daily Living (Aktivitäten des täglichen Lebens) nach Katz: Baden, an- kleiden, Transfer, zur Toilette gehen, Kontinenz, Essen. Vgl. auch Fischer (PCS/Pflege):17ff.

⁴⁴⁸ Fries et al. (RUG-III).

Als Residenztypen sind in RUG-III definiert:

Residenztypen

Abb. 230: Residenztypen in RUG-III

Bezeichnung		Anzahl Gruppen	Kriterien der Verfeinerung
R	Spezielle Rehabilitation	12	Intensität der Therapie*, ADL-Index
SE	Extensive Pflege	3	Anzahl hochtechnischer Prozeduren
SS	Spezielle Pflege	3	ADL-Index
C	Klinisch komplex	8	ADL-Index, Stimmung (depressiv ja/nein)
I	Eingeschränkte Wahrnehmung	4	ADL-Index, mit/ohne Rehab. durch Pflege
B	Verhaltensprobleme	4	ADL-Index, mit/ohne Rehab. durch Pflege
P	Eingeschränkte physische Funktionalität	10	ADL-Index, mit/ohne Rehab. durch Pflege

Legende:

* Therapie: Physio-, Beschäftigungs- und Sprachtherapie. Gruppiert in 4 Intensitätsgruppen nach Therapiezeit und Therapieanzahl pro Woche.

Der in RUG-III verwendete ADL-Index beinhaltet: Mobilität im Bett, Toilettenbenutzung, Transfer und Ernährung. Er kann Werte zwischen 4 und 18 annehmen. Die Gewichtung der Beurteilungen erfolgt aufgrund neuer Skalen (1, 3, 4, 5 bzw. 1, 2, 3 Punkte pro Beurteilung). ADL-Index von RUG-III

6.7 Versuch der Benutzung des FIM zur Klassifizierung von Langzeitpatienten

Eine französische Studie analysierte den Zusammenhang zwischen dem Pflegeaufwand in der stationären Langzeitbetreuung und den funktionellen Fähigkeitseinschränkungen. Der Pflegeaufwand wurde dabei mit PRN gemessen (vgl. S. 253). Die Fähigkeitseinschränkungen wurden anhand des Funktionalen Selbständigkeitsindex beurteilt (FIM-Index, vgl. S. 124.⁴⁴⁹)

FIM-Daten

Es wurden Daten von 70 Patienten mit einem Durchschnittsalter von gut 84 Jahren (70% Frauen) während eines halben Jahres gesammelt. Der durchschnittliche FIM-Index lag bei 59 FIM-Punkten mit einer Standardabweichung von 28 FIM-Punkten.

PRN-Daten

Der durchschnittliche Pflegeaufwand entsprach 35 PRN-Punkten, was etwa 3 Pflegestunden entspricht, bei einer Standardabweichung von 11 Punkten. Vom durchschnittlichen PRN-Profil entfielen 45% der PRN-Punkte auf Pflegeleistungen der Gruppe "Hygiene". Leistungen der Gruppe "Ernährung" beanspruchten weitere 19% der PRN-Punkte; 16% der Punkte wurden für "Ausscheidung" und 10% für "Kommunikation" aufgewendet. Den behandlungspflegerischen Leistungen entsprachen etwa 10% der Punkte.

Regressionsanalyse

Die Regressionsanalyse ergab folgende (signifikante) Funktion:

$$\| \quad \text{Summe der PRN-Punkte} = 50.6 - 0.266 * \text{FIM-Index} \quad \|$$

Die Korrelation r betrug -0.66 , was einer Varianzreduktion von 44% (r^2) entspricht.

Hauptkomponentenanalyse

Eine Hauptkomponentenanalyse zeigte, dass mit zwei Faktoren 77% der Varianz des FIM-Indexes erklärt werden konnte. Der eine Faktor bezieht sich auf die Abhängigkeit insgesamt, der andere Faktor trennt zwischen Patienten mit mehr physischer (Mobilität/Transfer und Fortbewegung) und solchen mit mehr kognitiver Abhängigkeit. Bezüglich Geschlecht liessen sich keine wesentlichen Unterschiede feststellen.

Gruppenbildung

Aufgrund dieser Analyse wurde versucht, Gruppen von Patienten mit homogener Abhängigkeit zu bilden ("groupes homogènes de dépendance"). Aufgrund der zu kleinen Anzahl Patienten in der Stichprobe konnte allerdings die Hypothese, dass solche Gruppen auch Gruppen homogener Kosten sind, noch nicht getestet werden.

Kommentar

Den Aussagen dieser Studie stehen Aussagen insbesondere aus dem Bereich der Rehabilitation gegenüber, wo oft darauf hingewiesen wird, dass kein genügend

⁴⁴⁹ Morfoisse (FIM+PRN).

aussagekräftiger Zusammenhang zwischen funktioneller Abhängigkeit und Pflegeaufwand besteht. Dies weist auf die Wichtigkeit der *Behandlungsziele* hin: In der Rehabilitation ist der Pflegeaufwand stark von den Rehabilitationszielen abhängig, d.h. je nach Ziel wird eher eine den Patienten aktivierende, aufwendigere Pflege oder eine stellvertretend die Aktivitäten des täglichen Lebens übernehmende Pflege angewandt. Es ist deshalb anzunehmen, dass bei Institutionen der Langzeitpflege, wo mit Zielen gearbeitet wird, die auf das unterschiedliche Gesundheitspotential des einzelnen Patienten abgestimmt sind, keine so grosse Korrelation mehr zu finden sein wird, wie sie diese Studie zeigt.

7 Ansätze zur Patientenklassifikation in der Rehabilitation

7.1 Besonderheiten der Rehabilitation

Im Unterschied zur Akutmedizin, wo primär die Heilung, Wiederherstellung bzw. Rückgängigmachung von gesundheitlichen Störungen im Vordergrund steht, geht es in der Rehabilitation darum, einen Umgang mit bleibenden Schäden zu lernen: "den Einfluss behindernder oder benachteiligender Umstände zu verringern und die Behinderten und Benachteiligten zu befähigen, soziale Integration zu erreichen".⁴⁵⁰

Problembereiche

Die Problembereiche, die in der Rehabilitation vorgefunden werden, können aufgeteilt werden in:

- gesundheitliche Schäden,
- funktionelle Einschränkungen,
- soziale Beeinträchtigungen mit:
 - persönlichen Folgen,
 - familiären Folgen und
 - gesellschaftlichen Folgen.

Als Oberbegriff wird – allerdings nicht einheitlich – *Behinderung* verwendet.

ICIDH

Die Haupteinteilung aus der obigen Liste wurde von der ICIDH, der Internationalen Klassifikation der Schädigungen (impairments), Fähigkeitsstörungen (disabilities) und Beeinträchtigungen (handicaps) übernommen (vgl. Seite 118).

Aufgaben

Die Rehabilitation umfasst:⁴⁵¹

- die medizinische Rehabilitation,
- die berufliche oder schulische Rehabilitation,
- die soziale Rehabilitation.

Die Abgrenzung der Aufgaben, die in ärztlicher Verantwortung in Institutionen des Gesundheitswesens durchgeführt werden, und der von anderen Institutionen wahrgenommenen Aufgaben ist nicht einfach durchzuführen; sie überschneiden sich teilweise.

Rehabilitationsabschnitte

Es gibt verschiedene Rehabilitationsabschnitte: Einerseits gibt es die Erst-Rehabilitation (d.h. die Rehabilitationsbehandlung im Anschluss an die Akutbehandlung) und die Re-Rehabilitation (die Wiederaufnahme der rehabilitativen Behandlung). Andererseits kann unterschieden werden zwischen Akut- oder

⁴⁵⁰ Schmidt/Drexel/Jochheim (PhysMed+Reha):276.

⁴⁵¹ Schmidt/Drexel/Jochheim (PhysMed+Reha):279ff.

Frührehabilitation, die bereits während der Akutbehandlung einsetzt, und "gewöhnlicher" Rehabilitation.

Es kann sein, dass ein Unterbruch der rehabilitativen Behandlung und eine spätere Wiederaufnahme sehr geeignet sind, um die erhofften Fortschritte zu erzielen. Deshalb ist es wichtig, die Ziele der einzelnen Behandlungsabschnitte und die Bedingungen für einen Unterbruch der Behandlung zu formulieren. Es ist nicht so, dass bei schlechter Prognose eine Behandlung einfach nicht aufgenommen werden soll. Je nach Rehabilitationspotential kann die Wahrscheinlichkeit, doch das Ziel zu erreichen, die rehabilitative Behandlung während einer bestimmten Zeit rechtfertigen. Wird dann allerdings das angestrebte Ziel nicht erreicht, ist sorgsam abzuwägen zwischen Abbruch der Behandlung, geplantem Unterbruch mit späterer Wiederaufnahme der Behandlung und unmittelbarer Fortsetzung der Behandlung.

Behandlungsziele

Da die Patienten auf viele der rehabilitativen Behandlungen recht unterschiedlich ansprechen und deshalb die Wirksamkeit bestimmter Behandlungen nicht einfach als gegeben betrachtet werden kann, scheint es nötig zu sein, einen Konsens zu finden, wie die Behandlungspfade in Abhängigkeit der Problemsituation typischerweise aussehen.

Behandlungspfade

7.2 FIM-FRG: Functional Related Groups

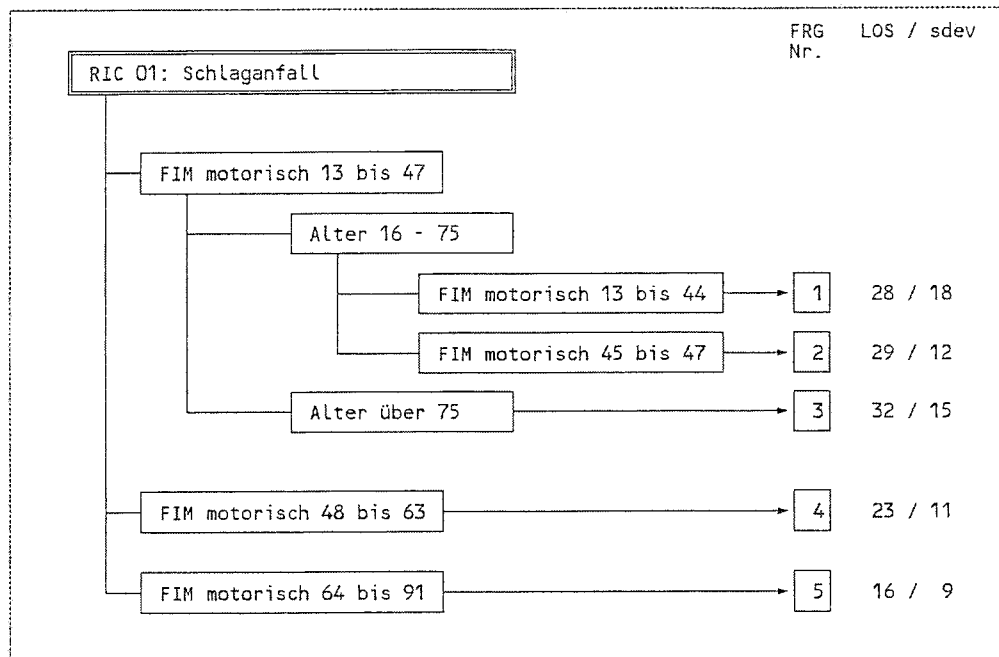
FIM-FRG

FRG steht für Functional Related Groups. FIM-FRG ist ein Patientenklassifikationssystem für die Rehabilitation das auf dem FIM-Index basiert (vgl. Seite 124). Es teilt die Patienten in 53 Gruppen ein.⁴⁵² Damit konnten in den USA 31% der Varianz der Aufenthaltsdauern pro Fall erklärt werden.⁴⁵³

Die FIM-FRG beziehen mit ein:

- die *medizinische Diagnose*, die zur Beeinträchtigung führte; erfasst in ca. 60 Kategorien, zur Patientenklassifikation gebündelt in 18 Gruppen (RIC = Rehabilitation Impairment Categories);
- zwei summierte *FIM-Indizes*: einmal für die motorischen und einmal für die kognitiven Merkmale zur Unterteilung der RIC's (17x aufgrund des motorischen Indexes, 4x zusätzlich aufgrund des kognitiven Indexes);
- das *Alter* (wurde nur einmal, nämlich zur Unterteilung der RIC "Schlag" verwendet.)

Abb. 231:
FIM-FRG-Beispiel⁴⁵⁴



LOS = Aufenthaltsdauer (length of stay)
sdev = Standardabweichung (standard deviation)

⁴⁵² Stineman et al. (FIM-FRG); Stineman et al. (FIM-FRG/Methods).

⁴⁵³ Stineman et al. (FIM-FRG). Es wurde der Logarithmus der Aufenthaltsdauer verwendet.

⁴⁵⁴ Gemäss Stineman et al. (FIM-FRG/Methods):1279.

7.3 Das TAR-Projekt

Unter der Schirmherrschaft der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (SAR) wird von den vier Rehabilitationskliniken Basel, Bellikon, Tschugg und Zihlschlacht zusammen mit der Zentralstelle für Medizinaltarife UVG (ZMT) an einem Projekt gearbeitet, das zum Ziel hat, ein "Leistungsbedarfsbezogenes Tarifsystem für Rehabilitationskliniken" zu erstellen.

Die Bildung der Patientengruppen soll sowohl durch die Zusammenstellung von Behandlungspfaden wie auch durch eine statistische Kontrolle aufgrund der erfassten und bewerteten Einzelleistungen erfolgen.

Parallel zur Definition des Tarifierungssystems TAR ist es vorgesehen, Clinical Guidelines festzulegen und Qualitätsfragen in der Rehabilitation anzugehen.

Um den Behandlungsbedarf festzulegen, sind nicht nur die gesundheitlichen Probleme zu beurteilen, sondern auch die Ziele der Rehabilitation zu bestimmen. Das dem Patienten zur Verfügung stehende Rehabilitationspotential bestimmt dabei massgeblich, wie die Ziele gesetzt werden.

Behandlungsbedarf

Das Rehabilitationspotential ist definiert als "die Summe der individuellen und veränderlichen Möglichkeiten eines Behinderten, funktionsmindernde und entwicklungshemmende Schädigungsfolgen zu verringern oder auszugleichen".⁴⁵⁵ Nebst der ärztlichen Abschätzung von anatomischen und funktionellen Defiziten, deren Auswirkungen auf die Gesamtfunktion, den Erfolgsaussichten möglicher Therapien und der voraussichtlichen Prognosen des Schadens, kann das Rehabilitationspotential beschrieben werden durch:⁴⁵⁶

Rehabilitationspotential

- das Leistungsprofil (in jedem Teilbereich verbliebene und genutzte Fähigkeiten),
- die Möglichkeiten zum funktionellen Ausgleich,
- die Gegebenheit von psychischen und sozialen Voraussetzungen.

Die Problembeschreibung des Patienten und die Ermittlung des Rehabilitationspotentials erfolgt *mehrdimensional* aufgrund verschiedener Assessments. Im Sinne einer problemorientierten Krankengeschichte sollen eines oder mehrere Probleme des Patienten festgehalten werden.

Das primäre Assessment erfolgt anhand des FIM (vgl. Seite 124). Zusätzlich erscheint es aber nötig, ergänzende Assessments einzusetzen, denn die FIM-Skala ist sowohl am oberen wie auch am unteren Ende zu wenig detailliert, um davon die nötige rehabilitative Behandlung ableiten zu können. Im weiteren werden auch die ICD-codierten Grundkrankheitsbilder Gruppierungskriterien sein.

FIM

⁴⁵⁵ Vgl. Schmidt/Drexel/Jochheim (PhysMed+Reha):293.

⁴⁵⁶ Schmidt/Drexel/Jochheim (PhysMed+Reha):294.

Behandlungspfade

Behandlungspfade sind typische Leistungsbündel, wie sie bei der Behandlung bestimmter Probleme vorkommen. Da in der Rehabilitation meist mehrere Probleme gleichzeitig angegangen werden müssen, ist es wichtig, dass die Therapien gut aufeinander abgestimmt und den Möglichkeiten des Patienten angepasst sind. Für das Tarifmodell werden deshalb anstelle von Behandlungspfaden zu einzelnen Problemen voraussichtlich typische Gesamttherapiepläne in grober Form verwendet.

*

Resultate

Die ersten Resultate dieses Projektes werden auf Sommer 1997 erwartet.

7.4 Die NPKS-Studie

Mit dem "Neuen Patientenklassifikationssystem" (NPKS) wurde ein Grundgerüst für ein mehrdimensionales Tarifsysteem für die Rehabilitationsbehandlung vorgeschlagen.⁴⁵⁷ Die Entwicklung des Systems ist noch nicht abgeschlossen.

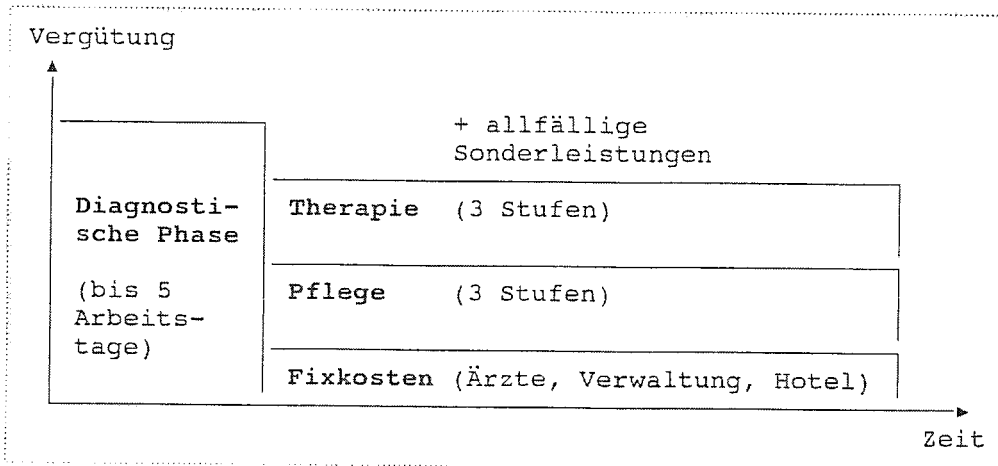


Abb. 232:
NPKS-Tarifsysteem

Das Tarifsysteem setzt sich in zeitlicher Hinsicht zusammen aus Vergütungen für eine diagnostische und für eine therapeutische Phase. In der diagnostischen Phase werden die notwendigen medizinischen Abklärungen und die rehabilitativen Assessments gemacht, um den Therapieplan zu erstellen. Bei der Vergütung der therapeutischen Phase soll davon ausgegangen werden, dass diese auf eine bestimmte Zeitperiode (z.B. zwei bis vier Wochen) geplant werden soll. Die Schätzung der tatsächlichen Leistungserbringung und damit die Einstufung in die je drei Pflege- und Therapiestufen soll retrospektiv erfolgen.

Es ist vorgesehen, dass besondere Leistungen bei aussergewöhnlichen Problemstellungen zusätzlich verrechnet werden können.

Die Bedarfsschätzung soll in folgenden fünf Dimensionen erfolgen:

Kriterien

- *Medizin*: aufgrund der Aufenthaltsdauer.
- *Pflege*: aufgrund des erweiterten Barthel-Indexes EBI (vgl. Seite 123).
- *Physiotherapie*: aufgrund eines eigenen Therapieindexes (befindet sich noch in Entwicklung; vgl. weiter unten).
- *psychosoziale Betreuung*.
- *berufliche Betreuung*.

Kriterien für die psychosoziale Betreuung und die berufliche Betreuung wurden vorerst noch nicht berücksichtigt.

⁴⁵⁷ Cerny-Provaznikova/Popp et al. (NPKS-Studie).

Als medizinische Kriterien wurden ursprünglich ärztliche Diagnosen nach ICD verwendet. Es wurden aber keine wesentlichen Unterschiede des Behandlungsaufwandes in Abhängigkeit der Diagnosen festgestellt. Deshalb wurden die Diagnosen als Kriterien fallengelassen; die ärztlichen Leistungen wurden zu den "Fixkosten" gezählt.

Wesentlich an den verwendeten Kriterien ist, dass pflegerische und therapeutische Kriterien getrennt worden sind.

Korrelation des Aufwandes mit Einstufungen nach Schweregraden

Beim Vergleich des tatsächlichen Zeitaufwandes mit den Einstufungen nach therapeutischen und pflegerischen Kriterien zeigte sich allerdings:

- Der Pflegeaufwand korreliert weder mit dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit gemäss Barthel-Index noch mit dem erweiterten Barthel-Index.
- Der Therapieaufwand korreliert nicht mit dem Schweregrad der Beeinträchtigung gemäss dem neuen Therapieindex.
- Im übrigen korreliert auch der Schweregrad der Pflegebedürftigkeit nicht mit dem Schweregrad der Beeinträchtigung gemäss dem neuen Therapieindex.

Bei der Klärung dieser Diskrepanzen stellte sich heraus, dass der Aufwand für die Therapie wesentlich durch den aktuellen Therapiefortschritt, die Prognose und die psychophysische Belastbarkeit beeinflusst wird.

Therapieindex

In den bekannten Beurteilungsskalen für den Bereich Motorik werden lediglich die motorischen Funktionen erfasst, nicht aber die Art und Qualität der Bewe-

Abb. 233:
Therapieindex der
NPKS-Studie

<i>Therapieindex</i>
<ul style="list-style-type: none"> – <i>Positionswechsel und Gehen</i>: Sitz am Bettrand ohne Bodenkontakt; vom Liegen zum Sitzen; Transfer zwischen zwei Sitzflächen nach rechts/nach links; 8 Meter gehen unter 20 Sekunden; 8 Meter gehen und Gegenstand aufheben; 100 Meter gehen im Freien; 4 Stufen frei hinauf und hinunter gehen; 1 km gehen im Stadtverkehr. – <i>Selektionsbewegung Becken-Bein-Fuss</i>: Selektive Beckenbewegung im halben Bridging; Spielbein tippt 5x auf den Boden; Dorsalflexion und Pronation im Sprunggelenk, bei Knieextension; Einbeinstand mit Kniespiel auf gleicher Seite. – <i>Selektionsbewegung Schulter-Arm-Hand</i>: RL Schulterprotraktion; RL 5x Ellbogen Flexion/Extension bei 90 Grad Armelevation; Sitz: 5x hintereinander Tennisball vom Tisch hochheben und wieder hinlegen, Hand öffnen; Sitz: Schneiden mit Messer und Gabel; Seitlicher Wandstütz: in 90 Grad Körper um den Arm bewegen; Händenspiel in 90 Grad Flexion: bilaterales Klatschen, kreuzen und zielgenau aufsetzen (7x in 15 Sekunden).
<p>Die Beurteilungsscores sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 3: normal – 2: mit wenig Kompensation – 1: mit viel Kompensation – 0: nicht möglich

gungsabläufe. Da diese aber wesentlich für die Planung des therapeutischen Programms sind, wurde ein Index geschaffen, der diese Kriterien beurteilen soll: Das Einsetzen von Kompensationsmechanismen wird als Massstab für pathologische Bewegungsausführung und -steuerung verwendet. Der Index orientiert sich am Rivermead-Index, den Lincoln und Leadbitter 1979 beschrieben haben.

Die Scores für jede der 18 Positionen werden addiert. Der Therapieindex kann somit Werte zwischen 0 und 54 annehmen.

Die Evaluation des Tarifsystems erfolgte mit Hilfe eines Simulationsmodells: Die finanziellen Konsequenzen von alternativen Patientenklassifikationen und Tarifsyste-
men werden durch die rechnerische Simulation des Eintritts von potentiellen Patienten mit unterschiedlichen gesundheitlichen Problemen aufgezeigt. Es wurden vorerst 5 Fälle simuliert.

Simulationsmodell

Aus der Studie wurden folgende Schlussfolgerungen gezogen:

Schlussfolgerungen

- Der pflegerische und der therapeutische Aufwand können nicht einfach von der Pflegebedürftigkeit (z.B. aufgrund eines Barthel-Indexes) abgeleitet werden.
- Zur Beurteilung des Patienten und zur Schätzung des Aufwandes müssen nebst dem Schweregrad der Beeinträchtigung auch Prognose, Therapieerfolg und Motivation des Patienten berücksichtigt werden.

Es wird deshalb vorgeschlagen, Tarife in der Pflege aufgrund des zeitlichen Aufwandes und der Art der Tätigkeiten, in der Therapie aufgrund von Behandlungspfaden festzulegen. (Unter Behandlungspfaden werden Therapiepläne zu Rehabilitationszielen verstanden.)

E. PCS-VERGLEICHE

1 Charakteristiken von Patientenklassifikationssystemen für Akutpatienten

Abb. 234: Charakteristiken von ärztlichen Patientenklassifikationssystemen für stationäre Akutpatienten (Teil 1)

System Seite	Primäre Gruppierungsmerkmale	Gruppen pro Behandlungsfall	Schweregrad	Ermittlung Kostengewicht	Anzahl Gruppen
DRG allgemein	Hauptprozedur /Hauptdiagnose	genau 1 DRG	mehrere DRG's	statistisch	26 Hauptkategorien
HCFA-DRG 190			DRG's ohne und mit CC (Komorbidität oder Komplikation)		492 Gruppen
RDRG 182			3 bis 4 DRG's als Subklassen		1'142 Gruppen
AP-DRG 181			"CC" und "Major CC"		641 Gruppen
APR-DRG 182			je 4 Subklassen nach Morbidität und nach Mortalität		1'530 Gruppen
PMC 211	Alle Diagnosen, z.T. Prozeduren	mehrere PMC's (je 1 PMC pro Modul)	PMC-Hierarchie und Mehrfachzuordnung	Kalkulation aufgrund von Behandlungspfaden	831 Gruppen in 54 Modulen
Disease Staging 231	Alle Diagnosen, keine Prozeduren	mehrere D.S. 1 Haupt-D.S.	4 Stadien mit Substadien	(statistisch pro Einzelfall)	ca. 2'300 Stadien von 596 D.S.-Kategorien, nach 23 Körpersystemen und 13 Ätiologietypen
Fallgruppen Deutschlands 257	Prozeduren	mehrere, davon eine als "Fallpauschale"	Sonderentgelte	Kalkuliert und verhandelt	ca. 73 Fallpauschalen und 147 Sonderentgelte, in 21 Kapiteln; noch nicht abgeschlossen
LDF 265	nach Hauptprozedur; Rest nach Hauptdiagnose	1 LDF	1 bis 6 LDF's pro MEL- bzw. HDG-Gruppe	Kalkuliert	916 LDF's in 141 prozeduren-basierten und 253 diagnose-basierten Gruppen, in 23 bzw. 24 Kapiteln

Abb. 235: Charakteristiken von ärztlichen Patientenklassifikationssystemen für stationäre Akutpatienten (Teil 2)

System Seite	Primäre Gruppierungsmerkmale	Gruppen pro Behandlungsfall	Schweregrad	Ermittlung Kosten- gewicht	Anzahl Gruppen
HBG 281	Hauptdiagnose		nach Krankheitsstadien		(in Entwicklung)
HRG 275	Wichtigste Prozedur / Hauptdiagnose	genau 1 HRG	mehrere HRG's, nach Alter und/oder CC	"Costing for Contracting"	528 Gruppen in 15 Kapiteln
PCS-KSA 285	Diagnosen und Prozeduren	mehrere PMC-KSA	Mehrfachzuordnung; ärztliche, pflegerische, soziale Sicht	Kalkulation aufgrund von Behandlungspfaden	(in Entwicklung)
PRG 289	Diagnosen des gesamten Behandlungsverlaufes	mehrere PRG's während eines Jahres			(in Entwicklung)

2 Thematische Vergleiche

Es folgen zunächst als "thematische Vergleiche" Beispiele der Klassifikationen von Krankheitsbildern und Eingriffen mit ICD-10, ICD-9-CM/3, HCFA- und AP-DRG, PMC, D.S. und GSG-Fallgruppen:

- Abdominale Hernien
- Appendizitis
- Cholelithiasis
- Akuter Myokardinfarkt
- Diabetes mellitus

Im 2. Kapitel werden Behandlungsfälle miteinander verglichen.

Verwendete Abkürzungen:

CC	Begleiterkrankung oder Komplikation (comorbidity or complication)
G2	oberer Grenzwert der Aufenthaltsdauer
LOS	Aufenthaltsdauer (length of stay)
ϕ LOS	durchschnittliche Aufenthaltsdauer
Op	Operation
RIS	PMC-Kostengewicht (Resource Intensity Score)
SL	PMC-Gesamtschweregrad (Severity Level)

Beim Vergleich von amerikanischen Aufenthaltsdauern mit schweizerischen Pflegetagen ist zu beachten, dass in der Schweiz die Berechnungstage gezählt werden, währenddem in den USA nur die Differenz zwischen Austrittsdatum und Eintrittsdatum berechnet wird. Deshalb ist vor einem Vergleich von den schweizerischen Pflegetage-Durchschnitten ein Tag zu subtrahieren.

*

Vorbemerkung zu den DRG-Tabellen: Die DRG-Kostengewichte zu den HCFA-DRG's der 8. Version stammen aus: Buschor (Modelle): Beilage 4. Die DRG-Kostengewichte zu den AP-DRG's der 12. Version stammen aus einer mir für dieses Buch zur Verfügung gestellten Tabelle von der Firma 3M (vgl. S. 453). Aus der gleichen Tabelle wurden auch die durchschnittlichen Aufenthaltsdauern (ϕ LOS) und die oberen Grenzwerte (G2) genommen. Diese oberen Grenzwerte gelten für "Downstate New York".

Vorbemerkung zu den HRG-Daten: Die HRG-Daten betreffen das Finanzjahr 1994/95. Die angegebenen Fallzahlen müssen in Relation zum Gesamttotal von 10 Mio. Fällen gesetzt werden. Die hier präsentierten Information wurden vom National Case Mix Office (NCMO), Winchester, in verdankenswerter Weise extra für dieses Buch zusammengestellt.

2.1 Abdominale Hernien

2.1.1 Diagnosecodes ICD-10

K40-K46: Hernien

K40 Hernia Inguinalis

- K40.0 Doppelseitige Hernia inguinalis mit Einklemmung, ohne Gangrän
- K40.1 Doppelseitige Hernia inguinalis mit Gangrän
- K40.2 Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän
- K40.3 Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Einklemmung, ohne Gangrän
- K40.4 Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Gangrän
- K40.9 Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän

Analog oder ähnlich unterteilt sind auch die übrigen Hernien:

- K41: Hernia femoralis
- K42: Hernia umbilicalis
- K43: Hernia ventralis
- K44: Hernia diaphragmatica
- K45: Sonstige abdominale Hernien
- K46: Nicht näher bezeichnete abdominale Hernie

2.1.2 Operationscodes ICD-9-CM, Band 3

53: Hernienoperationen

53.0 Einseitige Operation einer Inguinalhernie

- 53.01 Einseitige Operation einer direkten Inguinalhernie
- 53.02 Einseitige Operation einer indirekten Inguinalhernie
- 53.03 Einseitige Operation einer direkten Inguinalhernie mit Transplantat oder Prothese
- 53.04 Operation einer indirekten Inguinalhernie mit Transplantat oder Prothese
- 53.05 Operation einer Inguinalhernie mit Transplantat oder Prothese, n.n.bez.

53.1 Beidseitige Operation einer Inguinalhernie

- 53.11 Beidseitige Operation von direkten Inguinalhernien
- 53.12 Beidseitige Operation von indirekten Inguinalhernien
- 53.13 Beidseitige Operation von Inguinalhernien, einer direkten und einer indirekten
- 53.14 Beidseitige Operation von direkten Inguinalhernien mit Transplantat oder Prothese
- 53.15 Beidseitige Operation von indirekten Inguinalhernien mit Transplantat oder Prothese
- 53.16 Beidseitige Operation von Inguinalhernien, einer direkten und einer indirekten, Transplantat oder Prothese
- 53.17 Beidseitige Operation von Inguinalhernien mit Transplantat oder Prothese

Mit mehr oder weniger detaillierten Unterteilungen auf der 4. Stelle folgen die übrigen Hernienoperationen:

- 53.2 Einseitige Operation einer Femoralhernie
- 53.3 Beidseitige Operation einer Femoralhernie
- 53.4 Operation einer Umbilikalhernie
- 53.5 Operation einer anderen Hernie der ventralen Bauchwand (ohne Transplantat oder Prothese)
- 53.6 Operation einer anderen Hernie der ventralen Bauchwand mit Transplantat oder Prothese
- 53.7 Operation einer Zwerchfellhernie, abdominaler Zugang
- 53.8 Operation einer Zwerchfellhernie, thorakaler Zugang
- 53.9 Sonstige Operation einer Hernie

2.1.3 AP- und HCFA-DRG

<i>Operative und nichtoperative Behandlungen bei Hernien</i>		<i>Kostengewichte</i>			
		<i>HCFA</i>	<i>AP</i>	<i>φ</i>	
<i>DRG</i>		8.0	12.0	<i>LOS</i>	<i>G2</i>
<i>Operative Eingriffe:</i>					
161	Op. bei Leisten- und femoralen Hernien bei Alter > 17, mit CC	0.72	1.26	5	27
162	Op. bei Leisten- und femoralen Hernien bei Alter > 17, ohne CC	0.44	0.67	3	9
159	Op. bei anderen Hernien bei Alter > 17 mit CC	1.08	1.46	7	25
160	Op. bei anderen Hernien bei Alter > 17 ohne CC	0.62	0.93	4	19
163	Op. bei Hernien bei Alter 0-17	0.84	0.62	2	4
<i>Nichtoperative Behandlungen:</i>					
188	Sonstige Erkrank'gen des Verdauungssystems ohne Op, Alter > 17, mit CC	0.96	1.07	8	34
189	Sonstige Erkrank. des Verdauungssystems ohne Op, Alter > 17, ohne CC	0.48	0.65	5	28
190	Sonstige Erkrank. des Verdauungssystems ohne Op, Alter < 18, ohne Op	0.63	-	-	-
778	- mit CC	-	1.04	6	36
779	- ohne CC	-	0.39	2	5

2.1.4 HRG

<i>HRG: Hernien</i>		<i>LOS</i> (statio- när)	<i>Oberer</i> <i>Grenz-</i> <i>wert</i>	<i>Anzahl</i> <i>Fälle</i>	<i>%</i> <i>Aus-</i> <i>reisser</i>	<i>%</i> <i>Not-</i> <i>fälle</i>	<i>%</i> <i>Tages-</i> <i>fälle</i>
f72	Hernienoperation Kat. 5	3.9	12	8'531	4.5%	11%	15%
f73	Hernienoperation Kat. 4	2.2	6	82'691	5.3%	8%	22%
f74	Hernienoperation Kat. 3	1.2	5	11'137	2.4%	9%	54%
f76	Hernie, Alter > 74 Jahre oder CC	2.5	11	2'851	11.1%	60%	2%
f77	Hernie, Alter < 75 Jahre, ohne CC	1.2	5	4'902	5.9%	38%	13%

Anmerkung: Die Liste der häufigsten Operationen bzw. Diagnosen zu diesen HRG's ist auf S. 280 abgedruckt.

2.1.5 MC-Modul 12: Abdominale Hernien

<i>PMC</i>	<i>Abdominale Hernien (Modul 12)</i>	<i>RIS</i>	<i>LOS</i>	<i>SL</i>
1201	- mit Einklemmung, unkompliziert	0.748	2.6	1
1202	- mit Einklemmung, Obstruktion und Infarzierung	1.245	5.8	4
1203	- femorale, inguinale, umbilikale Hernien	0.537	0.5	1
1205	- ventrale Hernien	0.717	2.6	1

2.1.6 D.S.-Kategorie GI27: Äussere Hernien⁴⁵⁸

Krankheit:	Äussere Hernien
System:	gastrointestinal
Ätiologie:	kongenital
DxCAT:	GI27
<i>Stadium Beschreibung</i>	
1.1	Spontan reponible äussere Hernie
1.2	Nur mit Druck reponible äussere Hernie
1.3 ♦	Nicht reponible äussere Hernie
2.1	Nicht reponible äussere Hernie mit intestinaler Obstruktion
2.2	Eingeklemmte äussere Hernie
2.3	Eingeklemmte äussere Hernie mit Gangrän
2.4	Eingeklemmte äussere Hernie mit Perforation
2.5	Eingeklemmte äussere Hernie mit Peritonitis
3.1	Eingeklemmte äussere Hernie und Sepsis
3.2	Eingeklemmte äussere Hernie und Schock
4.0	Eingeklemmte äussere Hernie und Tod

♦ = ab diesem Stadium ist eine Hospitalisation gerechtfertigt.

© 1994, MEDSTAT Systems, Inc.

⁴⁵⁸ Übersetzt gemäss: Gonella/Louis/Marvin (DS/ClinCrit):241f.

2.1.7 GSG-Hernien-Fallgruppen (aus Gruppe 12: Operationen am Verdauungstrakt)⁴⁵⁹

Fallgruppe	Sonderentgelt	Diagnose	Therapie	Codes: ICD-9	ICPM-1	Punkte Haupt-/ Beleg- abteil'g	Kalk. Dauer	Grenz- verweil- dauer
12.07	(12.20)	Hernien (femoral, inguinal) einseitig; umbilikal	Operation eines Leisten-, Schen- kel- oder Nabel- bruches, einseitig	550.9 553.0 553.1	5-530 5-531 5-534 jeweils .0 bis .3	3530 / 2930	7.94	16
12.08	(12.21)	Rezidiv- Hernien, einseitig	Operation eines Leisten-, Schen- kel- oder Nabel- bruches, als Rezidivopera- tion einseitig	550.9 553.0 553.1	5-530 5-531 jeweils .5 bis .7	3950 / 3250	8.84	17
12.09	12.22	Hernien, inkarziert, einseitig	Operation einer inkarzierten Hernie, ohne Darmresektion, einseitig	550.1 552.0 552.1 552.2 552.8	5-530 5-531 5-534 5-535 5-536 jeweils .0 bis .3 5-536.4	4720 / 4000	10.56	22

Anmerkung: Punkte Belegabteilung: Bei Belegoperateur (aber ohne Beleganästhesist).

Für die in Klammern gesetzten Sonderentgelte gelten leicht veränderte Vorgaben beim Diagnosecode.

⁴⁵⁹ Krankenhaus Umschau (BPfV'95):23.

2.2 Appendizitis

2.2.1 Diagnosecodes ICD-10

K35-K38: Krankheiten der Appendix:

K35 Akute Appendizitis:

- K35.0 Akute Appendizitis mit diffuser Peritonitis
inkl. mit Perforation, mit Ruptur
- K35.1 Akute Appendizitis mit Peritonealabszess (Appendixabszess)
- K35.9 N.n.bez. akute Appendizitis

K36 Sonstige Appendizitis
(inkl. chronisch und rezidivierend)

K37 N.n.bez. Appendizitis

K38 Sonstige Krankheiten der Appendix:

- K38.0 Hyperplasie der Appendix
- K38.1 Appendixkonkremente
- K38.2 Appendixdivertikel
- K38.3 Appendixfistel
- K38.8 Sonstige näher bez. Krankheit der Appendix
- K38.9 Krankheit der Appendix, n.n.bez.

2.2.2 Operationscodes ICD-9-CM, Band 3

47: Operationen an der Appendix:

- 47.0 Appendektomie
- 47.1 Inzidentelle Appendektomie
- 47.2 Drainage eines Appendixabszesses

- 47.9 Sonstige Operationen an der Appendix
- 47.91 Appendikostomie
- 47.92 Verschluss einer Appendixfistel
- 47.99 Sonstige Operationen an der Appendix (Anastomose, Inversion)

2.2.3 AP- und HCFA-DRG

<i>Operative und nichtoperative Behandlungen bei Hernien</i>		<i>Kostengewichte</i>			
		<i>HCFA</i>	<i>AP</i>	<i>φ</i>	
<i>DRG</i>		<i>8.0</i>	<i>12.0</i>	<i>LOS</i>	<i>G2</i>
<i>Operative Eingriffe:</i>					
164	Appendektomie mit komplizierter Hauptdiagnose und CC	2.27	2.12	12	26
165	Appendektomie mit komplizierter Hauptdiagnose ohne CC	1.29	1.39	8	19
166	Appendektomie ohne komplizierte Hauptdiagnose und CC	1.38	1.24	7	16
167	Appendektomie ohne komplizierte Hauptdiagnose ohne CC	0.77	0.81	4	6
<i>Nichtoperative Behandlungen:</i>					
188	Sonstige Erkrank'gen des Verdauungssystems ohne Op, Alter > 17, mit CC	0.96	1.07	8	34
189	Sonstige Erkrank. des Verdauungssystems ohne Op, Alter > 17, ohne CC	0.48	0.65	5	28
190	Sonstige Erkrank. des Verdauungssystems ohne Op, Alter < 18, ohne Op	0.63	–	–	–
778	– mit CC	–	1.04	6	36
779	– ohne CC	–	0.39	2	5

2.2.4 HRG

<i>HRG: Appendix</i>		<i>LOS</i>	<i>Oberer</i>	<i>Anzahl</i>	<i>%</i>	<i>%</i>	<i>%</i>
		<i>(statio-</i>	<i>Grenz-</i>	<i>Fälle</i>	<i>Aus-</i>	<i>Not-</i>	<i>Tages-</i>
		<i>när)</i>	<i>wert</i>		<i>reisser</i>	<i>fälle</i>	<i>fälle</i>
f84	Operationen der Appendix	3.6	8	40'094	4.5%	96%	0%
f86	Krankheiten der Appendix	2.9	11	1'527	4.8%	94%	0%

2.2.5 PMC-Modul 11: Appendizitis

<i>PMC</i>	<i>Appendizitis (Modul 11)</i>	<i>RIS</i>	<i>LOS</i>	<i>SL</i>
1101	Einfache Appendizitis	0.575	2.9	1
1102	Appendizitis mit Perforation	0.873	5.4	3
1103	Appendizitis mit Perforation und Abszess	1.142	7.0	3
1104	Sonstige Appendizitis	0.584	2.9	1

2.2.6 D.S.-Kategorie GI16: Appendizitis⁴⁶⁰

Krankheit:	Appendizitis	
System:	gastrointestinal	
Ätiologie:	idiopathisch	
DxCAT:	GI16	
<i>Stadium</i>	<i>Beschreibung</i>	<i>ICD-9-CM, Band 1</i>
1.1 ♦	Appendizitis	540.90, 541.00, 542.00
2.1	Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis <i>oder:</i> Appendizitis mit lokalisierendem Abszess	540.10
2.2	Appendizitis mit Darmverschluss	<i>sI.1-s2.1</i> + 560.30, 560.39,
2.3	Appendizitis mit Perforation und mit generalisierter Peritonitis	560.81-560.90 540.00
2.4	Appendizitis mit Pfortaderpyämie <i>oder:</i> Appendizitis mit Leberabszess	<i>sI.1-s2.3</i> + 572.00-572.10
3.1	Appendizitis und Sepsis	<i>sI.1-s2.3</i> + 038.00-038.90
3.2	Appendizitis und Schock	<i>sI.1-s2.3</i> + 785.50, 785.59
4.0	Appendizitis und Tod	

♦ = ab diesem Stadium ist eine Hospitalisation gerechtfertigt.

© 1994, MEDSTAT Systems, Inc.

2.2.7 GSG-Fallgruppen zur Appendektomie (aus Gruppe 12: Operationen am Verdauungstrakt)⁴⁶¹

<i>Fall- gruppe</i>	<i>Sonder- entgelt</i>	<i>Diagnose</i>	<i>Therapie</i>	<i>Codes: ICD-9</i>	<i>ICPM-1</i>	<i>Punkte Haupt-/ Beleg- abteil'g</i>	<i>Kalk. Dauer</i>	<i>Grenz- verweil- dauer</i>
12.05	12.16	Appendizitis, non perforata	Appendektomie, offen- chirurgisch	006.8 540.9 541 542 543	5-470.0 5-470.2 5-479.1	3220 / 2510	7.16 / 6.15	15 / 14
12.06	12.17	Appendizitis, non perforata	Appendektomie, laparoskopisch	006.8 540.9 541 542 543	5-470.1	3580 / 2810	6.04 / 5.20	14 / 13

Anmerkung: Punkte Belegabteilung: Bei Belegoperateur (aber ohne Beleganästhesist).

⁴⁶⁰ Übersetzt gemäss: Gonella/Louis/Marvin (DS/ClinCrit):212f; Codes aus: (DS/CodCrit):140.⁴⁶¹ Krankenhaus Umschau (BPIV'95):23.

2.3 Cholelithiasis

2.3.1 Diagnosecodes ICD-10

K80-87: Krankheiten der Gallenblase, der Gallenwege und des Pankreas

K80 Cholelithiasis

- K80.0 Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis
- K80.1 Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis
- K80.2 Gallenblasenstein ohne Cholezystitis
- K80.3 Gallengangsstein mit Cholangitis
- K80.4 Gallengangsstein mit Cholezystitis
- K80.5 Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis
- K80.8 Sonstige Cholelithiasis

K81 Cholezystitis

- K81.0 Akute Cholezystitis
- K81.1 Chronische Cholezystitis
- K81.8 Sonstige Formen der Cholezystitis
- K81.9 Cholezystitis, n.n.b.

K82 Sonstige Krankheiten der Gallenblase

- K82.0 Verschluss der Gallenblase
- K82.1 Hydrops der Gallenblase
- K82.2 Perforation der Gallenblase
- K82.3 Gallenblasenfistel
- K82.4 Cholesteatose der Gallenblase
- K82.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Gallenblase
- K82.9 Krankheit der Gallenblase, n.n.b.

K83 Sonstige Krankheiten der Gallenwege

- K83.0 Cholangitis
- K83.1 Verschluss des Gallenganges
- K83.2 Perforation des Gallenganges
- K83.3 Fistel des Gallenganges
- K83.4 Spasmus des Sphinkter Oddi
- K83.5 Biliäre Zyste
- K83.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Gallenwege
- K83.9 Krankheit der Gallenwege, n.n.b.

2.3.2 Operationscodes ICD-9-CM, Band 3

Vorbemerkung: Für Operationen an Gallenblase und Gallenwegen wurden 52 vierstellige Verfeinerungen definiert. Sie werden hier aus Platzgründen nicht aufgeführt.

51: Operationen an Gallenblase und Gallenwegen

- 51.0 Cholezystotomie und Cholezystostomie
- 51.1 Diagnostische Massnahmen an den Gallenwegen
- 51.2 Cholezystektomie
- 51.3 Anastomose von Gallenblase oder Gallenwegen
- 51.4 Inzision an den Gallenwegen zur Behebung einer Obstruktion
- 51.5 Sonstige Inzision eines Gallenganges
- 51.6 Lokale Exzision oder Destruktion von Läsion oder Gewebe aus Gallenwegen und Sphinkter Oddii
- 51.7 Plastische Rekonstruktion an den Gallenwegen
- 51.8 Sonstige Operationen an Gallengängen und Sphincter Oddii
- 51.9 Sonstige Operationen an Gallenblase und Gallenwegen

2.3.3 AP- und HCFA-DRG

<i>Operative und nichtoperative Behandlungen Gallenblase und Gallengang</i>		<i>Kostengewichte</i>			
		<i>HCFA</i>	<i>AP</i>	<i>φ</i>	
<i>DRG</i>		<i>8.0</i>	<i>12.0</i>	<i>LOS</i>	<i>G2</i>
<i>Operative Eingriffe:</i>					
	Laparoskopische Cholezystektomie:				
787	- mit Gallengangexploration	-	1.83	8	45
493	- ohne Gallengangexploration, mit CC	-	1.67	5	44
494	- " , ohne CC	-	0.84	2	5
	Totale Cholezystektomie mit Gallengangexploration:				
195	- mit CC	2.22	2.58	13	33
196	- ohne CC	1.42	2.03	10	24
	Totale Cholezystektomie ohne Gallengangexploration:				
197	- mit CC	1.73	2.15	11	32
198	- ohne CC	0.94	1.33	7	17
	Eingriffe an den Gallenwegen exkl. nur totale Cholezystektomie:				
194	- ohne CC, mit Gallengangexploration	1.74	1.87	12	45
193	- mit CC oder ohne Gallengangexploration	3.01	3.60	18	50
	Hepatobiliäre diagnostische Eingriffe:				
199	- zur Feststellung bösartiger Neubildungen	2.31	2.39	17	46
200	- zur Feststellung gutartiger Neubildungen	2.89	2.35	13	45
201	Sonstige Operationen an Leber, Gallengangsystem oder Pankreas	2.42	3.09	13	48
<i>Nichtoperative Behandlungen:</i>					
557	Hepatobiliäre und Pankreas-Erkrankungen mit schwerwiegenden CC	-	3.68	16	50
203	Bösartige Neubildungen an Leber, Gallengangsystem oder Pankreas	1.13	1.83	11	45
207	Sonstige Erkrankungen der Gallenwege mit CC	0.96	1.17	7	31
208	" , ohne CC	0.56	0.66	5	22

2.3.4 HRG

<i>HRG: Gallenblase</i>		<i>LOS</i> <i>(stationär)</i>	<i>Oberer</i> <i>Grenzwert</i>	<i>Anzahl</i> <i>Fälle</i>	<i>%</i> <i>Aus-</i> <i>reisser</i>	<i>%</i> <i>Not-</i> <i>fälle</i>	<i>%</i> <i>Tages-</i> <i>fälle</i>
g12	Gallenwege, Kat. 5	10.4	30	2'827	3.8%	29%	1%
g13	Gallenwege, Kat. 4	3.8	12	42'360	8.2%	16%	3%

Häufigste Operationen:

g12 Totale Cholezystektomie mit Gallengangexploration (n = 1'446)

g13 Totale Cholezystektomie, nicht näher bezeichnet (n = 26'173)

2.3.5 PMC-Modul 06: Gallenblase

PMC	Gallenblase (Modul 06)	RIS	LOS	SL
0601	Gallenblasen-Stein/-Dysfunktion/-Karzinom mit Operation	0.927	3.7	1
0602	Gallenblasen-Stein/-Dysfunktion/-Karzinom ohne Operation	0.412	2.7	1
0604	Gallenblasen-Stein mit laparoskopischer Operation	0.562	2.7	1
0603	Gallenblasengang-Stein/-Verschluss/-Karzinom mit Operation	1.717	8.0	4
0610	Gallenblasengang-Stein/-Verschluss/-Karzinom ohne Operation	0.491	3.3	1
0606	Gallenblasengang-Verschluss mit Komplikation* mit Operation	2.215	8.8	4
0609	Gallenblasengang-Verschluss mit Komplikation* ohne Operation	0.929	4.8	1

* Komplikationen sind: Cholangitis und akute und chronische Pankreatitis.

2.3.6 D.S.-Kategorie HB07: Cholezystitis / Cholelithiasis⁴⁶²

Stadium	Beschreibung	ICD-9-CM, Band 1
1.1	Chronische Cholezystitis oder: Chronische Cholelithiasis	574.10, 575.10, 574.20
2.1 ♦	Chronische Cholezystitis mit Choledocholithiasis	574.40
2.2	Akute Cholezystitis	574.00, 575.00
2.3	Akute Cholezystitis mit Choledocholithiasis	574.30, 574.01, 574.11, 574.21, 574.31, 574.41
2.4	Empyem der Gallenblase	–
2.5	Cholezystitis mit Gangrän der Gallenblase	–
2.6	Cholezystitis mit lokalisierter Perforation der Gallenblase	s1.1-s2.3 + 575.40
2.7	Akute oder chronische Cholezystitis mit Gallenstein Ileus oder: mit cholezystoduodenaler Fistel der Gallenblase oder: mit cholezystoenteraler Fistel der Gallenblase	s1.1-s2.3 + 560.31, 575.50
2.8	Cholezystitis mit aufsteigender Cholangitis	s1.1-s2.7 + 576.10
2.9	Cholezystitis mit Perforation der Gallenblase und galliger Peritonitis	s1.1-s2.7 + 567.80
3.1	Cholezystitis und Pankreatitis	s1.1-s2.7 + 577.00, 577.10
3.2	Cholezystitis und Sepsis	s1.1-s2.7 + 038.00-038.90
3.3	Cholezystitis und Schock	s1.1-s2.7 + 785.50, 785.59
4.0	Cholezystitis und Tod	

♦ = ab diesem Stadium ist eine Hospitalisation gerechtfertigt.

© 1994, MEDSTAT Systems, Inc.

⁴⁶² Übersetzt gemäss: Gonella/Louis/Marvin (DS/ClinCrit):323; Codes aus: (DS/CodCrit):215.

2.3.7 GSG-Fallgruppen zur Cholezystektomie (aus Gruppe 12: Operationen am Verdauungstrakt)⁴⁶³

Fall- gruppe	Sonder- entgelt	Diagnose	Therapie	Codes:		Punkte Haupt-/ Beleg- abteil'g	Kalk. Dauer	Grenz- verweil- dauer
				ICD-9	ICPM-1			
12.01	12.10 12.11	Cholezystitis/ Cholezysto- lithiasis, <i>akut</i>	Cholezystekto- mie, offen- chirurgisch	574.0	5-511.00	6340 / 5000	12.39 / 10.66	20 / 19
				574.3	5-511.01			
				575.0	5-511.20 5-511.21			
12.02	12.12	Cholezystitis/ Cholezysto- lithiasis, <i>akut</i>	Cholezystekto- mie, lapara- skopisch	574.0 574.3 575.0	5-511.10 5-511.11	5420 / 4320	9.45 / 8.13	17 / 16
12.03	12.10 12.11	Cholezystitis/ Cholezysto- lithiasis, <i>elektiv</i>	Cholezystekto- mie, offen- chirurgisch	574.0	5-511.00	5370 / 4160	11.38 / 9.78	19 / 18
				574.2	5-511.01			
				574.4	5-511.20			
				575.1	5-511.21			
				575.3				
				575.6 575.8				
12.04	12.12	Cholezystitis/ Cholezysto- lithiasis, <i>elektiv</i>	Cholezystekto- mie, lapara- skopisch	574.0	5-511.10	4670 / 3690	7.29 / 6.27	15 / 14
				574.2	5-511.11			
				574.4				
				575.1				
				575.3				
				575.6 575.8				

Anmerkung: Punkte Belegabteilung: Bei Belegoperateur (aber ohne Beleganästhesist).

Die Sonderentgelte unterscheiden nicht zwischen notfallmässiger oder elektiver Aufnahme. Sonderentgelt 12.10 ist eine "Cholezystektomie, offen-chirurgisch"; Sonderentgelt 12.11 schliesst zusätzlich eine "operative Revision des Ductus hepatico-choledochus" ein.

⁴⁶³ Krankenhaus Umschau (BPflV'95):23.

2.4 Akuter Myokardinfarkt

2.4.1 Diagnosecodes ICD-10

I20-I25: Ischämische Herzkrankheiten:

I20.- Angina pectoris

- I20.0 Instabile Angina pectoris
- I20.1 Angina pectoris mit nachgewiesenem Koronarspasmus
- I20.8 Sonstige Formen der Angina pectoris
- I20.9 Angina pectoris, nicht näher bezeichnet

I21.- Akuter Myokardinfarkt

- I21.0 - transmural, Vorderwand
- I21.1 - transmural, Hinterwand
- I21.2 - transmural an sonstigen Lokalisationen
- I21.3 - transmural an n.n.b. Lokalisation
- I21.4 - subendokardial
- I21.9 - nicht näher bezeichnet

I22.- Rezidivierender Myokardinfarkt

- I22.0 - Vorderwand
- I22.1 - Hinterwand
- I22.2 - an sonstigen Lokalisationen
- I22.3 - an n.n.bez. Lokalisation

I23.- Bestimmte akute Komplikationen nach AMI

- I23.0 - Hämoperikard
- I23.1 - Vorhofseptumdefekt
- I23.2 - Ventrikelseptumdefekt
- I23.3 - Herzwandruptur ohne Hämoperikard
- I23.4 - Ruptur der Chordae tendineae
- I23.5 - Papillarmuskelruptur
- I23.6 - Thrombose des Vorhofes, des Herzohres oder der Kammer
- I23.8 Sonstige akute Komplikationen nach AMI

I24.- Sonstige akute ischämische Herzkrankheit

- I24.0 Koronarthrombose ohne nachfolgenden AMI
- I24.1 Postmyokardinfarkt-Syndrom
- I24.8 Sonstige Formen der akuten ischäm. Herzkrankheit
- I24.9 N.n.bez. akute ischämische Herzkrankheit

I25.- Chronische ischämische Herzkrankheit

- I25.0 Atherosklerotische Herz-Kreislauf-Krankheit, so beschrieben
- I25.1 Atherosklerotische Herz-Krankheit
- I25.2 Alter Myokardinfarkt
- I25.3 Herzwandaneurysma
- I25.4 Koronararterienaneurysma
- I25.5 Ischämische Kardiomyopathie
- I25.8 Sonstige Formen der chron. ischäm. Herzkrankheit
- I25.9 N.n.bez. chron. ischäm. Herzkrankheit

2.4.2 Operationscodes ICD-9-CM, Band 3

Vorbemerkung: Für Herzoperationen mit den Codes 35 bis 37 wurden 142 vierstellige Verfeinerungen definiert. Sie werden hier aus Platzgründen nicht aufgeführt.

- 35 Operationen an Herzklappen und -septen
 - 35.0 Valvulotomie am geschlossenen Herzen
 - 35.1 Valvuloplastik am offenen Herzen ohne Ersatz
 - 35.2 Herzklappenersatz
 - 35.3 Operationen an anderen an die Herzklappen angrenzenden Strukturen
 - 35.4 Herstellung von Herzseptumdefekten
 - 35.5 Korrektur von Vorhof- und/oder Ventrikelsepten mit Prothesen
 - 35.6 Korrektur von Vorhof- und/oder Ventrikelseptumdefekten mit Bio-Graft
 - 35.7 Sonstige nicht näher bezeichnete Rekonstruktionen des Vorhof- und/oder Ventrikelseptums
 - 35.8 Totalkorrektur von bestimmten angeborenen Herzfehlern
 - 35.9 Andere Operationen an Klappen und Herzsepten
- 36 Operationen an Herzgefäßen
 - 36.0 Entfernung einer Obstruktion eines Herzkranzgefäßes
 - 36.1 Bypass-Anastomose zur Myokard-Revaskularisation
 - 36.2 Myokard-Revaskularisation mit Arterien-Implantat
 - 36.3 Sonstige Myokard-Revaskularisation
 - 36.9 Sonstige Operationen an Herzgefäßen
- 37 Andere Operationen am Herz und Perikard
 - 37.0 Perikardiozentese
 - 37.1 Kardiotomie und Perikardiotomie
 - 37.2 Diagnostisches Verfahren an Herz und Perikard
 - 37.3 Perikardektomie und Exzision einer Herzläsion
 - 37.4 Plastische Rekonstruktion von Herz und Perikard
 - 37.5 Herztransplantation
 - 37.6 Implantation von herzunterstützenden Systemen
 - 37.7 Implantation, Revision, Ersatz und Entfernung von Schrittmacher-Elektroden; Einsetzen eines temporären Schrittmacher-Systems oder Revision der Tasche
 - 37.8 Implantation, Ersatz, Entfernung und Revision eines Schrittmachers
 - 37.9 Sonstige Operationen an Herz und Perikard

2.4.3 AP- und HCFA-DRG

<i>Operative und nichtoperative Behandlungen</i>		<i>Kostengewichte</i>			
		<i>HCFA</i>	<i>AP</i>	<i>φ</i>	
<i>DRG</i>		<i>8.0</i>	<i>12.0</i>	<i>LOS</i>	<i>G2</i>
<i>Operative Eingriffe:</i>					
106	Koronarer Bypass mit Herzkatheter	5.42	6.14	17	31
107	" ohne Herzkatheter	4.79	4.35	10	13
Andere kardiothorakale Eingriffe					
809	- mit Prozeduren wegen kongenitaler Anomalien	-	6.17	13	29
108	- ohne Prozeduren wegen kongenitaler Anomalien	5.96	4.50	10	15
110	Umfangreiche kardiovaskuläre Eingriffe mit CC	4.26	4.19	15	33
111	" ohne CC	2.44	2.70	10	21
Perkutane kardiovaskuläre Prozeduren:					
808	- bei AMI, Herzversagen oder Schock	-	3.12	11	19
112	- ohne AMI, Herzversagen oder Schock	1.99	1.49	5	19
Implantation eines permanenten Herzschrittmachers					
115	- bei AMI, Herzversagen oder Schock	3.77	4.65	19	35
116	- ohne AMI, Herzversagen oder Schock	2.52	3.80	9	45
<i>Nichtoperative Behandlungen:</i>					
543	Kreislaufkrankungen exkl. AMI, Endokarditis, Herzinsuffizienz, Rhythmusstörungen mit schwerwiegender Komplikation	-	2.67	14	47
544	Herzinsuffizienz oder Rhythmusstörung mit schwerwiegender Komplikation	-	3.54	15	49
Kreislaufkrankungen mit AMI					
121	- mit kardiovaskulären Komplik., ohne Todesfolge	1.58	2.77	12	26
122	- ohne kardiovaskuläre Komplik., ohne Todesfolge	1.12	1.88	9	22
123	Kreislaufkrankungen mit AMI, im Spital gestorben	1.37	3.52	9	43
124	Kreislaufkr. ohne AMI, mit Herzkatheter und komplexer Diagnostik	1.18	1.37	6	43
125	" , " , ohne komplexe Diagnostik	0.70	0.65	3	12
126	Akute und subakute Endokarditis	2.95	3.81	26	58
127	Herzversagen und Schock	1.00	1.52	9	39
129	Unerklärter Herzstillstand	1.32	0.96	2	3

2.4.4 HRG

<i>HRG: Akuter Myokardinfarkt</i>		<i>LOS (stationär)</i>	<i>Oberer Grenzwert</i>	<i>Anzahl Fälle</i>	<i>% Ausreisser</i>	<i>% Notfälle</i>	<i>% Tagesfälle</i>
e09	Implantat Herzschrittmacher bei AMI, Herzversagen oder Schock	8.5	32	1'281	2.8%	89%	0
e10	Implantat Herzschrittmacher ausser bei AMI, Herzversagen oder Schock	3.4	12	12'695	8.9%	36%	2%
e13	AMI mit kardiovaskulären Komplikationen	7.2	23	16'207	5.5%	96%	0%
e14	AMI ohne kardiovaskuläre Komplikationen	5.7	15	72'571	5.6%	97%	0%
e15	Herzkatheter mit Komplikationen	5.1	19	2'771	5.2%	29%	12%
e16	Herzkatheter ohne Komplikationen	1.6	6	62'214	12.2%	10%	33%
e19	Herzversagen und Schock	8.5	30	92'943	6.3%	91%	0%

2.4.5 PMC-Modul 03: Akuter Myokardinfarkt

<i>PMC</i>	<i>Akuter Myokardinfarkt (Modul 03):</i>	<i>RIS</i>	<i>LOS</i>	<i>SL</i>
0301	AMI, unkompliziert	1.148	6.4	1
0302	AMI mit Tachykardie	1.514	7.7	3
0303	AMI mit Bradykardie/Herzblock	1.545	7.3	3
0304	AMI mit Hypertonie	1.456	6.5	1
0306	AMI mit Stauungsinsuffizienz mit Op	3.613	10.5	4
0307	AMI mit Stauungsinsuffizienz ohne Op	1.826	8.9	4
0308	AMI mit kardiogener Schock	2.764	9.5	4
0390	AMI mit Herzkatheter/PTCA*	+0.19	=	=

* PTCA = Perkutane transluminale Koronarangioplastik. Diese PMC 0390 ist eine zusätzliche PMC: Wenn ein Herzkatheter gemacht worden ist, wird das Kostengewicht um ca. 0.19 erhöht.

Hinweis: Nebst dem PMC-Modul 12 (Herzinfarkt) gibt es noch das Modul 39 mit 31 weiteren PMC's für Herzkrankheiten (vgl. S. 473ff).

2.4.6 D.S.-Kategorie CV07: Koronare Herzkrankheit / Myokardinfarkt⁴⁶⁴

Krankheit:	Koronare Herzkrankheit / Myokardinfarkt	
System:	Kardiovaskulär und Herz	
Ätiologie:	degenerativ, kongenital	
DxCAT:	CV07	
<i>Stadium</i>	<i>Beschreibung</i>	<i>ICD-9-CM, Band 1</i>
1.1	Stabile Angina pectoris, <i>oder:</i> Alter Myokardinfarkt <i>oder:</i> Koronararteriosklerose <i>oder:</i> Chronisch ischämische Herzkrankheit	413.90 412.00 414.00 414.80, 414.90
2.1	Crescendo-Angina pectoris	–
2.2	Angina pectoris mit zusätzlichen abnormen Herz-Befunden	<i>s1.1</i> + 427.89, 427.90, 429.30, 785.20, 429.82
2.3	Angina pectoris mit Herzinsuffizienz	<i>s1.1</i> + 428.00, 428.10
2.4 ♦	Instabile Angina pectoris <i>oder:</i> Prinzmetal Angina	413.0, 411.10, 411.80, 411.81, 411.89 413.1
3.1	Akuter Myokardinfarkt (AMI)	410.00-410.92
3.2	AMI und Herzblock <i>oder:</i> AMI und Perikarditis	<i>s3.1</i> + 426.00-426.60, 426.90, 427.00-427.90 420.90-420.99
3.3	AMI und Herzinsuffizienz	<i>s3.1</i> + 428.00, 428.10
3.4	AMI und Herzwandthrombus	<i>s3.1</i> + 429.79
3.5	AMI und Herzwandaneurysma	<i>s3.1</i> + 414.10
3.6	AMI und Lungenembolie <i>oder:</i> AMI und zerebrovaskulärer Insult	<i>s3.1</i> + 415.10 434.00-434.90, 436.00
3.7	AMI und Papillär Muskelabriss <i>oder:</i> AMI und Ventrikelseptumruptur	<i>s3.1</i> + 429.60
3.8	AMI und Kammerflimmern <i>oder:</i> AMI und Schock	<i>s3.1</i> + 427.10, 427.41-427.42 785.51
3.9	AMI und Herzstillstand	<i>s3.1</i> + 427.50
4.0	AMI und Tod	

♦ = ab diesem Stadium ist eine Hospitalisation gerechtfertigt.

© 1994, MEDSTAT Systems, Inc.

2.4.7 GSG-Fallgruppen zum akuten Myokardinfarkt: ausstehend

Es sind noch keine Fallgruppen zum akuten Myokardinfarkt definiert.

⁴⁶⁴ Übersetzt gemäss: Gonella/Louis/Marvin (DS/ClinCrit):66ff; Codes aus (DS/CodCrit):39.

2.5 Diabetes mellitus

2.5.1 Diagnosecodes ICD-10

E10-E14: Diabetes mellitus

- E10 Insulinabhängiger Diabetes mellitus
- E11 Nicht insulinabhängiger Diabetes mellitus
- E12 Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung
- E13 Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus
- E14 Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus

Folgende 4. Stellen gelten für E10 bis E14:

- E1x.0 Diabetisches Koma
- E1x.1 Mit Ketazidose
- E1x.2 Mit Nierenkomplikationen
- E1x.3 Mit Augenkomplikationen
- E1x.4 Mit neurologischen Komplikationen
- E1x.5 Mit peripheren vaskulären Komplikationen
- E1x.7 Mit multiplen Komplikationen
- E1x.8 Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen
- E1x.9 Ohne Komplikationen

O24 Diabetes mellitus in der Schwangerschaft

- O24.0 Vorher bestehender Diabetes mellitus, insulinpflichtig
- O24.1 Vorher bestehender Diabetes mellitus, nicht insulinpflichtig
- O24.2 Vorher bestehender Diabetes mellitus durch Fehl- oder Mangelernährung
- O24.3 Vorher bestehender Diabetes mellitus, n.n.bez.
- O24.4 Diabetes mellitus, während der Schwangerschaft auftretend
- O24.9 Diabetes mellitus in der Schwangerschaft, n.n.bez.

Weitere Codes, die Diabetes mellitus beinhalten:

- N08.3 Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus
- P70.0 Syndrom des Kindes einer Mutter mit gestationsbedingtem Diabetes
- P70.2 Diabetes mellitus beim Neugeborenen
- Z13.1 Spezielles Screening auf Diabetes mellitus
- Z83.3 Diabetes mellitus in der Familienanamnese

2.5.2 Operationscodes ICD-9-CM, Band 3

Keine. (Diabetes mellitus wird konservativ behandelt.)

2.5.3 AP- und HCFA-DRG

<i>Diabetes mellitus</i>		<i>Kostengewichte</i>		
		<i>HCFA</i>	<i>AP</i>	ϕ
<i>DRG</i>		8.0	12.0	<i>LOS</i> <i>G2</i>
294	Diabetes mellitus, Alter > 35	0.75	1.00	8 31
295	Diabetes mellitus, Alter < 36	0.74	0.85	6 18

2.5.4 HRG

<i>HRG: Diabetes</i>		<i>LOS</i> (statio- när)	<i>Oberer</i> <i>Grenz-</i> <i>wert</i>	<i>Anzahl</i> <i>Fälle</i>	<i>%</i> <i>Aus-</i> <i>reisser</i>	<i>%</i> <i>Not-</i> <i>fälle</i>	<i>%</i> <i>Tages-</i> <i>fälle</i>
k15	Diabetes mit metabolischer Störung, Alter > 64 Jahre oder mit CC	8.5	29	13'196	8.1%	77%	7%
k16	Diabetes mit metabolischer Störung, Alter < 65 Jahre, ohne CC	3.7	12	12'818	6.1%	72%	18%
k17	Diabetes mit hypoglykämischem Notfall	3.1	13	5'679	9.7%	92%	2%
k18	Diabetes mit peripheren vaskulären Störungen	10.4	43	1'755	8.3%	73%	2%
k19	Diabetes mit Fussulkus	13.3	46	606	8.0%	81%	1%
p25	Diabetes beim Kind	3.4	11	4'356	3.1%	90%	5%

2.5.5 PMC-Modul 16: Diabetes

<i>PMC</i>	<i>Diabetes (Modul 16)</i>	<i>RIS</i>	<i>LOS</i>	<i>SL</i>
1601	– mit anderen Komplikationen	0.445	4.4	1
1602	– mit Ketoazidose/Koma	0.683	4.1	1
1603	– mit Retinopathie/ophthalmologischer Manifestion	0.502	0.5	1
1604	– mit peripherer Neuropathie	0.179	0	1
1605	– mit autonomer Neuropathie, mit Operation	1.571		
1606	– mit autonomer Neuropathie, mit Operation	0.643		
1607	unkomplizierter Diabetes mellitus	0.022	0	1
1608	Diabetes insipidus	0.438	4.2	3
<i>PMC</i>	<i>Auszug: Entbindungen (Modul 15)</i>	<i>RIS</i>	<i>LOS</i>	<i>SL</i>
1524	Insulinabhängiger Diabetes mellitus	0.362	3.2	1
1525	Diabetes mellitus mit vaginaler Entbindung	0.519		
1526	Diabetes mellitus mit Sectio	10.51		

2.5.6 D.S.-Kategorie ND12: Diabetes mellitus⁴⁶⁵

Krankheit:	Diabetes mellitus (DM)	
System:	Endokrin/metabolisch	
Ätiologie:	metabolisch	
DxCAT:	ND12	
<i>Stadium</i>	<i>Beschreibung</i>	<i>ICD-9-CM, Band 1</i>
1.1	Asymptomatischer DM <i>oder:</i> Hyperglykämie	250.00, 775.10
1.2	Symptomatischer DM	–
1.3	Typ I Diabetes mellitus (insulinabhängiger DM)	250.01
2.1	DM mit Retinopathie <i>oder:</i> DM mit Nephropathie <i>oder:</i> DM mit Neuropathie <i>oder:</i> DM mit peripheren vaskulären Störungen <i>oder:</i> Azotämie	250.50-250.51
2.2	DM mit Retinopathie und Erblindung	s2.1 + 369.00-369.73
2.3 ♦	DM mit Phlegmone/Abszess <i>oder:</i> DM mit Harnwegsinfekt	250.80-250.81 + 681.00-682.90, <i>oder</i> + 599.00
2.4	DM mit Gangrän	250.70-250.71 + 785.40
2.5	DM mit Osteomyelitis	250.80-250.81 + 730.00-730.29, 731.80, 730.80-730.89
3.1	DM mit hyperosmolarer Entgleisung	s1.1-s2.1 + 276.10
3.2	DM mit Ketazidose	250.10-250.11
3.3	DM mit Papillennekrose der Niere	250.40-250.41 + 584.70
3.4	DM mit Nierenversagen	250.40-250.41 + 584.50-586.00
3.5	DM mit Sepsis	
3.6	DM mit Koma (ketoazidotisch/hypoglykämisch)	250.30-250.31
3.7	DM mit hyperosmolarem Koma	250.20-250.21
3.8	DM mit Schock	s2.1-s3.7 + 785.50, 785.59
4.0	DM und Tod	

♦ = ab diesem Stadium ist eine Hospitalisation gerechtfertigt.

© 1994, MEDSTAT Systems, Inc.

2.5.7 GSG-Fallgruppen zum Diabetes mellitus: ausstehend

Es sind noch keine Fallgruppen zum Diabetes mellitus definiert.

⁴⁶⁵ Übersetzt gemäss: Gonella/Louis/Marvin (DS/ClinCrit):533ff.

2.6 Vergleich von Kennzahlen einfacher Krankheitsbilder

Vorbemerkung: Die Prozentzahlen in der Tabelle auf der nächsten Seite sind auf 5% gerundet. –

Im folgenden werden 4 Patienten mit einfacher Inguinalhernienoperation (ICD-9-CM: 550.90, 53.00), mit einfacher Appendektomie (540.9, 47.0), mit laparoskopischer Cholezystektomie (574.20, 51.22) und mit offener Cholezystektomie (574.20, 51.23) verglichen. Die Kennzahlen sind auf den folgenden Seiten tabellenförmig und graphisch dargestellt.

Zunächst muss man sich bei einem solchen Vergleich fragen, ob die Kostengewichte überhaupt vergleichbar sind. Kostengewichte sind relative Werte, die sich innerhalb eines Patientenklassifikationssystems aufeinander beziehen. Deshalb wurde untersucht, ob die Unterschiede der Kostengewichte bei der Klassifizierung mit den verschiedenen Instrumenten gleich bleiben.

Dies war ganz eindeutig nicht der Fall. Z.B. ist das Kostengewicht für die Appendektomie gegenüber der Inguinalhernienoperation bei den HCFA-DRG um 45% erhöht, bei den AP-DRG jedoch nur um 20%. Mit den PMC werden beide Operationen fast gleich gewichtet (+5%). Das D.S.-System betrachtet die Appendektomie wiederum als bedeutend aufwendiger als die Hernienoperation (+55%).

Bezüglich der Unterschiedlichkeit von Cholezystektomie und Appendektomie sind sich HCFA-DRG, AP-DRG und PMC in etwa einig: Das Kostengewicht für die Cholezystektomie ist nur leicht erhöht (+10%, +5%, 0%). Wenn man nun aber die Werte für die erwarteten Aufenthaltsdauern betrachtet, kommen die drei Systeme zu recht unterschiedlichen Aussagen: Während gemäss den HCFA-DRG die erwartete Aufenthaltsdauer bei einer laparoskopischen Cholezystektomie 35% kürzer als bei einer Appendektomie ist (2.4 im Vergleich zu 3.6 Tagen), sinkt die erwartete Aufenthaltsdauer gemäss AP-DRG um 50% (2 im Vergleich zu 4 Tagen) und gemäss PMC sogar um 60% (1.0 im Vergleich zu 2.9 Tagen). Dass bei D.S. sowohl Kostengewicht wie auch erwartete Aufenthaltsdauer fast doppelt so hoch sind für die Cholezystektomie im Vergleich zur Appendektomie könnte u.U. auch daran liegen, dass D.S. keine Unterscheidung von offener und laparoskopischer Cholezystektomie macht. Dies bestätigt sich, wenn man einen Patienten mit offener Cholezystektomie klassifiziert. Er erhält die gleiche Patientenkategorie und die gleichen Werte.

Es ist zu vermuten, dass die deutlich erkennbaren Unterschiede der Kennzahlen hauptsächlich durch die Verwendung unterschiedlicher Populationen und unterschiedlicher Methoden zur Kennzahlenkalkulation entstanden sind.

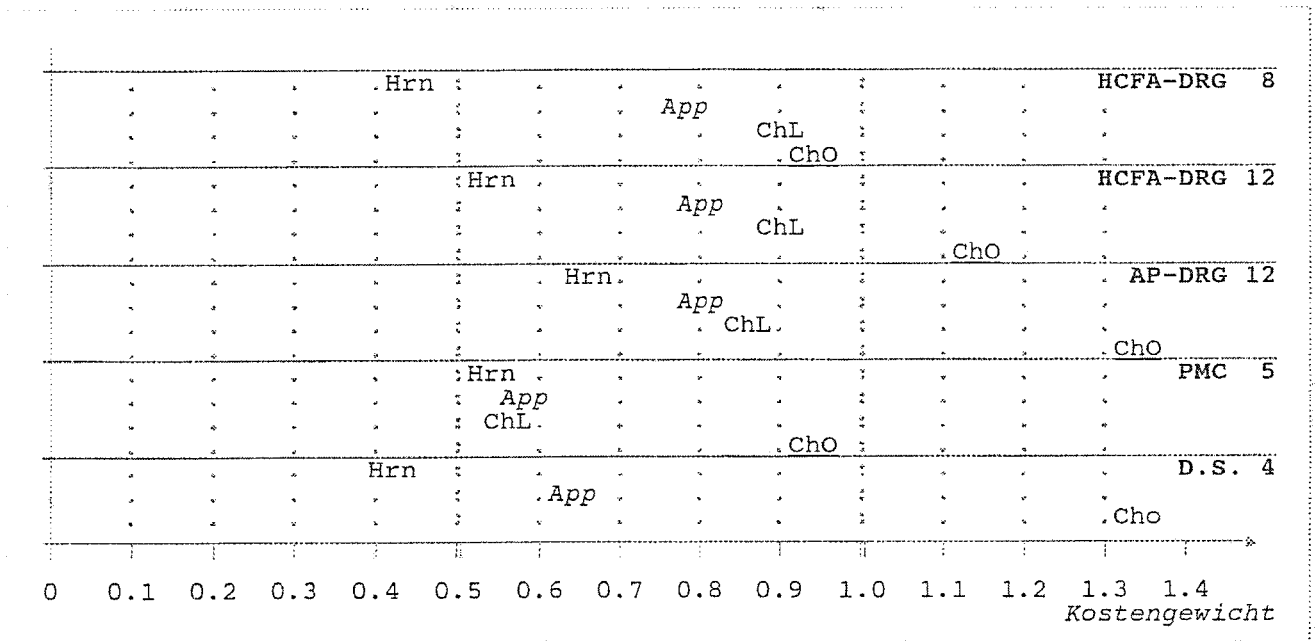
Abb. 236: Vergleich von Kennzahlen einfacher Krankheitsbilder: Kennzahlen amerikanischer PCS

Kennzahlen		HCFA-DRG 12.0	AP-DRG 12.0	PMC 5.0	D.S. 4.0	in % von HCFA-DRG		
						AP-DRG	PMC	D.S.
Einfache Inguinalhernie mit Operation (C34)	Pat. Kat.	162	162	1203	GI27 s1.1			
	Gewicht	0.54	0.67	0.54	0.42	+25%	0%	-15%
	Tage	2.2	3	2.6	29%	+35%	+20%	
	ob. Grenze	11	9			-20%		
Einfache Appendektomie (C41)	Pat. Kat.	167	167	1101	GI16 s1.1			
	Gewicht	0.79	0.81	0.58	0.64	0%	-25%	-20%
	Tage	3.6	4	2.9	49%	+10%	-20%	
	ob. Grenze	16	6			-65%		
Laparoskopische Cholezystektomie (C35)	Pat. Kat.	494	494	0604	HB07 s1.1			
	Gewicht	0.88	0.85	0.56	1.33	-5%	-35%	+50%
	Tage	2.4	2	1.0	94%	-15%	-60%	
	ob. Grenze	15	5			-65%		
Totale (offene) Cholezystektomie (C35a)	Pat. Kat.	198	198	0601	HB07 s1.1			
	Gewicht	1.14	1.33	0.93	1.33	+15%	-20%	15%
	Tage	5.4	5	3.7	94%	-5%	-30%	
	ob. Grenze	24	17			-30%		

Differenzen		HCFA-DRG	AP-DRG	PMC	D.S.
Appendektomie / Inguinalhernie	Gewicht	+45%	+20%	+5%	+55%
	Tage	+65%	+35%	+10%	+70%
	ob. Grenze	+45%	-35%		
Lap. Cholezystekt. / Inguinalhernie	Gewicht	+65%	+25%	+5%	+220%
	Tage	+10%	-35%	-60%	+225%
	ob. Grenze	+35%	-45%		
Lap. Cholezystekt. / Appendektomie	Gewicht	+10%	+5%	0%	+110%
	Tage	-35%	-50%	-65%	+90%
	ob. Grenze	-5%	-15%		
Lap. Cholezystekt. / Offene Cholezyst.	Gewicht	-25%	-35%	-40%	0%
	Tage	-55%	-60%	-75%	0%
	ob. Grenze	-40%	-70%		

In der folgenden Graphik sind zum Vergleich zusätzlich die Kostengewichte aus der 8. Version der HCFA-DRG aufgezeichnet. Daraus wird ersichtlich, dass sich die Kostengewichte nicht nur von System zu System, sondern auch im Verlauf der Zeit ändern.

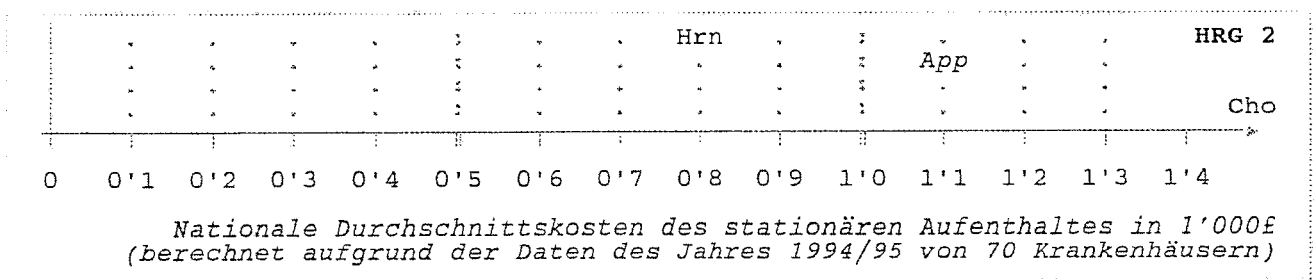
Abb. 237: Vergleich der Kostengewichte einfacher Krankheitsbilder: Amerikanische PCS



Legende:

Hrn = Einfache Inguinalhernienoperation	DRG 162	PMC 1203	D.S. GI27/1.1
App = Einfache Appendektomie	DRG 167	PMC 1101	D.S. GI16/1.1
ChL = Laparoskopische Cholezystektomie	DRG 494	PMC 0604	↗
ChO = Offene (totale) Cholezystektomie	DRG 198	PMC 0601	↗
Cho = Cholezystektomie			D.S. HB07/1.1

Abb. 238: Vergleich der Kostengewichte einfacher Krankheitsbilder: HRG (Grossbritannien)



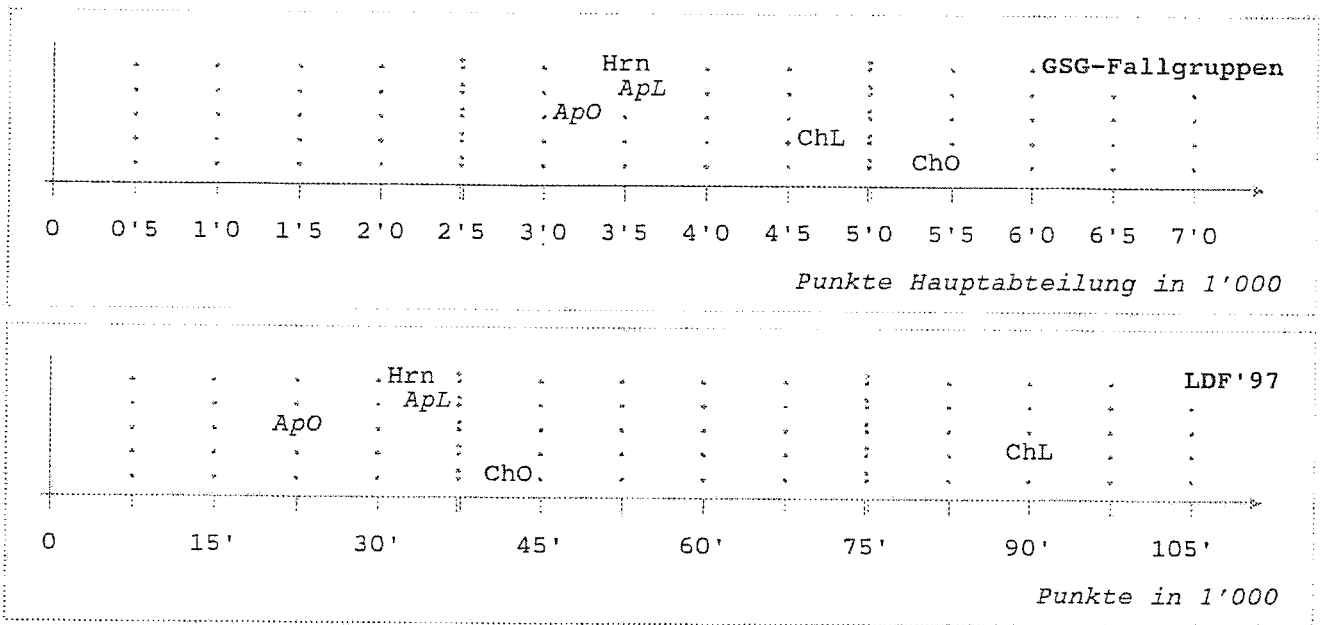
Legende:

Hrn = Einfache Inguinalhernienoperation	HRG f73
App = Einfache Appendektomie	HRG f84
Cho = Laparoskopische Cholezystektomie	HRG g13

In den folgenden Graphiken mit Werten des deutschen und des österreichischen Modells fällt u.a. auf, dass die Kostengewichte für Appendektomie – insbesondere bei offener Appendektomie – mehr oder weniger deutlich unterhalb der Kostengewichte für die Hernienoperation liegen. In den bisher betrachteten amerikanischen Systemen DRG und D.S. ist dies gerade umgekehrt.

Abb. 239:

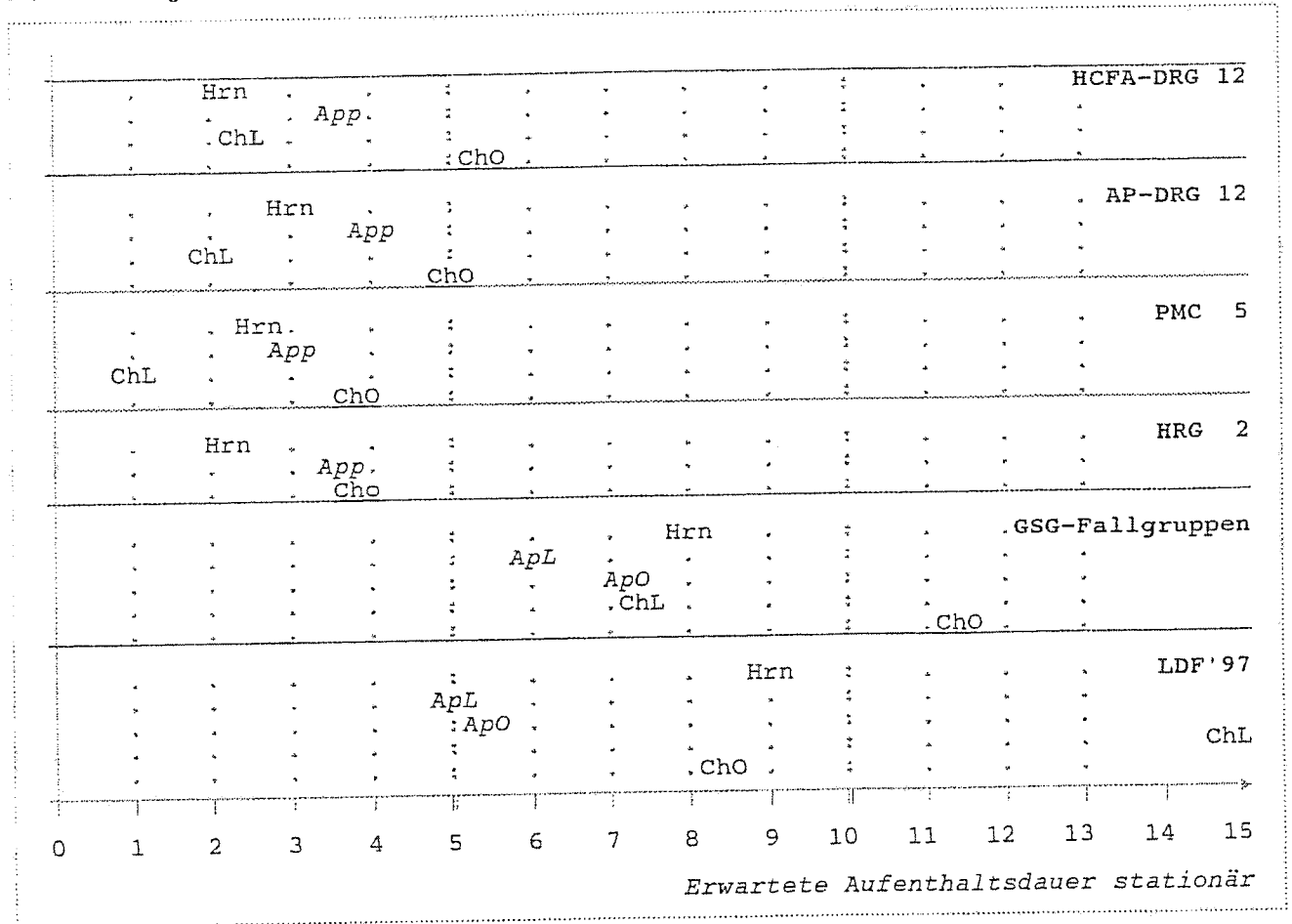
Vergleich der Kostengewichte einfacher Krankheitsbilder:
GSG-Fallgruppen (Deutschland) und LDF'97 (Österreich)



Legende:

Hrn = Einfache Inguinalhernienoperation	GSG 12.07	MEL 06.06 A
ApL = Laparoskopische Appendektomie	GSG 12.06	MEL 06.01 A
ApO = Offene Appendektomie	GSG 12.05	MEL 06.01 C
ChL = Laparoskopische Cholezystektomie	GSG 12.04	MEL 05.05 B
ChO = Offene (totale) Cholezystektomie	GSG 12.03	MEL 05.05 A

Abb. 240: Vergleich der erwarteten (kalkulatorischen) Aufenthaltsdauern einfacher Krankheitsbilder



Legende:

	DRG	PMC	HRG	GSG	LDF
Hrn = Einfache Inguinalhernienoperation	162	1203	f73	12.07	MEL 06.06 A
App = Appendektomie (nicht näher bezeichnet)	167	1101	f84		
ApL = Laparoskopische Appendektomie				12.06	MEL 06.01 A
ApO = Offene Appendektomie				12.05	MEL 06.01 C
Cho = Cholezystektomie (nicht näher bez.)			g13		
ChL = Laparoskopische Cholezystektomie	494	0607		12.04	MEL 05.05 B
Cho = Offene (totale) Cholezystektomie	198	0601		12.03	MEL 05.05 A

3 Vergleiche von Behandlungsfällen

3.1 Verwendete Software und Erläuterungen

3.1.1 Codes⁴⁶⁶

Diagnosen: ICD-9-CM, Band 1

Eingriffe: ICD-9-CM, Band 3

Legende zu den Codes:

Codes mit vorangestelltem "+" bezeichnen Hauptdiagnose und Haupteingriff.

3.1.2 DRG: Diagnosis Related Groups

Groupen: DRGfinder mit HCFA-DRG 12.0 und AP-DRG 12.0

Legende zu den HCFA-DRG-Auswertungen:

HCFA wt	HCFA-Kostengewicht der Fallgruppe
A/LOS	Erwartete Aufenthaltsdauer: arithmetisches Mittel
G/LOS	Erwartete Aufenthaltsdauer: geometrisches Mittel
Outlier	Oberer Grenzwert zur Bestimmung von Ausreißern

Legende zu den AP-DRG-Auswertungen:

S.I. wt	AP-Kostengewicht der Fallgruppe
Mean LOS	Erwartete Aufenthaltsdauer
Low Trim	Unterer Grenzwert zur Bestimmung von Ausreißern
High Trim	Oberer Grenzwert zur Bestimmung von Ausreißern

Legende zu den DRG-Auswertungen allgemein:

MDC	DRG-Hauptkategorie (Major Diagnostic Category)
*	Hauptdiagnose oder sekundäre Diagnose, die die DRG-Zuteilung beeinflusste.
#	Komplikation oder Begleiterkrankung, die die DRG-Zuteilung <i>nicht</i> beeinflusste.

3.1.3 PMC: Patient Management Categories

Groupen: PMC-Groupen Rel. 5.06

Legende zu den PMC-Auswertungen:

PMC-RIS	PMC-Kostengewicht des Falles
Exp.LOS	Erwartete Aufenthaltsdauer

⁴⁶⁶ ICD-9-CM/1996.

3.1.4 Disease Staging

Groupen: Disease Staging 4.0; gerechnet im Dezember 1995 von Carol Rabinowitz, Jefferson Medical College, Philadelphia PA.

Legende zu den D.S.-Auswertungen:

D.S.-CW: D.S.-Kostengewicht des Falles

ϕ D.S.-CW in zugehöriger DRG:

Durchschnittliches D.S.-Kostengewicht aller Fälle der D.S.-Datenbasis mit der gleichen DRG

D.S.-CW / ϕ D.S.-CW in DRG:

Relatives Kostengewicht des Falles im Verhältnis zum D.S.-Durchschnittsgewicht aller Fälle in der analysierten Datenbasis mit der gleichen DRG (DRGSCALE)

3.1.5 Anmerkungen zu den vergleichenden Auswertungen

(Gilt für thematische und für fallbezogene Vergleiche.)

- Die Differenzen in Prozenten ("% Diff.") sind gerundet auf 5%.
- Die Aufenthaltsdauer wird bei D.S. nicht in Tagen angegeben, sondern als relativer Wert bezüglich der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer der analysierten Fälle.

3.2 Laparoskopische Cholezystektomie ohne/mit postoperativer Pneumonie (Patienten C35 und C39)

3.2.1 Basisdaten

Patient C35: Laparoskopische Cholezystektomie	
Alter:	46
Geschlecht:	f
Eintritt:	elektiv
Austritt:	nach Hause
Pflegetage:	5
<u>Diagnosen: ICD-9-CM/1</u>	
Sonstige Krankheiten der Verdauungsorgane	
+ 574.2	Cholezystolithiasis ohne Angabe einer Cholezystitis
<u>Prozeduren: ICD-9-CM/3</u>	
+ 51.23	Laparoskopische Cholezystektomie

Patient C39: Laparoskopische Cholezystektomie mit postoperativer Pneumonie	
Alter:	57
Geschlecht:	m
Eintritt:	ungeplant
Austritt:	nach Hause
Pflegetage:	13
<u>Diagnosen: ICD-9-CM/1</u>	
Sonstige Krankheiten der Verdauungsorgane	
+ 574.2	Cholezystolithiasis ohne Angabe einer Cholezystitis
Pneumonie und Grippe	
- 485	Bronchopneumonie durch n.n.bez. Erreger
<u>Prozeduren: ICD-9-CM/3</u>	
+ 51.23	Laparoskopische Cholezystektomie

3.2.2 HCFA-DRG 12.0

Patient C35: Laparoskopische Cholezystektomie	
HCFA-DRG 494	LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY WITHOUT COMMON DUCT EXPLORATION without CC
HCFA wt .8769	A/LOS 2.4 G/LOS 1.8 Outlier 15
MDC 007	DISEASES & DISORDERS OF THE HEPATOBILIARY SYSTEM & PANCREAS
Principal Diagnosis *57420 CALCULUS OF GALLBLADDER WITHOUT CHOLECYSTITIS, WITHOUT MENTION OF OBSTRUCTION	
Principal Procedure *5123 LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY	

Patient C39: Laparoskopische Cholezystektomie mit postoperativer Pneumonie	
HCFA-DRG 493	LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY WITHOUT COMMON DUCT EXPLORATION with CC
HCFA wt 1.6501	A/LOS 6.2 G/LOS 4.3 Outlier 27
MDC 007	DISEASES & DISORDERS OF THE HEPATOBILIARY SYSTEM & PANCREAS
Principal Diagnosis *57420 CALCULUS OF GALLBLADDER WITHOUT CHOLECYSTITIS, WITHOUT MENTION OF OBSTRUCTION	
Secondary Diagnoses *485 BRONCHOPNEUMONIA, ORGANISM UNSPECIFIED	
Principal Procedure *5123 LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY	

3.2.3 AP-DRG 12.0

Patient C35: Laparoskopische Cholezystektomie	
AP-DRG	494 LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY W/O CDE without CC
S.I. wt	0.8452 Mean LOS 2 Low Trim 1 High Trim 5
MDC	007 DISEASES & DISORDERS OF THE HEPATOBILIARY SYSTEM & PANCREAS
Principal Diagnosis	*57420 CALCULUS OF GALLBLADDER WITHOUT CHOLECYSTITIS, WITHOUT MENTION OF OBSTRUCTION
Principal Procedure	*5123 LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

Patient C39: Laparoskopische Cholezystektomie mit postoperativer Pneumonie	
AP-DRG	556 CHOLECYSTECTOMY AND OTHER HEPATOBILIARY PROCEDURES WITH MAJOR CC
S.I. wt	4.0854 Mean LOS 14 Low Trim 3 High Trim 50
MDC	007 DISEASES & DISORDERS OF THE HEPATOBILIARY SYSTEM & PANCREAS
Principal Diagnosis	*57420 CALCULUS OF GALLBLADDER WITHOUT CHOLECYSTITIS, WITHOUT MENTION OF OBSTRUCTION
Secondary Diagnoses	*485 BRONCHOPNEUMONIA, ORGANISM UNSPECIFIED
Principal Procedure	*5123 LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

3.2.4 PMC 5.0

Patient C35: Laparoskopische Cholezystektomie	
Prin. Diagnosis: 57420 CHOLELITHIASIS NOS	PMC-RIS .562
Prin. Procedure: 5123 Px Label not found	Indicators: Exp. LOS - 1.0 Severity Level 1 2 3 4 5 6 7
PMC 1: 604 GB: GB CALCULUS W LAP CHOLEY	

Patient C39: Laparoskopische Cholezystektomie mit postoperativer Pneumonie	
Prin. Diagnosis: 57420 CHOLELITHIASIS NOS	PMC-RIS 1.100
Diagnosis A: 48500 BRONCOPNEUMONIA ORG NOS	Indicators: Complication Nosco Infection Exp. LOS - 6.4 Severity Level 1 2 3 4 5 6 7
Prin. Procedure: 5123 Px Label not found	
PMC 1: 604 GB: GB CALCULUS W LAP CHOLEY PMC 2: 2401 RESPIRATORY: BACTERIAL PNEUMONIA	

3.2.5 Disease Staging 4.0

Patient C35: Laparoskopische Cholezystektomie			
HB Hepatobiliäres System + HB07 Cholecystitis and Cholelithiasis		Stage 1.1	
Mortalitätsrisiko in %		D.S.-CW / ϕ D.S.-CW in DRG	0.805
Index Aufenthaltsdauer	0.302		
Kostengewicht	0.707	ϕ D.S.-CW in zugehöriger DRG	0.878

Patient C39: Laparoskopische Cholezystektomie mit postoperativer Pneumonie			
HB Hepatobiliäres System + HB07 Cholecystitis and Cholelithiasis		Stage 1.1	
RS Atmungsorgane - RS30 Bacterial Pneumonia, Other		Stage 1.1	
Mortalitätsrisiko in %	0.3	D.S.-CW / ϕ D.S.-CW in DRG	0.816
Index Aufenthaltsdauer	0.941		
Kostengewicht	1.329	ϕ D.S.-CW in zugehöriger DRG	1.629

Die Stadien sind beschrieben auf S. 355 für die Cholelithiasis und auf S. 242 für die Pneumonie.

3.2.6 Auswertung und Kommentar

(1) VERGLEICH DER KLASSIFIZIERUNGEN

Der Vergleich der Klassifizierungen der Patienten C35 und C39 führt zu folgenden Aussagen:

- Der laparoskopische Eingriff bei Patient C35 führt in den DRG-Systemen und bei PMC zu einer eigenen Patientenkategorie. Bei D.S. ist das nicht möglich, denn D.S. bezieht sich nur auf Diagnosen und lässt die Art der Eingriffe unberücksichtigt. Die DRG-Gruppierungen spezifizieren noch, dass keine Exploration des Gallenganges (CDE) durchgeführt wurde. (PMC gruppiert auch bei zusätzlichem Vorliegen einer solchen Exploration – ICD-9-CM/3=51.51 – nicht anders, d.h. es bleibt bei PMC 0604.)
- Die Gruppierung von Patient C39 mit der Komplikation wird nun entsprechend den unterschiedlichen Konstruktionsprinzipien unterschiedlich durchgeführt. In den DRG-Systemen wechselt die Patientenkategorie zu einer Kategorie "mit CC". Bei PMC und D.S. wird eine zusätzliche Patientenkategorie zur Klassifizierung der Pneumonie verwendet. D.S. weist beiden Erkrankungen das niedrigste Stadium (Stage 1.1) zu. Bei den AP-DRG wird die Pneumonie als schwerwiegende Komplikation betrachtet und löst damit eine Zuordnung zu einer "Major CC" aus. Dabei tritt der Eingriff etwas in den Hintergrund – es heisst nur noch "Cholezystektomie oder anderer hepatobiliärer Eingriff" –, und das Vorhandensein einer Komplikation wird wichtig.

(2) VERGLEICH DER KENNZAHLEN

Der Vergleich der *Kennzahlen* von Patienten C35 und C39 führt zu folgenden Aussagen:

- Die Unterschiede der Kostengewichte für die laparoskopische Cholezystektomie mit und ohne Komplikation durch die postoperative Pneumonie sind bei allen Systemen mit Ausnahme der AP-DRG ähnlich (ca. +90% Erhöhung des Kostengewichtes durch die Komplikation). Bei den AP-DRG allerdings steigt das Kostengewicht wegen der Klassierung der Pneumonie als schwerwiegende Komplikation auf einen fast fünffachen Wert.
- Die Unterschiede der PMC- und D.S.-Kostengewichte im Vergleich zu den HCFA-DRG-Kostengewichten sind konstant (–35% bzw. –20%). Dies könnte zur Schlussfolgerung führen, dass bei PMC und D.S. ein anderer Referenzwert bei der Standardisierung der Kostengewichte verwendet wurde. Wie aber die anderen Systeme zeigen, sind diese Verhältnisse nicht immer konstant, im Gegenteil: Sie variieren stark.
- Die Referenzwerte für die erwarteten Aufenthaltsdauern zeigen ein ähnliches Bild. Für die laparoskopische Cholezystektomie generell eine kurze Aufenthaltsdauer erwartet (1 bis 2 Tage). Beim Vorliegen der Pneumonie steigt die erwartete Aufenthaltsdauer auf ca. 6 Tage, wiederum mit Ausnahme der Klassifizierung nach AP-DRG, wo die erwartete Aufenthaltsdauer um mehr als das Doppelte steigt. (Anmerkung: Die stark abweichenden %-Werte für die Aufenthaltsdauern gemäss PMC sind wegen dem kleinen Ausgangswert von einem Tag für C35 mit Vorsicht zu geniessen. Sie gleichen sich sofort an die übrigen Werte an, wenn die erwartete Aufenthaltsdauer für C35 auf 2 statt auf 1.0 gesetzt wird.)

Abb. 241: Vergleich der laparoskopischen Cholezystektomie ohne und mit postoperativer Pneumonie

Kostengewicht	HCFA-DRG 12.0	AP-DRG 12.0	PMC 5.0	D.S. 4.0	in % von HCFA-DRG		
					AP-DRG	PMC	D.S.
C35: Lap. Cholezystektomie	0.88	0.85	0.56	0.71	-5%	-35%	-20%
C39: Lap. Cholezystektomie mit postop. Pneumonie	1.65	4.09	1.1	1.33	+150%	-35%	-20%
% Diff. mit/ohne Pneumonie	+90%	+385%	+95%	+90%			

Aufenthaltsdauer	HCFA-DRG	AP-DRG	PMC	D.S.	AP-DRG	PMC	
C35: Lap. Cholezystektomie	2.4	2	1.0	30%	-15%	-60%	
C39: Lap. Cholezystektomie mit postop. Pneumonie	6.2	14	6.4	94%	+125%	+5%	
% Diff. mit/ohne Pneumonie	+160%	+600%	+540%	+210%			

Grenzwerte	HCFA-DRG oben	AP-DRG unten	AP-DRG oben		AP-DRG oben	
C35: Lap. Cholezystektomie	15	1	5		-65%	
C39: Lap. Cholezystektomie mit postop. Pneumonie	27	3	50		+85%	
% Diff. mit/ohne Pneumonie	+80%	+200%	+900%			

3.3 Einfacher AMI ohne und mit Diabetes Typ II (Patienten M17o und M17)

3.3.1 Basisdaten

Patient M17o: Einfacher AMI	
Alter:	82
Geschlecht:	f
Eintritt:	ungeplant
Austritt:	nach Hause
<u>Diagnosen: ICD-9-CM/1</u>	
Ischämische Herzkrankheiten	
+ 410.11 AMI, anterior, erstmalig	
<u>Prozeduren: ICD-9-CM/3</u>	
- (keine)	

Patient M17: Einfacher AMI und Diabetes Typ II	
Alter:	82
Geschlecht:	f
Eintritt:	ungeplant
Austritt:	nach Hause
Pflegetage:	10
<u>Diagnosen: ICD-9-CM/1</u>	
Ischämische Herzkrankheiten	
+ 410.11 AMI, anterior, erstmalig	
Krankheiten sonstiger endokriner Drüsen	
- 250.00 Diabetes mellitus, Typ II oder nicht spezifiziert, nicht als unkontrolliert bezeichnet	
<u>Prozeduren: ICD-9-CM/3</u>	
- (keine)	

3.3.2 HCFA-DRG 12.0

Patienten M17o+M17: Einfacher AMI ohne oder mit Diabetes Typ II	
DRG 122	CIRCULATORY DISORDER WITH AMI WITHOUT CV COMPLICATIONS, DISCH ALIVE HCFA wt 1.1614 A/LOS 5.8 G/LOS 4.9 Outlier 28
MDC 005	DISEASES & DISORDERS OF THE CIRCULATORY SYSTEM
Principal Diagnosis *41011 ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION, ANTERIOR WALL, INITIAL EPISODE OF CARE	
Secondary Diagnoses 25000 DIABETES MELLITUS WITHOUT COMPLICATION, TYPE II (NON-INSULIN DEPENDENT/NIDDM/ADULT-ONSET) OR UNSPECIFIED TYPE	

3.3.3 AP-DRG 12.0

Patienten M17o+M17: Einfacher AMI ohne oder mit Diabetes Typ II	
DRG 122	CIRCULATORY DISORDER WITH AMI WITHOUT CV COMPLICATIONS, DISCH ALIVE S.I. wt 1.8758 Mean LOS 9 Low Trim 2 High Trim 22
MDC 005	DISEASES & DISORDERS OF THE CIRCULATORY SYSTEM
Principal Diagnosis *41011 ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION, ANTERIOR WALL, INITIAL EPISODE OF CARE	
Secondary Diagnoses 25000 DIABETES MELLITUS WITHOUT COMPLICATION, TYPE II (NON-INSULIN DEPENDENT/NIDDM/ADULT-ONSET) OR UNSPECIFIED TYPE	

3.3.4 PMC 5.0

Patient M17o: Einfacher AMI	
Prin. Diagnosis: 41011 ACUTE MYOCARDIAL INFARCT	PMC-RIS 1.148
Prin. Procedure: -	
PMC 1: 301 AMI: ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION	Indicators: Exp. LOS - 6.4 Severity Level 1 2 3 4 5 6 7

Patient M17: Einfacher AMI und Diabetes Typ II			
Prin. Diagnosis: 41011 ACUTE MYOCARDIAL INFARCT		PMC-RIS	
Diagnosis A: 25000 DIABETES UNCOMPL ADULT		1.153	
PMC 1:	301 AMI: ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Indicators: Exp. LOS - 6.4 Severity Level 1 2 3 4 5 6 7 </div>	
PMC 2:	1607 DIABETES: UNCOMPLICATED DM		

3.3.5 Disease Staging 4.0

Patient M17o: Einfacher AMI			
CV Kardiovaskuläres System und Herz			
- CV07	Coronary Artery Disease	Stage 3.1	
Mortalitätsrisiko in %	11	D.S.-CW / ϕ D.S.-CW in DRG	0.883
Index Aufenthaltsdauer	1.043		
Kostengewicht	1.105	ϕ D.S.-CW in zugehöriger DRG	1.252

Patient M17: Einfacher AMI und Diabetes Typ II			
CV Kardiovaskuläres System und Herz			
- CV07	Coronary Artery Disease	Stage 3.1	
ND Endokrines und metabolisches System			
- ND12	Diabetes Mellitus	Stage 1.1	
Mortalitätsrisiko in %	10	D.S.-CW / ϕ D.S.-CW in DRG	0.785
Index Aufenthaltsdauer	1.081		
Kostengewicht	0.983	ϕ D.S.-CW in zugehöriger DRG	1.252

Die Stadien sind beschrieben auf S. 361 für den Herzinfarkt und auf S. 364 für den Diabetes mellitus.

3.3.6 Auswertung und Kommentar

In den DRG-Systemen wird ein Diabetes mellitus in Verbindung mit einem akuten Myokardinfarkt vernachlässigt. Patienten mit AMI werden also gleich klassifiziert, unabhängig davon, ob ein Diabetes vorliegt oder nicht.

Bei PMC und D.S. wird der Diabetes mellitus zwar als zusätzliche Krankheit klassifiziert. Die Kostengewichte und die Aufenthaltsdauern werden jedoch bei PMC nicht, bei D.S. nur wenig beeinflusst. Interessanterweise sinkt bei D.S. das Kostengewicht für Patienten *mit* Diabetes im Vergleich zu Patienten, die nur wegen des Myokardinfarkts behandelt werden (0.98 im Vergleich zu 1.11).

Abb. 242: Vergleich von AMI ohne/mit Diabetes

Kostengewicht	HCFA-DRG	AP-DRG	PMC	D.S.	in % von HCFA-DRG		
	12.0	12.0	5.0	4.0	AP-DRG	PMC	D.S.
M17o: AMI	1.16	1.88	1.15	1.11	+60%	0%	-5%
M17: AMI mit Diabetes	1.16	1.88	1.15	0.98	+60%	0%	-15%
% Diff. mit/ohne Diabetes	0%	0%	0%	-10%			

Aufenthaltsdauer	HCFA-DRG	AP-DRG	PMC	D.S.	AP-DRG	PMC
	M17o: AMI	5.8	9	6.4	104%	+55%
M17: AMI mit Diabetes	5.8	9	6.4	108%	+55%	+10%
% Diff. mit/ohne Diabetes	0%	0%	0%	+5%		

Grenzwerte	HCFA-DRG	AP-DRG	AP-DRG		AP-DRG
	oben	unten	oben		oben
M17o: AMI	28	2	22		-20%
M17: AMI mit Diabetes	28	2	22		-20%
% Diff. mit/ohne Diabetes	0%	0%	0%		

3.4 Koronare Herzkrankheit, Pemphigoid mit unklarer Ätiologie, schlechter Allgemeinzustand (Patient M01b)

3.4.1 Basisdaten

Patient M01b: Koronare Herzkrankheit, Pemphigoid mit unklarer Ätiologie, schlechter Allgemeinzustand	
Alter:	92
Geschlecht:	f
Eintritt:	ungeplant
Austritt:	nach Hause
Pflegetage:	28
<u>Diagnosen: ICD-9-CM/1</u>	
Ischämische Herzkrankheiten	
+ 414.01	Herzwandaneurysma körpereigener Gefässe
Hypertonie und Hochdruckkrankheiten	
- 404.03	Hypertonie mit Herz- und Nierenkrankheit, maligne, mit Nierenversagen und Herzinsuffizienz
Sonstige Formen von Herzkrankheiten	
- 428.1	Linksherzinsuffizienz
- 427.31	Vorhofflimmern
Sonstige entzündliche Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes	
- 694.5	Pemphigoid
Schlecht bezeichnete und unbekannte Krankheits- und Todesursachen	
- 797	Altersschwäche ohne Angabe einer Psychose
<u>Prozeduren: ICD-9-CM/3</u>	
- 34.92	Intrapleurale Injektion

Diese 92-jährige und altersschwache Patientin mit schwerer Herzinsuffizienz wurde palliativ behandelt und konnte anschliessend nach Hause in die Obhut der Tochter entlassen werden, obwohl sie bereits für das Pflegeheim angemeldet war. Die Aufenthaltsdauer von 28 Tagen entstand wegen der Unklarheit der Ätiologie des Pemphigoides und infolge der starken Ausprägung und der pflegerischen Intensität der Hautläsionen. Es war nicht klar, ob das Pemphigoid von einem Medikament herrührte oder ob es ein Alterspemphigoid war. Letzteres hielt man schliesslich für wahrscheinlicher, denn das Pemphigoid konnte abgeheilt werden. Nebst den zusätzlichen Pflegeproblemen brauchte also auch dieses Schaffen von Klarheit Zeit.

3.4.2 HCFA-DRG 12.0

Patient M01b: Koronare Herzkrankheit, Pemphigoid mit unklarer Ätiologie, schlechter Allgemeinzustand	
HCFA-DRG 127 HEART FAILURE AND SHOCK	
HCFA wt 1.0302 A/LOS 6.7 G/LOS 5.2	Outlier 28
MDC 005 DISEASES & DISORDERS OF THE CIRCULATORY SYSTEM	
Principal Diagnosis *40403 MALIGNANT HYPERTENSIVE HEART AND RENAL DISEASE, WITH CONGESTIVE HEART FAILURE AND RENAL FAILURE	
Secondary Diagnoses #4281 LEFT HEART FAILURE #42731 ATRIAL FIBRILLATION #6945 PEMPHIGOID 41401 CORONARY ATHEROSCLEROSIS OF NATIVE CORONARY VESSEL 797 SENILITY WITHOUT MENTION OF PSYCHOSIS	
Principal Procedure 3492 INJECTION INTO THORACIC CAVITY	

Vom Gruppierungsprogramm DRGfinder wurde angemerkt, dass der Code 428.xx nicht nötig gewesen wäre, da diese Information bereits in 404.03 enthalten ist.

Patient M01b: geänderte Hauptdiagnose: Herzwandaneurysma	
HCFA-DRG 132 ATHEROSCLEROSIS with CC	
HCFA wt .6861 A/LOS 4.0 G/LOS 3.1	Outlier 23
MDC 005 DISEASES & DISORDERS OF THE CIRCULATORY SYSTEM	
Principal Diagnosis *41401 CORONARY ATHEROSCLEROSIS OF NATIVE CORONARY VESSEL	
Secondary Diagnoses *40403 MALIGNANT HYPERTENSIVE HEART AND RENAL DISEASE, WITH CONGESTIVE HEART FAILURE AND RENAL FAILURE *4281 LEFT HEART FAILURE *42731 ATRIAL FIBRILLATION *6945 PEMPHIGOID 797 SENILITY WITHOUT MENTION OF PSYCHOSIS	
Principal Procedure 3492 INJECTION INTO THORACIC CAVITY	

Patient M01b: geänderte Hauptdiagnose: Pemphigoid	
HCFA-DRG 272 MAJOR SKIN DISORDERS with CC HCFA wt 1.0208 A/LOS 8.1 G/LOS 6.1	Outlier 29
MDC 009 DISEASES & DISORDERS OF THE SKIN, SUBCUTANEOUS TISSUE & BREAST	
Principal Diagnosis *6945 PEMPHIGOID	
Secondary Diagnoses *40403 MALIGNANT HYPERTENSIVE HEART AND RENAL DISEASE, WITH CONGESTIVE HEART FAILURE AND RENAL FAILURE *4281 LEFT HEART FAILURE *42731 ATRIAL FIBRILLATION 41401 CORONARY ATHEROSCLEROSIS OF NATIVE CORONARY VESSEL 797 SENILITY WITHOUT MENTION OF PSYCHOSIS	
Principal Procedure 3492 INJECTION INTO THORACIC CAVITY	

3.4.3 AP-DRG 12.0

Patient M01b: Koronare Herzkrankheit, Pemphigoid mit unklarer Ätiologie, schlechter Allgemeinzustand	
AP-DRG 127 HEART FAILURE AND SHOCK S.I. wt 1.5240	Mean LOS 8 Low Trim 2 High Trim 39
MDC 005 DISEASES & DISORDERS OF THE CIRCULATORY SYSTEM	
Principal Diagnosis *40403 MALIGNANT HYPERTENSIVE HEART AND RENAL DISEASE, WITH CONGESTIVE HEART FAILURE AND RENAL FAILURE	
Secondary Diagnoses #4281 LEFT HEART FAILURE 42731 ATRIAL FIBRILLATION 41401 CORONARY ATHEROSCLEROSIS OF NATIVE CORONARY VESSEL 6949 UNSPECIFIED BULLOUS DERMATOSES 797 SENILITY WITHOUT MENTION OF PSYCHOSIS	
Principal Procedure 3492 INJECTION INTO THORACIC CAVITY	

Patient M01b: geänderte Hauptdiagnose: Herzwandaneurysma	
AP-DRG 132	ATHEROSCLEROSIS with CC S.I. wt 1.0440 Mean LOS 5 Low Trim 2 High Trim 29
MDC 005	DISEASES & DISORDERS OF THE CIRCULATORY SYSTEM
Principal Diagnosis *41401 CORONARY ATHEROSCLEROSIS OF NATIVE CORONARY VESSEL	
Secondary Diagnoses *40403 MALIGNANT HYPERTENSIVE HEART AND RENAL DISEASE, WITH CONGESTIVE HEART FAILURE AND RENAL FAILURE *4281 LEFT HEART FAILURE 42731 ATRIAL FIBRILLATION 6949 UNSPECIFIED BULLOUS DERMATOSES 797 SENILITY WITHOUT MENTION OF PSYCHOSIS	
Principal Procedure 3492 INJECTION INTO THORACIC CAVITY	

Patient M01b: geänderte Hauptdiagnose: Pemphigoid	
AP-DRG 272	MAJOR SKIN DISORDERS with CC S.I. wt 1.8666 Mean LOS 9 Low Trim 3 High Trim 47
MDC 009	DISEASES & DISORDERS OF THE SKIN, SUBCUTANEOUS TISSUE & BREAST
Principal Diagnosis *6945 PEMPHIGOID	
Secondary Diagnoses *40403 MALIGNANT HYPERTENSIVE HEART AND RENAL DISEASE, WITH CONGESTIVE HEART FAILURE AND RENAL FAILURE *4281 LEFT HEART FAILURE 41401 CORONARY ATHEROSCLEROSIS OF NATIVE CORONARY VESSEL 42731 ATRIAL FIBRILLATION 797 SENILITY WITHOUT MENTION OF PSYCHOSIS	
Principal Procedure 3492 INJECTION INTO THORACIC CAVITY	

3.4.4 PMC 5.0

Patient M01b: Koronare Herzkrankheit, Pemphigoid mit unklarer Ätiologie, schlechter Allgemeinzustand			
Prin. Diagnose:	41400	CORONARY ATHEROSCLEROSIS	PMC-RIS
Diagnosis A:	42731	ATRIAL FIBRILLATION	1.305
Diagnosis B:	42810	LEFT HEART FAILURE	
Diagnosis C:	40403	MALIGNANT HYPERTENSIVE H	
Diagnosis D:	69450	PEMPHIGOID	
Diagnosis E:	79700	SENILITY W/O PSYCHOSIS	
Prin. Procedure:	3492	INJECT INTO THORAX CAVIT	
PMC 1:	3925	CARDIAC: CARDIOMYO/HYPERT DIS W/O OP	
PMC 2:	702	RENAL: AZOTEMIA W/O OBS	
PMC 3:	4903	DERM DISORDER: DERMATOSES	

Indicators:
Exp. LOS - 5.1
Severity Level
1 2 3 4 5 6 7

3.4.5 Disease Staging 4.0

Patient M01b: Koronare Herzkrankheit, Pemphigoid mit unklarer Ätiologie, schlechter Allgemeinzustand			
CV Kardiovaskuläres System und Herz			
-	CV09	Arrhythmias and Conduction Disorders	Stage 2.1
+	CV07	Coronary Artery Disease	Stage 2.3
DE Haut und Subcutis			
-	DE72	Noninfect Inflammat Skin&Subcut Tis, NEC	Stage 2.1
PS Psychiatrische Krankheiten			
-	PS72	Neurotic Personality& Nonpsych Dis, NEC	Stage 1.1
SY Krankheiten, die mehrere Systeme betreffen			
-	SY19	Essential Hypertension	Stage 3.2
Mortalitätsrisiko in %	15.4	D.S.-CW / ϕ D.S.-CW in DRG	1.119
Index Aufenthaltsdauer	1.257		
Kostengewicht	1.359	ϕ D.S.-CW in zugehöriger DRG	1.214

3.4.6 Auswertung und Kommentar

(1) KLASSIFIZIERUNGEN MIT UNTERSCHIEDLICHER HAUPTDIAGNOSE

Der Vergleich der Klassifizierungen der Patientin M01b führt zu folgenden Aussagen:

- Während PMC und D.S. die Patientin unabhängig von der Hauptdiagnose klassifizieren, werden in den DRG-Systemen je nachdem, welche Hauptdiagnose zuerst aufgeführt ist, unterschiedliche Patientenkategorien gewählt.
- HCFA-DRG und AP-DRG weisen jeweils die gleichen DRG-Nummern zu (127, 132, 272). Während in den ersten beiden Fällen die DRG's aus der MDC 5 (Kreislaufsystem) stammen, wechselt die MDC bei der Hauptdiagnose "Pemphigoid" zu MDC 9 (Haut, Unterhautzellgewebe, Mamma).

Der Vergleich der *DRG-Kennzahlen* der Patientin M01b bei der Wahl verschiedener Hauptdiagnosen führt zu folgenden Aussagen:

- Die Hauptdiagnose 414.01 (Koronare Atherosklerose) führt zu generell tieferen Werten. Eine Ausnahme ist nur der untere Grenzwert bei den AP-DRG. Die deutliche Reduktion von Kostengewicht und erwarteter Aufenthaltsdauer gegenüber der Gruppierung mit der Hauptdiagnose 404.03 (Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit Herzinsuffizienz) liegt bei –30% bis –40%.
- Der Unterschied der Kostengewichte zwischen HCFA-DRG und AP-DRG liegt bei der Hauptdiagnose 404.03 und 414.01 konstant bei +50%. Daraus könnte interpretiert werden, dass der relative Wert des Kostengewichtes 1.0 anders gesetzt ist. Wenn nun aber das Pemphigoid (695.5) zur Hauptdiagnose erklärt wird, vergrößert sich der Unterschied auf +85%. Somit kann nicht festgestellt werden, ob das Kostengewicht von 1.0 unterschiedlich gesetzt wurde oder nicht.
- Die erwarteten Aufenthaltsdauern von AP-DRG liegen je nach Hauptdiagnose ein wenig bis deutlich über den erwarteten Aufenthaltsdauern gemäss HCFA-DRG (+10% bis +25%).
- Bei den AP-DRG sind die oberen Grenzwerte deutlich höher gesetzt als bei den HCFA-DRG (+40%, +25%, +60%).

Abb. 243: Kennzahlen zur Patientin M01b: Koronare Herzkrankheit bei schlechtem Allgemeinzustand

Kostengewicht ↓ Hauptdiagnose	HCFA- DRG 12.0	AP-DRG 12.0	PMC 5.0	D.S. 4.0	in % von HCFA-DRG		
					AP-DRG	PMC	D.S.
404.03 Hypertonie mit Herz- Nierenkrankheit	1.03	1.52	1.31	1.36	+50%	+25%	+30%
414.01 Kor.Atherosklerose	0.67	1.04	1.31		+50%	+90%	
695.5 Pemphigoid	1.02	1.87	1.31		+85%	+30%	
%Diff. 414.01/404.03	-35%	-30%	0%				
%Diff. 695.5/404.03	0%	+20%	0%				

Aufenthaltsdauer ↓ Hauptdiagnose	HCFA- DRG	AP-DRG	PMC	D.S.	AP-DRG	PMC	
414.01 Kor.Atherosklerose	4.0	5	5.1		+25%	+30%	
695.5 Pemphigoid	8.1	9	5.1		+10%	-35%	
%Diff. 414.01/404.03	-40%	-40%	0%				
%Diff. 695.5/404.03	+20%	+15%	0%				

Grenzwerte ↓ Hauptdiagnose	HCFA- DRG oben	AP-DRG unten	AP-DRG oben		AP-DRG oben	
414.01 Kor.Atherosklerose	23	5	39		+25%	
695.5 Pemphigoid	29	3	47		+60%	
%Diff. 414.01/404.03	-20%	+150%	-25%			
%Diff. 695.5/404.03	+5%	+50%	+20%			

(2) VERGLEICH DER KENNZAHLEN VON AMI MIT DIABETES UND KORONARE HERZKRANKHEIT BEI SCHLECHTEM ALLGEMEINZUSTAND

Obwohl die beiden Patienten M17 (Akuter Myokardinfarkt mit Diabetes) und M01b (Koronare Herzkrankheit bei schlechtem Allgemeinzustand) nicht das gleiche Krankheitsbild aufweisen und somit eigentlich nicht direkt verglichen werden können, kann doch versucht werden, aus der Gegenüberstellung der Kennzahlen einige Aussagen zu machen. Dazu ist von der Annahme auszugehen, dass die relative Kostenintensität zwischen unterschiedlichen Patienten durch die Gruppierung einigermaßen gewahrt bleiben sollte.

Der Vergleich der *Kennzahlen* der Patienten M17 und M01b führt zu folgenden Aussagen:

- Die DRG-Systeme haben für die schwerkranke Patientin M01b kleinere Kostengewichte als für die Patientin mit Herzinfarkt und Diabetes (-10%, -20%). PMC und D.S. haben dagegen erhöhte Kostengewichte (+15%, +40%). Das weist darauf hin, dass PMC und D.S. Nebendiagnosen stärker bewerten.
- Die erwarteten Aufenthaltsdauern werden von den einzelnen Systemen unterschiedlich geschätzt. Die Differenz zwischen beiden Patienten beträgt innerhalb aller Systeme etwa einen Tag, das Vorzeichen ist jedoch unterschiedlich: Gemäss HCFA-DRG und gemäss D.S. wird erwartet, dass die schwerkranke Patientin M01b etwa einen Tag länger in Behandlung bleibt. Gemäss AP-DRG und PMC wird sie ca. einen Tag weniger lang bleiben.

Abb. 244: Vergleich von AMI mit Diabetes und Koronare Herzkrankheit bei schlechtem Allgemeinzustand

Kostengewicht	<i>HCFA-DRG</i>	<i>AP-DRG</i>	<i>PMC</i>	<i>D.S.</i>	<i>in % von HCFA-DRG</i>		
	12.0	12.0	5.0	4.0	<i>AP-DRG</i>	<i>PMC</i>	<i>D.S.</i>
M17: AMI mit Diabetes	1.16	1.88	1.15	0.98	+60%	0%	-15%
M01b: KHK, schlechter AZ	1.03	1.52	1.31	1.36	+50%	+25%	+30%
% Diff. M17/M01b	-10%	-20%	+15%	+40%			

Aufenthaltsdauer	<i>HCFA-DRG</i>	<i>AP-DRG</i>	<i>PMC</i>	<i>D.S.</i>	<i>AP-DRG</i>	<i>PMC</i>	
	M17: AMI mit Diabetes	5.8	9	6.4	108%	+55%	+10%
M01b: KHK, schlechter AZ	6.7	8	5.1	126%	+20%	-25%	
% Diff. M17/M01b	+15%	-10%	-20%	+15%			

Grenzwerte	<i>HCFA-DRG</i>	<i>AP-DRG</i>	<i>AP-DRG</i>		<i>AP-DRG</i>	
	<i>oben</i>	<i>unten</i>	<i>oben</i>		<i>oben</i>	
M17: AMI mit Diabetes	28	2	22		-20%	
M01b: KHK, schlechter AZ	28	2	39		+40%	
% Diff. M17/M01b	0%	0%	+75%			

4 Die EU-Projekte CAMIREMA und CAMISE

4.1 CAMIREMA

CAMIREMA heisst: Concerted Action on *Case Mix* and *Resources Management*.⁴⁶⁷ Camirema ist Teil des europäischen Projektes Advanced Informatics for Medicine (AIM). Ein wichtiges Ziel ist es, Informationen über Casemix-Methoden, -Werkzeuge und -Software zu verbreiten.

Das Programm wurde 1992 begonnen. Das weiter unten beschriebene CAMISE-Projekt, das sich mit dem Schweregrad der Krankheiten befasst, ist Teil von Camirema.

Camirema befasst sich mit den drei Teilbereichen der Gesundheitsversorgung:

- Akutbehandlung
- Ambulante Behandlung
- Langzeitbehandlung

Die Organisation PCS/E (Patient Classification Systems/Europe) führt jährlich Konferenzen durch, um die Informationen über die Camirema-Projekte zusammenzutragen und diskutieren.

4.2 CAMISE

CAMISE heisst: Concerted Action on *Case Mix* and *Severity*.⁴⁶⁸ Es befasst sich mit hospitalisierten Patienten. Studiert werden Unterschiede in Patientenspektren in den verschiedenen europäischen Ländern und die davon abhängigen Kosten der Behandlung.

Das dreijährige Camise-Projekt setzt das EURODRG-Projekt⁴⁶⁹ fort.

Um die verschiedenen Behandlungsmuster zu untersuchen, wurden die Patientenspektren der verschiedenen beteiligten Länder⁴⁷⁰ mittels HCFA-DRG's, APR-DRG's und D.S. beschrieben.⁴⁷¹ Es wurde bedauert, dass keine Auswertung nach PMC's gemacht werden konnte.⁴⁷²

⁴⁶⁷ Vgl. CAMIREMA/More about Camirema.

⁴⁶⁸ Vgl. Casas et al. (CAMISE).

⁴⁶⁹ Vgl. Casas/Wiley (DRG/EU).

⁴⁷⁰ Belgien, Frankreich, Irland, Italien, Niederlande, Portugal, Spanien, Schweden, Grossbritannien, Russland, Ungarn, Slowakei; gemäss Casas (CAMISE):95.

⁴⁷¹ HCFA DRG Version 10.0, APR-DRG Version 10.0, Disease Staging 3rd edition 4.3v10; gemäss Casas (CAMISE):96.

⁴⁷² Gemäss Auskunft von Frau W. Young, The Pittsburgh Research Institute, war man sich nicht einig geworden über die angewendete Methodologie und über die Form der Zusammenarbeit (Brief an Z/I/M vom 13.12.94).

Die Ursachen der Unterschiede der Patientenspektren sollen auch durch die Analyse der Unterschiede der Strukturen der Gesundheitsversorgungssysteme und der Entscheidungsmuster der Ärzte gesucht werden.

Darauf aufbauend sollen die Konsequenzen für die Kosten von Behandlungen im Krankenhaus geschätzt werden. Der Einfluss der verschiedenen Faktoren zusätzlich zu Casemix und Schweregrad soll analysiert werden.

Als weitere Ziele werden genannt:

- Verbesserung der Zusammenarbeit der Forschenden,
- Verbesserung der Standardisierung und der Kenntnis des Europäischen MBDS (Minimaldatenset).

Die ersten Resultate des CAMISE-Projektes wurden Mitte 1993 präsentiert. Sie basieren auf MBDS-Daten, die während eines Jahres in 12 Ländern und 400 Krankenhäusern von 4 Millionen Austritten gesammelt und analysiert worden. Diagnose- und Operationsdaten wurden wo nötig konvertiert, so dass alle Daten nach ICD-9-CM, Band 1 bzw. 3, codiert waren.

Bei Verwendung der HCFA-DRG wurde in den verschiedenen Ländern eine Varianzreduktion R^2 bezüglich der Aufenthaltsdauern von 26% bis 48% festgestellt. Wenn die AP-DRG verwendet wurden, die mehr als doppelt so viele belegte Gruppen aufwiesen (866 bis 1'312 je nach Land), erhöhte sich die Varianzreduktion jeweils nur um etwa 1%, was weniger war als gemäss amerikanischen Auswertungen erwartet wurde. Dies kann damit zusammenhängen, dass in den europäischen Ländern durchschnittlich nur 1.4 bis 2.7 Diagnosen pro Austritt codiert waren, währenddem es in den USA 3.8 waren.⁴⁷³

Es zeigte sich, dass die Aufenthaltsdauern von gleichartigen Behandlungsfällen in den verschiedenen Ländern und auch innerhalb der Länder stark differieren. Z.B. variiert die durchschnittliche Aufenthaltsdauer für eine einfache Cholezystektomie in den verschiedenen Ländern zwischen 3.8 und 12.2 Tagen; in den verschiedenen Spitälern eines bestimmten Landes zwischen 1.8 und 8.8, in einem anderen Land zwischen 4.5 und 17.3 Tagen. Diese Unterschiede bleiben sogar bestehen, wenn man den Schweregrad gemäss AP-DRG oder D.S.-Stadien berücksichtigt. Das bedeutet, dass sehr unterschiedliche Behandlungsprozesse vorliegen.

Ein umfassender CAMISE-Bericht soll im Sommer 1996 fertiggestellt werden. Im folgenden werden einige Auswertungen aus Frankreich gezeigt.⁴⁷⁴

In *Frankreich* wurden Daten von 97'000 Fällen von Privatkliniken gesammelt. Davon wurden 88'000 Fälle, deren Aufenthaltsdauern zwischen 1 und 30 Tagen

⁴⁷³ Casas et al. (CAMISE):97f.

⁴⁷⁴ Mennerat et al. (CAMISE/F).

lagen, analysiert. Durch die zehn häufigsten Patientenkategorien waren mit den HCFA-DRG's 30%, mit den konsolidierten APR-DRG's 34%⁴⁷⁵ und mit D.S.-Stadien ebenfalls 34% der Fälle abgedeckt.

Die Varianzreduktion ist bei allen Systemen dann spürbar höher, wenn sie nur für die chirurgischen Fälle berechnet werden (ca. 10% bis 15%; vgl. die beiden folgenden Abbildungen).

Abb. 245: Varianzreduktion bezüglich der Aufenthaltsdauern für die insgesamt 88'000 analysierten Behandlungsfälle aus 16 französischen Privatkliniken⁴⁷⁶

Alle Behandlungsfälle	Anzahl belegte Gruppen	Anzahl Gruppen mit ≥ 5 Fällen	Gesamte Varianz	Varianzreduktion
HCFA-DRG 10.0	455	417 92%	24.7	39.4%
APR-DRG 10.0, konsolidiert	315	293 93%	24.7	37.7%
APR-DRG mit Schweregraden	852	563 66%	24.4	39.7%
D.S.-Kategorien	328	265 81%	24.7	26.7%
D.S.-Stadien	616	428 69%	24.7	29.3%

Anmerkung: Die gesamte Varianz beträgt jeweils ca. 25 Tage. Demnach liegt die Standardabweichung bei ca. 5 Tagen.

Abb. 246: Varianzreduktion bezüglich der Aufenthaltsdauern für die ca. 50'000 analysierten chirurgischen Fälle aus 16 französischen Privatkliniken⁴⁷⁷

Chirurgische Fälle	Anzahl belegte Gruppen	Anzahl Gruppen mit ≥ 5 Fällen	Gesamte Varianz	Varianzreduktion
HCFA-DRG 10.0	200	186 93%	24.3	50.1%
APR-DRG 10.0, konsolidiert	149	140 94%	24.3	48.3%
APR-DRG mit Schweregraden	388	253 84%	24.0	50.1%
D.S.-Kategorien	241	174 72%	24.2	44.2%
D.S.-Stadien	428	270 63%	24.1	46.4%

⁴⁷⁵ Konsolidierte APR-DRG's meint hier: Nicht in Schweregrad-Gruppen unterteilt.

⁴⁷⁶ Entnommen aus: Mennerat et al. (CAMISE/F):108.

⁴⁷⁷ Entnommen aus: Mennerat et al. (CAMISE/F):109.

Abb. 247: Appendektomie: Aufenthaltsdauern und Varianzkoeffizienten⁴⁷⁸

Pat. Kat.	Bezeichnungen der Patientenkategorien	Anzahl	Tage	VK
<i>HCFA-DRG 10.0:</i>				
167	- Einfache Appendektomie ohne CC	3210	4.7	0.34
166	- Einfache Appendektomie mit CC	116	6.3	0.57
165	- Appendektomie mit komplizierter Hauptdiagnose ohne CC	262	7.1	0.44
164	- Appendektomie mit komplizierter Hauptdiagnose mit CC	25	11.8	0.50
<i>APR-DRG 10.0 mit Schweregraden:</i>				
	- leicht	3382	4.8	0.35
	- mässig	227	7.3	0.55
	- schwer	3	6.7	.
	- extrem	1	7.0	.
<i>D.S.-Hauptkategorien:</i>				
616	- Appendizitis, Stadium 1	3275	4.8	0.35
	- " , Stadium 2	288	7.5	0.48
627	- Externe Hernie (Inguinal, Femoral, Ventral, Umbilical), Stadium 1	15	4.0	0.45
	- " , Stadium 2	3	6.7	.
	- " , Stadium 3	1	12.0	.
638	- Abdominale Schmerzen, Stadium 1	10	6.8	0.69
690	- Andere gastrointestinale Krankheiten, Stadium 1	21	5.7	0.44
	- " , Stadium 2	4	7.8	.

Anmerkung: D.S.-Kategorien wurden früher nur mit Zahlen codiert:

D.S.-Kat. 616 hat neu den Code GI16.

D.S.-Kat. 627 hat neu den Code GI27.

D.S.-Kat. 638 gibt es nicht mehr als Krankheit. Gehört neu zu GI91.

D.S.-Kat. 690 gehört neu je nach Diagnose zu Code GI72, GI91 oder GI92.

⁴⁷⁸ Entnommen aus: Mennerat et al. (CAMISE/F):111.

F. SCHLUSSBEMERKUNGEN

1 Zur Beurteilung von Patientenklassifikationssystemen

<i>PCS-Elemente</i>	<p>Patientenklassifikationssysteme enthalten drei Elemente, die nacheinander beurteilt werden müssen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Konstruktionsprinzipien 2. Inhalt der Patientenkategorien 3. Kennzahlen der Patientenkategorien (Kostengewichte, Grenzwerte)
<i>Einsatzziel</i>	<p>Es ist entscheidend, dass definiert wird, zu welchem Ziel ein Patientenklassifikationssystem eingesetzt werden soll. (Zur Kontrolle von Mortalitätsraten sind beispielsweise andere Systeme nötig als zur Schätzung des Behandlungsaufwandes.)</p>
<i>Verwendung von Indikatoren</i>	<p>Die Homogenität der Gruppenbildung ist insbesondere dann vorsichtig zu beurteilen, wenn anstelle der abhängigen Zielvariablen (z.B. Kosten pro Fall) Indikatoren verwendet werden (z.B. Aufenthaltsdauern als Kostenindikatoren).</p>
<i>Statistisch korrektes Abbild</i>	<p>Patientenklassifikationssysteme haben nicht unbedingt jeden Einzelfall möglichst genau abzubilden. Vielmehr ist es wichtig, dass sie aus statistischer Sicht das Patientenspektrum pro Leistungserbringer adäquat abbilden.</p>

1.1 Konstruktionsprinzipien

Eine ganze Reihe von Patientenklassifikationssystemen wurde gemäss dem DRG-Ansatz mehrstufig aufgebaut: In einer ersten Stufe werden grobe medizinische Kategorien gebildet, die in der Folge aufgrund statistischer Analysen so verfeinert werden, dass sie medizinisch interpretierbar bleiben (vgl. Übersicht S. 51).

Daneben gibt es auch alternative Ansätze, u.a.:

- rein klinische Gruppenbildung (PMC und noch konsequenter bei Disease Staging);
- mehrdimensionale Systeme (z.B. HBG/HRG, Patientenklassifikation im Fallkosten-Modell KSA, Modelle in der Rehabilitation);
- Systeme, die eine Mehrfachzuweisung erlauben (z.B. PMC, Disease Staging)
- Scoringssysteme (Pflegekategorisierung aufgrund der Summe von Vorgabezeiten und anderen Kostengewichten: PRN, LEP; BAK, BESA ...)

Klinische Gruppenbildung

Eine rein klinische Gruppenbildung ermöglicht eine konsequente Trennung der Sicht auf den Patienten (Patientenmerkmale) und der Sicht auf die Leistungen (Behandlungsmerkmale). Als "leistungsorientiert" können im eigentlichen Sinne nur Systeme bezeichnet werden, die Behandlungsmerkmale als Gruppierungskri-

terien verwenden. Systeme, die auf Patientenmerkmalen beruhen, können allenfalls als "leistungsbedarfsorientiert" bezeichnet werden.

Mehrdimensionale Systeme sind sehr flexibel: Eine jeweils eher kleine Anzahl von Gruppen in verschiedenen Dimensionen ermöglicht durch deren Kombinationsmöglichkeiten eine differenzierte Abbildung der Behandlungsfälle. Die statistische Auswertung solcher Systeme ist aber komplexer.

*Mehrdimensionale
Systeme*

Scoringsysteme ermöglichen ebenfalls ein recht nuanciertes Abbild. Allerdings haben die Gruppen, die in Scoringsystemen als Wertebereiche definiert sind, nur noch eine geringe klinische Aussagekraft.

Scoringsysteme

1.2 Inhalt der Patientenkategorien

Patientenkategorien weisen aus klinischer Sicht ein breites Spektrum von Inhalten auf. Sie reichen von Wertebereichen in Scoringsystemen bis zur Angabe von Substadien von Krankheiten im Disease-Staging-System.

Während in den DRG-Systemen Operationen und Krankheiten mit Ausnahme einiger spezieller Behandlungen in klinisch bedeutungsvollen Sammelbegriffen zusammengefasst sind, wurde im PMC-System versucht, mit den Gruppen einzelne Krankheitsbilder klarer herauszuschälen. Disease Staging geht hier noch einen Schritt weiter, indem es nicht nur Krankheitsbilder, sondern systematisch Stadien und Substadien von Krankheiten definiert. Dies ergibt schliesslich eine Vielzahl von Gruppen. Es ist deshalb praktisch, dass das D.S.-System hierarchisch angelegt ist: Krankheiten (D.S.-Kategorien) – Stadien – Substadien. Der Anwender kann also den Feinheitsgrad selbst bestimmen.

Detaillierungsgrad

Dass der Inhalt von Patientenkategorien je nach Perspektive wechselt, wird in der neusten Entwicklung der APR-DRG deutlich: Hier wurden für 382 Basisgruppen je vier unterschiedliche Subgruppierungen zur Bildung von Mortalitäts-Patientenkategorien bzw. zur Bildung von Patientenkategorien nach Ressourcenintensität gemacht.

Perspektive

Es ist zu fragen, ob es genügt, die Probleme und/oder die Tätigkeiten während des stationären Aufenthaltes allein durch Angaben aus ärztlicher Sicht zu charakterisieren. Es stellt sich je länger je deutlicher heraus, dass sich aus den bisher verwendeten Kriterien – ärztliche Diagnosen und Operationen – jener Behandlungsaufwand nicht ableiten lässt, der im Zusammenhang mit sekundären Problemen entsteht. Um letztere zu beschreiben, müsste hauptsächlich auf Aussagen der Pflege zurückgegriffen werden. Deswegen ist es wichtig, dass der Minimaldaten-

Berufliche Sichten

satz, der heute nur ärztliche Diagnosen und Prozeduren umfasst, durch zusammengefasste Informationen der Pflege ergänzt wird.

Varianzreduktion

Ein Ziel von Patientenklassifikationssystemen ist es, Gruppen zu bilden, die bezüglich dem Behandlungsaufwand kostenhomogen sind. Dieses Ziel wurde mit den etablierten Systemen nur ungenügend erreicht. Als Mass für die Homogenität wird die Varianzreduktion durch die Gruppenbildung angegeben. Mit Werten zwischen mehr oder weniger 0% und 50% muss die Varianzreduktion aus statistischer Sicht als ungenügend bezeichnet werden. (Vgl. dazu z.B. die Übersichten S. 189 und 298.)

Gruppierung nach:

– Schweregraden

Interessant ist die Feststellung, dass andere Arten der Gruppierung nach Patienten- oder Behandlungsmerkmale ähnlich gute (bzw. schlechte) Ergebnisse erzielen. Z.B. wird durch die alleinige Kategorisierung nach den 7 Schweregraden des PMC-Systems eine Varianz von 28% erreicht (vgl. S. 216). In einer Studie zur Klassifikation von 1'714 Patienten aus 11 ADRG's mittels 6 verschiedener Systeme erzielte der MaxCSI aus dem Computerized Severity Index (CSI), der die Patienten ja nur nach 4 Schweregraden einteilt, die besten Resultate (Varianzreduktion – bei verschiedenen Arten der Messung – ca. 20% gegenüber ca. 10% mit Disease Staging und PMC und um die 7% durch DRG).⁴⁷⁹ Dazu ist anzumerken, dass der CSI nebst Diagnose- und Operationscodes noch weitere Patientendaten zu Kategorisierung verwendet. (Vgl. S. 245.)

– Labordaten

Es wurden auch verschiedene Versuche gemacht, Patienten aufgrund von Labordaten zu gruppieren. Auch hier wurden vergleichsweise bemerkenswerte – aber absolut gesehen auch nicht befriedigende – Varianzreduktionen erreicht. Es seien dazu zwei Beispiele erwähnt: In einer Studie von Mozes et al. aufgrund einer Stichprobe von 32'599 Fällen wird gezeigt, dass die Variation der Aufenthaltsdauern innerhalb medizinischer und chirurgischer Sub-MDC's teilweise besser durch Labordaten erklärt werden kann als durch die Einteilung nach DRG's (Varianzreduktion bei Verwendung der DRG's: 23%, Labordaten: 31%, DRG's und Labordaten zusammen: 37%).⁴⁸⁰ Eine andere Studie mit Labordaten zeigte, dass die Varianzreduktion bezüglich der Aufenthaltsdauern in den 10 häufigsten medizinischen DRG's durch den Einbezug von Labordaten von 20% auf 34% verbessert werden konnte (910 Fälle).⁴⁸¹

Fehlende

Kostenfaktoren

Die durch die Patientenklassifikationen erreichten niedrigen Werte für die Varianzreduktion weisen darauf hin, dass wichtige Kostenfaktoren als Klassifikationskriterien ausser Acht gelassen wurden.

⁴⁷⁹ Thomas/Ashcraft (SI):47.

⁴⁸⁰ Mozes et al. (Labor-PCS).

⁴⁸¹ McMahon et al. (APACHE-L).

Durch eine geschickte Wahl von Grenzwerten konnte die Varianzreduktion teilweise recht stark verbessert werden (vgl. z.B. Fussnote 49 S. 73). Aber daraus resultiert eine grössere Zahl nicht klassifizierter Fälle, für die zusätzliche Kostenfaktoren ausfindig gemacht werden müssen.

*Setzen von
Grenzwerten*

1.3 Kennzahlen, insbesondere Kostengewichte

Grundsätzlich ist die Berechnung von Kostengewichten unabhängig von der Wahl der Kategorien. Das bedeutet für den Einsatz eines Patientenklassifikationssystems, dass nicht einfach die vorhandenen Kostengewichte verwendet werden müssen, sondern dass auch lokale Kostengewichte berechnet werden können.

*Kostengewichte
können vom PCS
getrennt werden*

Beim Vergleich von Kostengewichten zeigt sich, dass die relativen Differenzen innerhalb der verschiedenen Systeme zum Teil sehr verschieden sind (vgl. z.B. S. 365). Dies kann von unterschiedlichen Berechnungsweisen (statistisch aufgrund von Fallrekords versus analytisch aufgrund von Behandlungspfaden) herühren. Es hängt aber auch damit zusammen, dass die benutzten Datenbasen unterschiedlich waren.

*Vergleiche von Kosten-
gewichten*

Dass im speziellen die HCFA-DRG's gegenüber den AP-DRG's unterschiedliche Gewichtrelationen aufweisen, könnte auch darauf hinweisen, dass weitere Patientenkriterien Einfluss auf Aufenthaltsdauer und Kosten haben. (Die Kosten für HCFA-DRG's wurden auf der Medicare-Datenbasis berechnet. Diese enthält ältere Patienten, denn die Medicare-Versicherung ist eine Seniorenversicherung. Es ist anzunehmen, dass der durchschnittliche Medicare-Patient einen gegenüber dem Durchschnitt der Patienten aller Altersgruppen schlechteren Gesundheitszustand aufweist.)

Diese Beobachtungen und Überlegungen führen zur Schlussfolgerung, dass die unbesehene Verwendung von ausländischen Kostengewichten sehr problematisch ist. Eine sorgfältige Überarbeitung der ausländischen Berechnungen oder besser: die Durchführung von neuen Berechnungen aufgrund von Daten des eigenen Landes ist unverzichtbar.

2 Anforderungen an Patientenklassifikationssysteme

2.1 Zentrale Themen, die von Patientenklassifikationssystemen aufgegriffen worden sind

Erweiterung der
Anwendungsziele
(DRG)

Die Entwicklung der Diagnosis Related Groups (DRG's) zeigt eine – wohl auch unter dem Einfluss alternativer Systeme – immer akzentuiertere Betonung folgender Merkmale, die im System APR-DRG der Version 12.0 ganz ausdrücklich als *abzudeckende Problemkreise* zusammengestellt sind:⁴⁸²

- Einbezug des Stadiums der Krankheit,
- Aufbau von DRG-bezogenen Behandlungspfaden,
- Unterstützung von Qualitätssicherungsprojekten.

Multimorbidität
(PMC)

Patient Management Categories (PMC's) wurden aus klinischer - und nicht aus statistischer – Sicht gebildet. Dies hat bestimmt dazu beigetragen, dass dem Problem der *Multimorbidität* besondere Beachtung geschenkt wurde. Die Abbildung der Multimorbidität erfolgt dank des Modul-Konzeptes auf elegante Weise. (S. 211)

Behandlungspfade
(PMC)

Im PMC-System wird auch darauf hingewiesen, wie wichtig die Verknüpfung von Problemen der Patienten mit Behandlungen durch die Leistungserbringer ist. Dazu wurde zu jeder Patientengruppe der typische *Behandlungspfad* als Leistungsbündel definiert. (S. 219)

Mehrere Behandlungsmöglichkeiten pro
Patientengruppe
(HBG/HRG)

Es gibt auch noch andere Möglichkeiten als die im PMC-System vorgeschlagenen 1:1-Verknüpfungen von Patientengruppen und Behandlungspfaden: Im englischen System mit Health Benefit Groups (HBG's) und Health Resource Groups (HRG's) wurden zwei separate Systeme mit patientenbezogenen und behandlungsbezogenen Gruppen aufgebaut.⁴⁸³ Die HRG's sind die Namen von Patientengruppen, zu denen lokal zu definierende Behandlungspfade formuliert werden können.⁴⁸⁴ Bei einer HBG kann zwischen mehreren HRG's gewählt werden. Die Auswahl einer bestimmten HRG erfolgt aufgrund der konkreten Beurteilung des Behandlungsbedarfes. In der HBG-HRG-Matrix wird lediglich angegeben, mit welchen prozentualen Häufigkeiten bestimmte HRG's beim Vorliegen einer HBG durchschnittlich zur Anwendung kommen (sollten). (S. 282)

⁴⁸² 3M (APR-DRG/12.0):19.

⁴⁸³ Trotz des theoretisch überzeugenden Konzeptes existieren bei den HRG's allerdings aus historischen und praktischen Gründen eine ganze Reihe von Patientengruppen, die dem Fall nicht aufgrund von Behandlungsmerkmalen (Prozeduren), sondern aufgrund von Patientenmerkmalen (Diagnosen) zugeteilt werden.

⁴⁸⁴ Gemäss NCMO (Progress/11):5 wird der Zusammenhang zwischen einzelnen HBG's, HRG's und lokal definierten Behandlungspaketen zur Zeit analysiert.

Eine besondere Herausforderung bei multimorbiden Patienten stellt die Berechnung der *Fallkostengewichte* dar. Im PMC-System wurde dies durch einen einfachen Algorithmus zur Verrechnung der Kostengewichte einzelner Behandlungspfadkomponenten gelöst (S. 220). Die Gültigkeit dieses (analytischen) Verfahrens sollte noch genauer überprüft werden. – Eine andere Möglichkeit ist es, Kostengewichte auf der Grundlage von Regressionsrechnungen zu errechnen, z.B. so wie es bei Disease Staging getan wurde (S. 236). Problematisch wird dieses Verfahren besonders bei Gruppen, die auch innerhalb grosser Stichproben nur wenige Fälle aufweisen. – Im österreichischen Modell, in dem das Kostengewicht in eine Leistungs- und eine Tageskomponente aufgeteilt ist, werden im Falle von mehrfachen Prozeduren alle zutreffenden Leistungskomponenten addiert (S. 271).

Kostengewichte bei Multimorbidität (PMC, D.S., LDF)

Das englische System mit HBG's und HRG's weist darauf hin, dass Leistungserbringer und Leistungsnachfrager eine unterschiedliche Sicht haben: *Leistungsnachfrager* interessieren sich für den ganzen Behandlungsverlauf der vorliegenden gesundheitlichen Probleme; *Leistungserbringer* befassen sich gewöhnlich nur mit einem Ausschnitt davon, z.B. nur mit den Behandlungen im Rahmen eines stationären Aufenthaltes. (S. 275)

Sicht von Leistungserbringern und Leistungsnachfragern (HBG/HRG)

Nebst der Trennung der patientenbezogenen von der behandlungsbezogenen Sicht beinhaltet das HBG-HRG-Modell auch Ansätze einerseits zur Strukturierung des Krankheitsverlaufes und andererseits zur Bildung von Behandlungsabschnitten.

Krankheitsverlauf und Behandlungsabschnitte (HBG/HRG)

Aus der Sicht der Leistungserbringer kann die Patientenklassifikation nicht aus rein ärztlicher Sicht erfolgen. Diese Hypothese kann vielleicht für chirurgische Routinepatienten verworfen werden. Bereits bei Akutpatienten mit schwerwiegenden sekundären Problemen ist sie zu überprüfen. Ihre Richtigkeit wird in den Bereichen Psychiatrie, Geriatrie und Langzeitbehandlung, Rehabilitation wohl kaum angezweifelt werden.

Berufliche Sichten

Im Fallkosten-Modell des Kantonsspitals Aarau (PCS-KSA) wird versucht, nebst den ärztlich definierten und von der PMC-Klassifikation abgeleiteten primären Problemen auch die sekundären Probleme zu gruppieren. Die Anstösse zur Umsetzung dieser Problematik kommen hauptsächlich aus dem Bereich der Pflege. Das aus diesen Überlegungen entstandene Patientenklassifikationssystem ist mehrdimensional. Als Behandlungseinheit für primäre Probleme kann im Akutspital der Fall dienen; es werden Behandlungs-Fallpfade zusammengestellt. Sekundäre Probleme erhalten Tagespfade. (S. 285)

Primäre und sekundäre Probleme (PCS-KSA)

Im englischen HBG-HRG-Modell ist der Krankheits- bzw. Behandlungsverlauf insofern wichtig, als versucht wird, dessen Komponenten mit unterschiedlichen Patientengruppen zu beschreiben. Im Gegensatz dazu werden im PRG-Modell aus

Behandlungsverlauf (PRG)

Hongkong Gruppen für ganze Behandlungsverläufe gebildet. Da diese Behandlungsverläufe sehr lang werden können, wurde die Behandlungseinheit nicht aufgrund inhaltlicher oder organisatorischer Kriterien definiert, sondern als "1 Jahr": In einer PRG werden also alle Behandlungen (Ereignisse), die das durch die PRG definierte Gesundheitsproblem betreffen, während eines Jahres zusammengezogen. (S. 289)

*Gemischte Tarifmodelle
(PCS-KSA)*

Das Modell des Kantonsspitals Aarau wendet eine modulartige *Kostengewichtberechnung* beim einzelnen Patienten an: Es werden Kostengewichte für – evtl. mehrere – primäre und für sekundäre Probleme berechnet. Auf welche Weise diese Kostengewichte in Tarifmodellen berücksichtigt werden, ist noch offen.

(LKF)

Im österreichischen LKF-Modell wird zwischen krankenhausesbezogenen und patientengruppenbezogenen Kosten- bzw. Tarifkomponenten unterschieden. Zusätzlich sind die patientengruppenbezogenen Gewichte abhängig von Unter- bzw. Überschreitungen von Grenzverweildauerwerten und von den Tagen mit IPS-Behandlung. Besonders interessant ist es, dass in diesem Modell bei der Überschreitung der oberen Grenzverweildauer mittels einer einfachen Formel degressive behandlungsfallbezogene Tagespauschalen errechnet werden (S. 265).

(HRG)

Bei den englischen HRG's werden nicht nur getrennte Kostenberechnungen für stationäre Aufenthalte und für Ein-Tages-Fälle pro HRG vorgenommen, sondern seit 1996 auch separate Kostenberechnungen für elektive und Notfall-Aufnahmen. Es wird empfohlen, dass dann, wenn deren Differenz mehr als 5% beträgt, separate Preise offeriert werden sollen.⁴⁸⁵

⁴⁸⁵ NCMO (Progress/11):6f.

2.2 Thesen aus der Sicht der Versicherer

- Eine Behandlungsfallgruppe muss den *Behandlungsbedarf* definieren und nicht die gewählte Behandlung beschreiben. Dies bedingt, dass zur Bildung der Gruppen Patientenmerkmale und Behandlungsmerkmale getrennt werden. *Behandlungsbedarf*
- Noch interessanter für die Versicherer wäre es, wenn auch *Behandlungsergebnisse* zur Gruppenbildung verwendet würden. *Behandlungsergebnisse*
- Die Falldefinition in der Form eines administrativen Falles, d.h. "von Spitaleintritt bis Spitalaustritt", ist willkürlich. Mit dem Konzept von *Behandlungsphasen* und *Behandlungsabschnitten* können Behandlungseinheiten gebildet werden, die aus medizinischer Sicht einen ähnlicheren Leistungsumfang beschreiben, als der administrative Fall dies tut. – Noch wichtiger als der Ausschnitt "Spitalfall" ist für den Versicherer der Überblick über den ganzen *Behandlungsverlauf*. *Behandlungsphasen /
Behandlungsverlauf*
- Es ist das *ganze Spektrum* von Behandlungen abzudecken. *Umfassendes System*
- Die *Anzahl* der Patientenkategorien ist *klein* zu halten, damit der administrative Aufwand für die Verarbeitung der Falldaten und für die Wartung des Systems klein bleibt und damit jede Gruppe jährlich eine genügende Anzahl Fälle aufweist, aufgrund derer sich die Kostengewichte und weitere Kennzahlen statistisch berechnen lassen. *Anzahl Gruppen*
- Die Zuordnung einzelner Patienten zu einzelnen Behandlungsfallgruppen soll möglichst robust, d.h. durch die Leistungserbringer wenig manipulierbar sein. Dazu sind besonders Systeme, die auf Patientenmerkmalen beruhen und die Behandlungsmerkmale weitgehend ignorieren, ins Auge zu fassen. *Manipulierbarkeit*
- Die Gruppierung muss aggregierbar sein, damit verdichtete und übersichtliche Statistiken erstellt werden können. *Aggregation*
- Als Patientenklassifikationssystem sind DRG's einzusetzen, damit die internationale Vergleichbarkeit gewährleistet ist (welche DRG's??). *Internationale
Vergleichbarkeit*
- Es sind *Kostengewichte* zu bilden, die für alle Krankenhäuser, die vergleichbare Behandlungen anbieten, Geltung haben. *Kostengewichte*
- Die Verwendung *ausländischer Kostengewichte* hätte den Vorteil des kleineren Entwicklungsaufwandes und der besseren internationalen Vergleichbarkeit. *Ausländische
Kostengewichte*

2.3 Thesen aus der Sicht der Leistungserbringer

- | | |
|---|--|
| <i>Interpretierbarkeit</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Eine Behandlungsfallgruppe muss klinisch gut interpretierbar sein. Deshalb sind Gruppen zuerst aufgrund klinischer Kriterien zu bilden. Erst anschließend kann das Kriterium ähnlicher Kosten miteinbezogen werden, um allenfalls kostenhomogenere Subgruppen zu erhalten.⁴⁸⁶ |
| <i>Anzahl Gruppen</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Die Anzahl der Gruppen muss für die einzelnen Verantwortlichen in den Abteilungen übersichtlich bleiben. (Dies darf aber nicht auf Kosten der klinischen Interpretierbarkeit geschehen.) Pro Abteilung muss geprüft werden, mit wievielen Gruppen 50% oder 80% des Patientenspektrums abgedeckt werden kann. Mit einer begrenzten Anzahl klinisch interpretierbarer Gruppen werden nicht alle Patienten abgebildet werden können. Es wird Restgruppen geben. |
| <i>Produktebeschreibung</i>
– Prozess
– Qualität
– zu erwartende Resultate | <ul style="list-style-type: none"> • Eine Fallgruppe muss nicht nur mit einer Bezeichnung versehen, sondern auch inhaltlich beschrieben sein, damit sie als Produktebeschreibung dienen kann. Dies betrifft einerseits den Prozess (Behandlungspfad), andererseits aber vor allem die Erfüllung gewisser minimaler Qualitätsanforderungen. Auch zu erwartende Resultate der Behandlung könnten – sofern möglich – Teil der Beschreibung von Fallgruppen sein. |
| <i>Behandlungspfade</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Zu einer Behandlungsfallgruppe müssen eine oder mehrere bestimmte typische Behandlungen in Form von <i>Behandlungspfaden</i> formuliert werden können. Da der Aufwand hauptsächlich von den gewählten Behandlungspfaden abhängt, sind <i>Behandlungskriterien</i> ausschlaggebend für die Bildung von Behandlungsfallgruppen. |
| <i>Behandlungsphasen</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Eine Unterteilung in <i>Behandlungsphasen</i>, zumindest die Trennung von diagnostischen und therapeutischen Behandlungsfallgruppen, erleichtert die Zusammenstellung von Behandlungspfaden. |
| <i>Behandlungsmuster</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Behandlungspfade sind abhängig von den <i>Behandlungsmustern</i> ("practice patterns of care"). |
| <i>Leistungsbereiche</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Die rein ärztliche Sicht genügt nicht. Zusätzliche Probleme der <i>Pflege</i> und des <i>Sozialdienstes</i> müssen deklariert werden können. |
| <i>Routinefälle</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Behandlungsfallgruppen mit zugehörigen Behandlungspfaden können hauptsächlich für <i>Routinefälle</i> gebildet werden. Für die übrigen Behandlungen ist nach alternativen Lösungen zu suchen. |
| <i>Fachgebiete</i> | <ul style="list-style-type: none"> • In unterschiedlichen medizinischen Fachgebieten stehen andere Kriterien im Vordergrund (z.B. Pathologien, Ätiologien oder Manifestationen auf physiologischer, psychologischer oder sozialer Ebene). |

⁴⁸⁶ Vgl. auch: Hornbrook (PCS/Measures):87.

- Bei Patienten mit sekundären Gesundheitsproblemen ist nicht der ganze Behandlungsaufwand von den ärztlichen Informationen ableitbar. Es braucht zusätzliche Informationen aus dem Bereich der Pflege. *Pflege*
- Je mehr sich die Behandlungen von der wiederherstellenden Akutmedizin in den rehabilitativen Bereich verschieben, desto wichtiger wird die Zielsetzung der Behandlung/Behandlungsphase. *Ziele*
- Bei der Bildung von Patientenkategorien muss sorgfältig kontrolliert werden, ob der *Behandlungsfall* die Behandlungseinheit bildet oder der *Behandlungstag*. Während in der Chirurgie die Fallbetrachtung sinnvoll erscheint, gibt es in Fachgebieten wie Geriatrie, Psychiatrie und Rehabilitation viele Behandlungsarten ohne klar bestimmbare Grenzen. Dies gilt vor allem bei Behandlungen, deren Ziel es ist, einen Zustand zu erhalten, ohne eine Heilung herbeiführen zu können. Als Alternative ist es auch denkbar, die Behandlungsintensität innerhalb einer bestimmten Periode (z.B. während eines Jahres) zu bestimmen. *Fall oder Tag?*
- *Kostengewichte* dürfen nicht von ausländischen Systemen übernommen werden, da diese auf anderen Behandlungsmustern beruhen. Es sind schweizerische Kostengewichte zu berechnen. *Schweizerische Kostengewichte*
- Die Zuordnung von Patienten zu bestimmten Gruppen muss einsichtig sein; das Patientenklassifikationssystem darf keine "Black-Box" sein. *Einsichtigkeit der Gruppenzuordnung*

2.4 Gegenüberstellung der Thesen von Versicherern und Leistungserbringern

Abb. 248: Gegenüberstellung der Thesen von Versicherern und Leistungserbringern

<i>These</i>	<i>Versicherer</i>	<i>Leistungserbringer</i>
Wahl der Klassifikationskriterien	Behandlungsbedarf	Gewählte Behandlung
Leistungsbereiche	eher keine Differenzierung	Differenzierung nach ärztlichen, pflegerischen und sozialen Problemen
Informationen der Pflege	vermutlich unnötig	nötig zur Abdeckung sekundärer gesundheitlicher Probleme
Behandlungsziele	?	beeinflussen den Aufwand!
Interpretierbarkeit	(nicht zu viele Gruppen)	klinisch interpretierbare Gruppen
Produktebeschreibung	Resultat	Prozess (Behandlungspfade!), evtl. Resultat
Einsichtigkeit der Gruppenzuordnung	nicht unbedingt (da sonst besser manipulierbar)	nötig (da sonst schlecht interpretierbar)
Umfang	gesamtes Patientenspektrum	Routinefälle
Anzahl Gruppen	nicht zu viele	überschaubare Anzahl, immer jedoch klinisch interpretierbar
Manipulierbarkeit	Behandlungsmerkmale	–
Aggregation	hierarchischer Aufbau	nicht nötig, sofern überschaubare Anzahl Gruppen pro Abteilung
Falldefinition	Fall	Behandlungsphasen, womöglich auch: Behandlungsverlauf
Fall oder Tag	Fall	differenzieren je nach Behandlungsart (akut, Langzeit, ...)
Kostengewichte	evtl. ausländische, da bereits vorhanden und vergleichbar	schweizerische, da ausländische Gewichte auf anderen Behandlungspfaden und Kostenstrukturen beruhen

3 Zum Einsatz von Patientenklassifikationssystemen

3.1 Patientenklassifikationssysteme und Fallpauschalen: Eine Modeerscheinung?

Im Zuge der Auseinandersetzung mit Patientenklassifikationssystemen und deren Anwendung als Basis von Fallpauschalen wird man unweigerlich mit der Frage konfrontiert, ob dieses Gedankengut nur deshalb so vorherrschend ist, weil es sich um eine faszinierende Modeerscheinung handelt.

Faszinierend ist die Idee von patientenbezogenen Festpreisen für Spitalaufenthalte vor allem deshalb, weil man glaubt, dass damit endlich die Misere der ständig und übermässig wachsenden Spitalkosten beseitigt werden könnte. Aufgrund der schon über ein Jahrzehnt dauernden Erfahrungen in Amerika mit diesem Instrument ist hier einerseits eine gewisse Ernüchterung eingetreten. Andererseits erscheinen Fallpauschalen im Zuge des Aufschwungs der Ideen des New Public Management als eines der wichtigsten Instrumente, welche eine wirkungsorientierte Krankenhausführung überhaupt ermöglichen.⁴⁸⁷

*Instrument des New
Public Management*

Meines Erachtens haben die Bestrebungen, Patientenklassifikationssysteme und damit verbundene Fallpauschalen einzuführen, sowohl mit einer Modewelle zu tun wie auch mit der Einsicht, dass Verbesserungen zumindest gegenüber der jetzigen Situation möglich wären. Eine Gefahr für den vorschnellen Einsatz von Patientenklassifikationssystemen sind vor allem jene Leute, die glauben, die Produkte des Spitals seien als Patientenkategorien klar spezifiziert, die nicht sehen, dass viele Patientenkategorien alles andere als scharf und eindeutig definiert sind. Allein schon den Patienten die richtigen Diagnosen zuzuordnen, ist manchmal eine höhere Kunst. Die Problematik wird dadurch verschärft, dass aufgrund ICD-codierter Diagnosen das öftern der Schweregrad einer Erkrankung schlecht ersichtlich ist. In vielen Fällen ist auch allein aufgrund der Diagnosen noch nicht bestimmbar, welche Behandlung jetzt die optimale wäre. Daraus folgt, dass durch die Angabe einer diagnosebezogenen Patientenkategorie die konkreten Behandlungspfade, die letztlich die Kosten verursachen, noch nicht bestimmt sind.

*Mangelnde Produkt-
spezifikation?*

Es ist mir deshalb ein Anliegen, dass die Mechanismen, die hinter der Patientenklassifikation stecken, besser verstanden werden. Erst wenn man sich auch über deren Grenzen Klarheit verschafft hat, können Patientenklassifikationssysteme gut und verantwortungsvoll genutzt werden.

Der Einsatz von Patientenklassifikationssystemen stellt gegenüber dem jetzigen Zustand der Leistungsmessung in Spitälern (Angabe der Anzahl Fälle und der Anzahl Pflage tage) insofern eine wichtige Verbesserung dar, als die Leistungs-

*Beurteilung des Patien-
tenspektrums als
Ganzes*

⁴⁸⁷ Vgl. z.B. Morra (Krankenhaus-Management):37ff.

messung differenzierter erfolgt. Es ist zu unterscheiden, ob diese Messung zur Beurteilung des Einzelfalles oder zur Beurteilung aller Fälle eines Leistungserbringers dienen soll. Im letzteren Fall ist bereits eine gröbere Klassifikation dienlich, denn es geht um eine Zusammenfassung aus statistischer Sicht. Es interessiert die "Gesamtproduktion" des Krankenhauses. Es geht aber nicht darum, ob jeder Einzelfall effizient behandelt wurde. Eine solche Anwendung ist z.B. eine Budgetaufteilung nach Fällen, die aufgrund von Patientenkategorien gewichtet worden sind. Dies kann für gewisse Fachdisziplinen wesentlich sinnvoller sein als eine Aufteilung nach Pflgetagen.

Beurteilung des Einzelfalles

Wenn es nun aber um Fragen der Vergütung des Einzelfalles und der Beurteilung der Effizienz und evtl. der Qualität des Einzelfalles geht, dann ist der Einsatz von stärker differenzierenden Klassifikationssystemen nötig. Das Kriterium der klinischen Homogenität der Patientenkategorien enthält eine entscheidende Bedeutung. Eine erhöhte klinische Homogenität ist oft mit einer erhöhten Kostenhomogenität verbunden, weil aufgrund einer präziseren Spezifikation der Patientenmerkmale auch die Auswahl der sinnvollen Behandlungsmöglichkeiten eingeschränkt wird.

3.2 Anmerkungen zu einigen im PCS-Umfeld häufig verwendeten Begriffen

Es fällt auf, dass gewisse Begriffe im PCS-Umfeld gehäuft verwendet werden. Dazu gehören die Begriffe *Effizienz* und *Effektivität* sowie *Leistungsorientierung*, die im folgenden besprochen werden.

3.2.1 Effizienz und Effektivität⁴⁸⁸

Die Begriffe Effektivität und Effizienz werden im Zusammenhang mit der Kostendämpfung im Gesundheitswesen sehr gerne verwendet, allerdings oft ohne klar umschriebene und operationalisierbare Bedeutung. Die zugrundeliegenden englischen Wörter *efficient*, *effective* und auch *efficacious*⁴⁸⁹ können allesamt mit wirksam übersetzt werden⁴⁹⁰.

Im Bereiche der Wirtschaftlichkeitsüberprüfung und der Qualitätskontrolle werden die beiden Begriffe vielfach folgendermassen definiert⁴⁹¹:

Effizienz	=	Mass für die Wirtschaftlichkeit des Mitteleinsatzes
Effektivität	=	Mass für die Wirksamkeit bestimmter Massnahmen

Und konkreter:

Die <i>Effizienz</i> setzt die Kosten der eingesetzten Mittel in Relation zur (gewichteten) Menge der erbrachten Leistungen mit definierter (Prozess-) Qualität.	<i>Effizienz</i>
--	------------------

Die <i>Effektivität</i> vergleicht den erreichten Nutzen der erbrachten Leistungen (Ergebnis, Outcome) mit dem angestrebten Nutzen (Ziel).	<i>Effektivität</i>
--	---------------------

Zu beachten ist, dass üblicherweise nicht nur jene Mittel gesucht sind, die am besten das angestrebte Ziel erreichen (Effektivität), sondern dass es auch die kostengünstigsten sein sollen (Effizienz). Dies ist eine doppelte Optimierung, welche sich nur in den seltensten Fällen eindeutig lösen lässt.

⁴⁸⁸ Details zum folgenden Text sind in Fischer (Leistungsmessung):67ff zu finden.

⁴⁸⁹ Efficacy – diesen Begriff übersetzt er nicht einmal mehr (!) – wird in Schwartz (Evaluation) angegeben als Wirksamkeit unter optimalen Bedingungen im Unterschied zu Effektivität als Wirkungsbestimmung unter durchschnittlichen Alltagsbedingungen.

⁴⁹⁰ Gemäss Langenscheidt (Handwörterbuch Englisch, 1985). Im Lateinischen heisst *efficere*: herstellen, bewirken; *efficiens* ist das Partizip Präsens dazu (herstellend, bewirkend) und *effectus* das Partizip Perfekt (hergestellt, bewirkt). *Efficax* ist das zugehörige Adjektiv (wirksam).

⁴⁹¹ Vgl. Sommer/Gutzwiller (Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit):25.

Ein andere, unschärfere, aber sehr gerne zitierte Umschreibung der Begriffe Effizienz und Effektivität lautet:⁴⁹²

- "Effizienz = Die Dinge richtig tun"
- "Effektivität = Die richtigen Dinge tun"

Diese Umschreibungen sind insofern unklar, als nicht gesagt wird:

- ob die Dinge richtig getan werden müssen, um eine möglichst gute Qualität zu erreichen oder um möglichst niedrige Kosten zu zu erzeugen;
- ob die richtigen Dinge getan werden müssen, um einen möglichst hohen Nutzen zu erzielen oder eine möglichst hohe Qualität oder um möglichst wenig Kosten zu erzeugen oder um alles zusammen zu erreichen.

Fetter et al. übernehmen diesen unscharfen Ansatz in ihrem zusammenfassenden Buch zu den DRG's⁴⁹³ wie folgt: Effizienz heisst für sie: Wie günstig kann ich ein bestimmtes Röntgenbild erstellen? Effektivität demgegenüber bezieht sich für sie z.B. auf die Frage: Welche und wieviele Röntgenbilder sind bei einer Unterarmfraktur nötig? D.h. also nach Fetter et al.: Effizienz bezieht sich auf die möglichst kostengünstige Produktion von Zwischenprodukten und Effektivität auf den möglichst sinnvollen Einsatz dieser Zwischenprodukte bei der Durchführung einer Behandlung. Dies führt sie dann zur Aussage: 'Mehr Bilder zu erstellen als nötig ist eine weniger effektive Nutzung der Ressourcen.' Zu kritisieren an dieser Aussage ist, dass das gleiche Resultat erreicht wurde und die Wirkung also die selbe war; nur der Aufwand war unterschiedlich. Dies ist eine Feststellung, die also nicht zur Thematik der Wirksamkeit (Effektivität), sondern zur Thematik der Wirtschaftlichkeit (Effizienz) gehört. – Um Effizienz (Kosten/Wirtschaftlichkeit) besser von der Effektivität (Nutzen/Wirksamkeit) zu trennen, sollten die angeführten Beurteilungskriterien von Fetter et al. besser beschrieben werden als:

- Effizienz des Ressourceneinsatzes bei der Ausführung bestimmter Prozeduren und als:
- Effizienz des Prozedureneinsatzes bei einem bestimmten Verfahren bzw. bei der Behandlung eines bestimmten Gesundheitsproblems.

Um das Bild abzurunden, möchte ich noch eine Definition für die Beurteilung der Zweckmässigkeit hinzufügen:

Zweckmässigkeit

Die *Zweckmässigkeit* vergleicht den mit der gewählten Handlung angestrebten Nutzen mit dem unter den gegebenen Umständen im optimalen Fall maximal erreichbaren Nutzen.

⁴⁹² Diese Formulierung stammt von Peter Drucker. Er diskutiert sie u.a. in seinem Buch: Management für Nonprofit-Organisationen (1992).

⁴⁹³ Fetter et al. (DRGs):84.

Ein Indikator für den erreichbaren Nutzen kann das *Gesundungspotential* sein. *Gesundungspotential*
Es ist definiert als der bei optimaler Behandlung erreichbare Gesundheitszustand.
Zur Beurteilung der Zweckmässigkeit werden dann die Behandlungsziele mit dem Gesundungspotential verglichen.

Aus der Sicht der Qualitätsbeurteilung können Zweckmässigkeit und Effektivität als Teilaspekte der Ergebnisqualität angesehen werden.

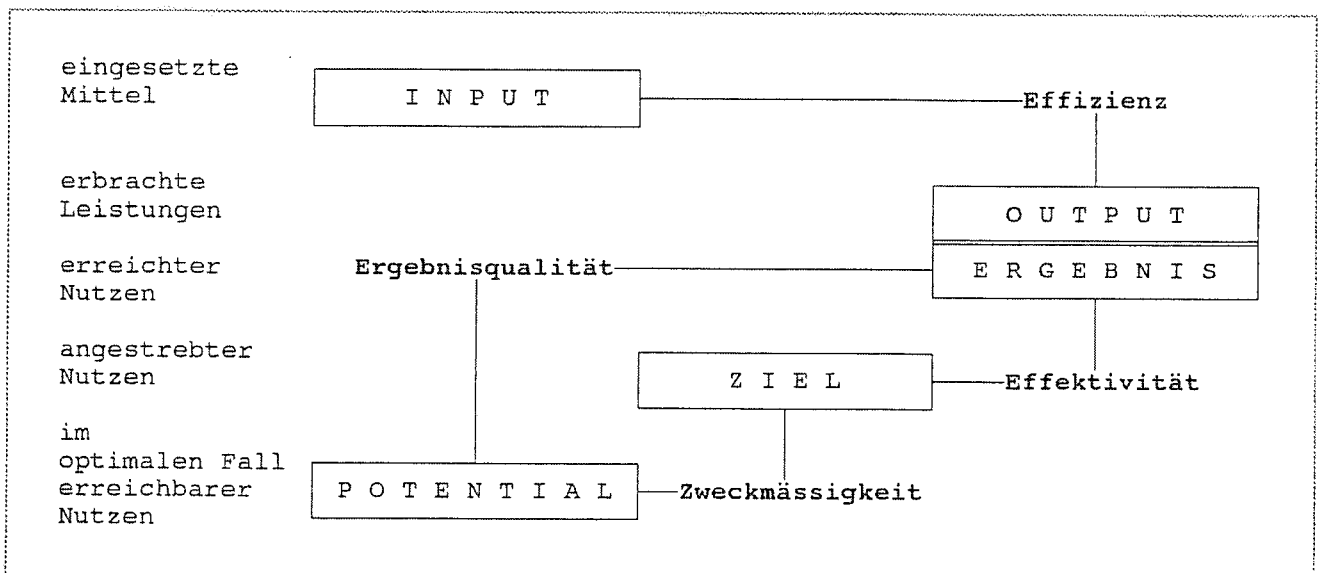
Die *Ergebnisqualität* vergleicht das im optimalen Fall erreichbare Ziel mit dem erreichten Ergebnis.

Ergebnisqualität

Damit fasst die Beurteilung der Ergebnisqualität die Beurteilung von Zweckmässigkeit und Effektivität zusammen.

In der folgenden Abbildung habe ich diese Überlegungen zusammengefasst. (Dies ist bestimmt nicht die einzige Möglichkeit, die Begriffe miteinander in Beziehung zu setzen, aber es soll ein Anstoss dazu sein, diese mit unbehaglicher Bedeutungsvielfalt verwendeten Begriffe etwas zu ordnen.)

Abb. 249: Effizienz, Effektivität, Zweckmässigkeit und Ergebnisqualität



3.2.2 Leistungsorientierung

Man verspricht sich von Patientenklassifikationssystemen oft, dass sie zu all den vielen Problemen, die u.a. mit den Begriffen Effizienz, Effektivität, Zweckmässigkeit, Qualität angesprochen sind, irgendeinen Lösungsansatz liefern. Eine Art Zusammenfassung dieser Erwartung verbirgt sich hinter dem Begriff *Leistungsorientierung*. Z.B. wird von einer leistungsorientierten im Unterschied zur ressourcenorientierten Krankenhaussteuerung gesprochen.⁴⁹⁴ Oder von leistungsorientierten Diagnose-Fallgruppen (vgl. S. 265).

Leistungen

Mit Leistungsorientierung meint man, dass man wegkommen soll von der simplen Zählung von Fällen oder Pflgetagen zur Messung der Leistung des Krankenhauses. Die Leistungen sollten präziser spezifiziert werden. Gewöhnlich werden dann Diagnosen oder – bei chirurgischen Behandlungen – Operationen zur Bezeichnung der im Spital erbrachten Leistungen verwendet. (Für nicht-chirurgische Patienten werden in Minimaldatensätzen gewöhnlich keine Behandlungsmerkmale gesammelt, denn für konservative Behandlungen fehlen umfassende Codierungssysteme weitgehend.⁴⁹⁵ Somit ist man hier zur "leistungsorientierten" Beschreibung gänzlich auf die Angaben von Diagnosen angewiesen.)

– *Diagnosen ?*

Diagnosen sind als solche keine Leistungen. Sie bezeichnen vielmehr den Zustand des Patienten, das gesundheitliche Problem, das behandelt wurde. Wenn man nun versucht, die Leistungen des Krankenhauses in Form von Diagnosen zu beschreiben, dann geht man davon aus, dass aufgrund der Diagnosen die erbrachten Leistungen abgeleitet werden können, dass also der Behandlungspfad durch die Kenntnis der Diagnosen bestimmbar ist. Wie bereits früher erwähnt, ist dies aber eine unsichere Hypothese. Am ehesten kann sie für chirurgische Routinebehandlungen aufrechterhalten werden. Im medizinischen Bereich können die Diagnosen höchstens einen groben Hinweis zur Schätzung des Behandlungsaufwandes liefern. In den Bereichen Psychiatrie, Langzeitpflege und Rehabilitation braucht es dazu weitere Kriterien. – Im übrigen ist festzustellen, dass die Angabe einer Diagnose, insbesondere einer Zusatzdiagnose, nicht grundsätzlich darauf schliessen lässt, dass und wie diese Diagnose behandelt wurde. Um dieser Unsicherheit ansatzweise zu entgehen, wurde in manchen Spitalern bei der Angabe der Diagnosecodes zusätzlich vermerkt: "therapiert ja/nein" und "rezidiv ja/nein",⁴⁹⁶ andernorts auch, ob die Hospitalisation ausschliesslich oder vorwiegend aus medizinischen oder sozialen Gründen erfolgte.⁴⁹⁷

⁴⁹⁴ Buschor (Modelle):17ff.

⁴⁹⁵ Eine Auswahl von konservativen Verfahren ist nun codierbar gemäss ICD-9-CM, Band 3, Codes 87-99. Vgl. S. 106f.

⁴⁹⁶ Z.B. in den "Minimalen ärztlichen Austrittsdaten" des Spitals Neumünster, Zürich.

⁴⁹⁷ Vgl. Résumé de Sortie Clinique im System Référentiels Médico-Économiques (RME); Frutiger/Fessler (Gestion):117.

Operationen beschreiben in chirurgischen Fällen die wesentliche durchgeführte Prozedur. Viele weitere Einzelleistungen sind Folge der durchgeführten Operation. Für Routineoperationen können typische Einzelleistungsbündel zusammengestellt werden (Behandlungspfade). Wenn man die Leistungen des Krankenhauses in Form von Operationen angibt, dann stehen diese stellvertretend für ein ganzes Leistungsbündel, das aufgrund der Angabe der Operation mehr oder weniger gut geschätzt werden kann.

- Operationen ?

Wie aus dem Dargelegten ersichtlich wird, ist mit Leistungsorientierung nicht gemeint, dass Leistungen zur Zuordnung von Patientenkategorien verwendet werden sollen. Man geht eher davon aus, dass die Beschreibung der Probleme genügt, um einen Hinweis auf die nötigen Leistungen während des Spitalaufenthaltes zu erhalten. Genauer gesagt sind eigentlich Kriterien gesucht, aus denen sich der *Leistungsbedarf* ableiten lässt. Dies ist auch der Grund, weshalb das TAR-Modell als "leistungsbedarfsbezogen" bezeichnet wurde (vgl. S. 336).

Leistungsbedarf

*

Das Problem, dass die Leistungen des Krankenhauses mit allen Methoden, die Einzelbehandlungen zu Gruppen zusammenfassen, nur unscharf abgebildet werden können, hat zur Folge, dass aus Kostenabweichungen nicht zum Vorneherein auf eine ineffiziente Durchführung der Prozesse geschlossen werden darf. Zuerst ist nach der Güte der Abbildung des Patientenspektrums zu fragen. Erst wenn diese Frage zufriedenstellend beantwortet ist, kann die Effizienz beurteilt werden.

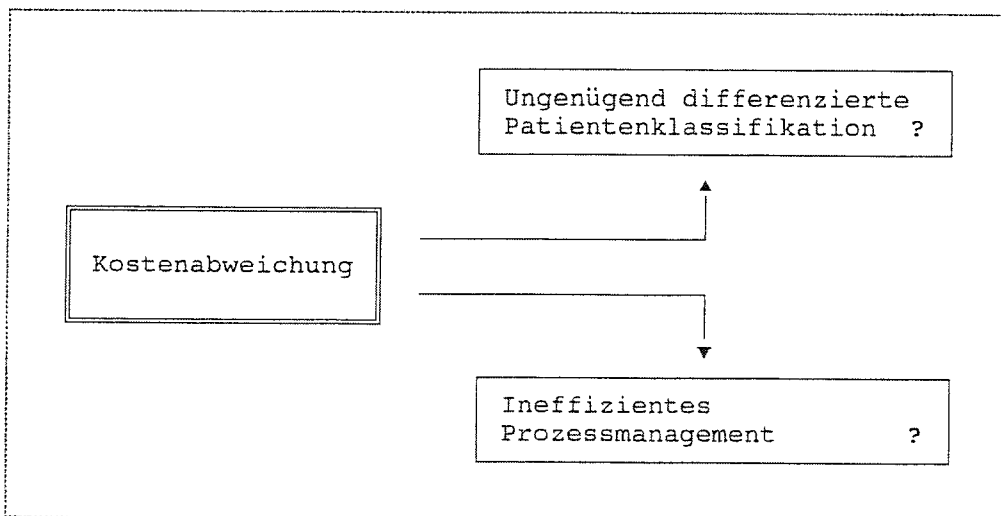


Abb. 250: Kostenabweichung als Funktion von unscharfer Patientenklassifikation oder von ineffizientem Arbeiten⁴⁹⁸

⁴⁹⁸ Nach: Fischer (Leistungsmessung):121.

3.3 Beurteilung der Effizienz

3.3.1 Effizienz des Mitteleinsatzes und Effizienz der Durchführung

Beurteilungsebenen

Die Effizienz beurteilt die Wirtschaftlichkeit des Mitteleinsatzes in bezug auf die erbrachten Leistungen (vgl. S. 410). Dazu können sowohl die zur Behandlung eines Patienten erbrachten Leistungen wie auch die eingesetzten Mittel auf den verschiedenen Ebenen definiert werden:

Abb. 251: Leistungseinheiten und eingesetzte Mittel zur Beurteilung der Effizienz

Bezugsgrösse Leistungseinheit	Beispiele	Bezugsgrösse eingesetzte Mittel
Prozeduren	Einzelleistungen, z.B. gemäss Einzelleistungstarif SLK ⁴⁹⁹	Ressourcen (Personal, Sachmittel)
Verfahren	Patientenkategorien, die auf Behandlungsmerkmalen basieren, z.B. Spitalbehandlung zur Osteosynthese einer Tibiafraktur	Prozeduren, evtl. Ressourcen
Gesundheitsprobleme	Patientenkategorien, die auf Patientenmerkmalen basieren, z.B. Patient mit Tibiafraktur	Verfahren oder Prozeduren, evtl. Ressourcen

Wie aus dieser Abbildung ersichtlich wird, können verschiedene Leistungseinheiten und eingesetzte Mittel verglichen werden, womit auch verschiedene Arten von Effizienz ausgewiesen werden.

Berechnungsarten

Zusätzlich kann die Effizienz nach zwei unterschiedlichen Ansätzen berechnet werden:

- Effizienz des Mitteleinsatzes
 - Die Berechnung der *Effizienz des Mitteleinsatzes* soll aufzeigen, ob durch den Einsatz der gewählten Mittel ein kostengünstiges Resultat erreicht wurde. Die eingesetzten Mittel werden dazu mit den standardmässig vorgesehenen Mitteln verglichen. Es geht dabei z.B. um die Frage, ob mehr Röntgenbilder als nötig gemacht wurden. Konkret werden die Referenzkosten der tatsächlich eingesetzten Mittel mit den Mengen und Referenzkosten der standardmässig vorgesehenen Mittel für die durchgeführten Massnahmen verglichen.
- Effizienz der Durchführung
 - Die Berechnung der *Effizienz der Durchführung* soll aufzeigen, ob die eingesetzten Mitteln kostengünstig waren, d.h. es werden die Ist-Kosten der eingesetzten Mittel mit den Referenzkosten der eingesetzten Mittel verglichen. Es geht z.B. um die Frage, wie günstig Röntgenbilder erstellt werden können.

⁴⁹⁹ PK-SLK (SLK): Schweizerischer Tarif für die Einzelleistungsabrechnung (Gebührenordnung).

3.3.2 Ein Beispiel zum Einsatz von Patientenklassifikationssystemen zur Bestimmung der Effizienz⁵⁰⁰

Am Beispiel der Klassifizierung von Patienten mit Gallensteinleiden soll gezeigt werden, welchen Einfluss verschiedene Klassifikationssystematiken bei der Beurteilung "der" Effizienz haben. (Es gibt ja nicht nur ein, sondern – wie oben dargestellt – mehrere Effizienzmasse.)

Ein Gallensteinleiden wird bevorzugt chirurgisch behandelt⁵⁰¹. Heute stehen zwei Verfahren zur Verfügung: Eine konventionelle Operation oder eine laparoskopische. Ob eine laparoskopische Operation durchgeführt werden kann, ist einerseits abhängig von der Grösse und Lage der Steine und andererseits von den Fähigkeiten der medizinischen Mitarbeiter und von der Infrastruktur im Operationssaal.

Fallgruppen können nun aufgrund der Diagnosen oder aufgrund der Behandlungsverfahren gebildet werden. Als einfaches Modell sollen hier zur Erklärung drei Mini-Systeme konstruiert werden.⁵⁰²

3 Mini-Systeme

System "Allg"	Gewicht
Allg Cholelithiasis oder Choledocholithiasis	550

Abb. 252:

Mini-System "Allg"

System "Dg"	Referenz-Verfahren	Gewicht
DgL Cholelithiasis	Laparoskopie	500
DgK Choledocholithiasis	konventionelle Operation	600

Abb. 253:

Mini-System "Dg"

System "Op"	Gewicht
OpL Laparoskopie bei Chole(docho)lithiasis	500
OpK Konventionelle Operation einer Chole(docho)lithiasis	600

Abb. 254:

Mini-System "Op"

Im System "Allg" sind alle Diagnosen, die ein Gallensteinleiden bezeichnen, in einer einzigen Gruppe zusammengefasst. Diese recht grobe Technik findet sich in zusammenfassenden Systemen wieder, wie z.B. im System der "Groupes de patients hospitalisés" (GPH; vgl. S. 207). In der ersten Version waren dort alle DRG's zum Thema "Leber, Pankreas und Galle" (DRG 191-201) zusammengefasst in einer Gruppe (GPH 48).⁵⁰³ – Im System "Dg" werden die Patienten nach Diagnosen gruppiert. Zu jeder Gruppe wird als Referenz-Verfahren das Behandlungsverfahren angeführt, das als Standard bevorzugt wird. Dieses Vorgehen gleicht demjenigen der Patient Management Categories (PMC; vgl. S. 211) mit den zugeordneten Behandlungspfaden (PMP = Patient Management Path). – Im

⁵⁰⁰ Entnommen aus Fischer (Leistungsmessung):80ff.

⁵⁰¹ Vgl. Reifferscheid/Weller (Chirurgie):478ff.

⁵⁰² Beispiele von existierenden Patientenkategorien zu dieser Thematik sind zu finden auf S. 353.

⁵⁰³ Fekete/Beroud/Eggl (GPH):9.

System "Op" werden die Patienten entsprechend der durchgeführten Behandlung gruppiert. Dies entspricht dem in Deutschland gewählten Vorgehen bei der Abrechnung von Fallpauschalen (vgl. S. 257).

2 Spitäler

Es sollen nun zwei Spitäler verglichen werden: Das eine hat sich auf laparoskopische Operationen spezialisiert, währenddem das andere nur konventionelle Operationen durchführen kann. Die Bezeichnungen seien *HospL* und *HospK*. Die Behandlungs- und Kostenstatistiken dieser Spitäler lauten:

Abb. 255: Statistische Kennzahlen

Spital	STATISTIK (IST-WERTE)				KOSTEN-ANALYSE*			BEURTEILUNG**	
	Dia- gnose	Ver- fahren	Anzahl Pat.	Kosten pro Patient	Kostenabweichung pro Patient			Effizienz der Vefahrens- durchführung	Effizienz des Verfahrens- einsatzes
					Allg	Dg	Op		
HospL	DgL	OpL	20	520	-30	+20	+20	-4.0%	0.0%
	DgK	OpL	2	560	+10	-40	+60	-12.0%	+16.7%
	DgK	OpK	3	630	+80	+30	+30	-5.0%	0.0%
			25	536	-14	+16	+24	-4.8%	+1.5%
HospK	DgL	OpK	10	570	+20	+70	-30	+5.0%	-20.0%
	DgK	OpK	15	570	+20	-30	-30	+5.0%	0.0%
			25	570	+20	+10	-30	+5.0%	-7.1%

* Kostenabweichungen: erhöhte Kosten: + ; niedrigere Kosten: - .

** Beurteilung: Gute Resultate: + ; schlechte Werte: - .

Gesamtbeurteilung

Das Resultat dieser Berechnungen lautet: Das Spital HospL setzte die beiden Behandlungsverfahren effizient ein (+1.5%), d.h. manchmal wurden Verfahren eingesetzt, die kostengünstiger waren als die vorgesehenen Referenzverfahren. Die Verfahren wurden aber nicht sehr effizient durchgeführt (-4.8%). Das Spital HospK führte die eingesetzten Verfahren zwar effizient aus (+5.0%), setzte sie aber nicht sehr effizient ein (-7.1%), d.h. oft wurden teurere Verfahren als nötig eingesetzt.

Kommentare

Wenn man keine weitere Unterteilung der Patienten macht, wenn man also die durchschnittlichen Ist-Kosten (536 bzw. 570) mit den Referenzkosten aus dem Modell "Allg" (550) vergleicht, dann wird das auf Laparoskopien spezialisierte Spital HospL als sehr gut beurteilt (Kosteneinsparung von -14 pro Patient gegenüber überhöhten Kosten von +20 pro Patient im Spital HospK).

Wenn man die Zahlen aber genauer betrachtet, wird man bemerken, dass das Spital HospK konventielle Operationen relativ kostengünstig durchführt (mit Kosten von 570 anstelle von 600 für "OpK"; lauter negative Werte für die Kostenabweichungen pro Patient in der Spalte "Op").

Das auf Laparoskopien spezialisierte Spital HospL hingegen hatte – wie aus den Durchschnittskosten pro Patient ersichtlich ist – jeweils bezüglich der Verfahren relativ teure Behandlungen (alle Werte in der Spalte "Op" sind positiv, d.h. über den Referenzwerten für das jeweils angewandte Verfahren).

Diese Feststellungen decken sich mit den Werten der Kennzahl zur *Effizienz der Verfahrensdurchführung*: Sie sind im Spital HospL eher schlecht, im Spital HospK eher gut (Gesamtwerte: -4.8% bzw. +5.0%).

Aber auch diese Zahl darf nicht allein zur Beurteilung genommen werden, denn die Laparoskopie-Operation ist – gemäss den hier gemachten Vorgaben – günstiger und sollte – im konkreten Fall auch aus medizinischen Gründen (kleinere Belastung des Patienten) – wenn möglich der konventionellen Operation vorgezogen werden.⁵⁰⁴

Wir suchen also noch eine Zahl, die angibt, wie günstig hätte operiert werden können, wenn jeweils das vorzuziehende Referenz-Verfahren angewandt worden wäre. Die Werte der Spalte *Effizienz des Verfahrenseinsatzes* zeigen an, dass im Spital HospL (mit +1.5%) sogar noch etwas optimaler gearbeitet wurde, als dies bei der durchgängigen Wahl des Referenz-Verfahrens der Fall gewesen wäre (zwei Patienten wurden – trotz Choledocholithiasis – mittels einer Laparoskopie behandelt). Das Spital HospK setzte die verfügbaren Operationsverfahren nicht sehr effizient ein (-7.1%). Der Grund dafür ist, dass auch die 10 Patienten, die laparoskopisch hätten behandelt werden können (Diagnose "DgL"), konventionell operiert wurden (Verfahren "OpK").

Dieses Beispiel macht sichtbar, dass eine hierarchische Gliederung zur Bildung von Patientengruppen sinnvoll ist, um die Effizienz auf verschiedenen Ebenen messen zu können.⁵⁰⁵ *Schlussfolgerung*

Die Effizienz der Verfahrensdurchführung wurde berechnet als Verhältnis der Ist-Kosten pro Patient zu den Referenz-Kosten des durchgeführten Verfahrens. (Diese sind zu finden im System "Op".) Es handelt sich also um die Effizienz des Ressourceneinsatzes bezüglich des Verfahrens.

Zur Beurteilung der Effizienz des Verfahrenseinsatzes wurde das Verhältnis der Referenz-Kosten des eingesetzten Verfahrens zu den Referenz-Kosten des Referenz-Verfahrens berechnet. (Diese sind im System "Dg" angegeben.)

⁵⁰⁴ Gemäss einer Notiz in den GPI 4/93 (Nr. 7982) kam eine Studie von Legorreta et al. zum Schluss, dass zwar der einzelne laparoskopische Eingriff billiger sei als ein konventioneller. Aufgrund des verminderten Risikos für den Patienten seien aber die Indikationen für eine Cholezystektomie offensichtlich verändert worden. Es musste nämlich festgestellt werden, dass die Totalkosten dieser Patientengruppe (konv. + lap. Op.) insgesamt gestiegen waren.

⁵⁰⁵ Ein umfangreicheres Beispiel und dessen Analysemöglichkeiten beim Einsatz von mehrstufigen Patientenklassifikationssystemen sind in Fischer (Leistungsmessung):161-192 zu finden.

3.4 Patientenklassifikationssysteme und Tarifmodelle

Die Wahl eines Patientenklassifikationssystems impliziert noch nicht die Wahl eines Vergütungsmodells. Ein Patientenklassifikationssystem kann auf verschiedene Arten zur Krankenhausfinanzierung verwendet werden.

Zunächst ist zwischen der fallweisen Finanzierung und der Finanzierung im Rahmen von Globalbudgets zu unterscheiden.

Fallpauschalen

Hauptsächliche Form der fallweisen Finanzierung sind *Fallpauschalen*. Eine Fallpauschale ist eine pauschale Abgeltung für eine (stationären) Behandlung. Besondere Aufmerksamkeit ist dabei auf die Definition des Falls zu richten. Kurzlieger und Ausreisser mit überlangen Aufenthaltsdauern, vor- und nachstationären Behandlungen sowie Wiedereintritte sind korrekt zu berücksichtigen.

– 1 Pauschale pro Fall

Vielfach ist eine einzige Pauschale pro Fall vorgesehen. Zum Teil werden Differenzierungen nach Abgeltungskomponenten eingeführt. Abgeltungskomponenten sind z.B.:⁵⁰⁶

- Zuschlag für Lehre und Forschung,
- geographischer Lohnindex,
- garantenspezifischer Zuschlag,
- spitalspezifischer und/oder spitalgruppenspezifischer Zuschlag,
- spitalspezifische Basisrate, die mit dem Kostengewicht zu multiplizieren ist,
- Kapitalkostenanteil,
- Kosten für die Datenverarbeitung.

– Mehrere Pauschalen

Mehrdimensionale Patientenklassifikationssysteme oder Patientenklassifikationssysteme, die eine Mehrfachzuordnung von Patientengruppen zu einem Fall erlauben, können in Tarifmodelle umgesetzt werden, die mehrere patientenbezogene Komponenten aufweisen. Z.B. Vergütung nach Patienten-Hauptkategorien mit Zuschlägen für Notfalleinweisung, volle Diagnostik, Vorliegen von spezifischen Behinderungen, Vorliegen von kostenrelevanten sozialen Problemen usw.

Vergütung von Ausreissern

Bei der Vergütung von Ausreissern, d.h. Kurzliegern und Fällen mit überlangen Aufenthaltsdauern, können die Patientenkategorien und deren Kostengewichte verwendet werden, um behandlungsfallbezogene Tagespauschalen zu errechnen. (Ein Beispiel dazu ist auf S. 74 zu finden.).

Was wird finanziert?

Die oben erwähnten Zuschläge zeigen, dass es auch vom übergeordneten Finanzierungsmodell abhängt (z.B. monistische oder duale Finanzierung), welche Kostenkomponenten über Fallpauschalen abgedeckt werden und welche nicht.

⁵⁰⁶ Vgl. die amerikanischen Formeln, wie sie bei Scotton/Owens (PCS/Australia):259ff abgedruckt sind.

In amerikanischen Patientenklassifikationssystemen bezieht sich die Kostenhomogenität auf die Krankenhauskosten. Da in den USA die meisten Spitäler für Belegärzte arbeiten, sind in den Krankenhauskosten die Kosten der Ärzte *nicht* enthalten. Diese werden über eine separate Gebührenordnung abgegolten.

Arztkosten ?

Denkbar wäre es, für verschiedene Kostenarten unterschiedliche Patientenkategorien zu definieren, z.B. könnte u.U. eine Kategorie "laparoskopische Eingriffe" (= endoskopische Eingriffe in der Bauchhöhle) zur Bündelung der Pflegekosten genügen; für die Arztkosten müssten die Behandlungen jedoch nach Operation (Appendektomie, Hernienoperation usw.) differenziert werden.

Separate Kategorien für verschiedene Kostenarten ?

Globalbudgets werden konventionellerweise auf der Basis von budgetierten Fallzahlen oder Pflegetagen vereinbart. Anstelle dessen können Kostengewichte von Patientenklassifikationssystemen verwendet werden, um die Fälle zu gewichten. Budgetiert wird dann die Summe der gewichteten Fälle. Auf diese Weise können "leistungsorientierte Globalbudgets" kalkuliert werden.

Globalbudgetierung

Unabhängig davon, ob die Vergütung über Fallpauschalen oder im Rahmen eines Globalbudgets erfolgt, ist zu bedenken, dass die Wahl der Beschreibungsebene unterschiedliche Anreize bezüglich Mengenausweitung bzw. Kosteneindämmung zur Folge hat. Wird beispielsweise das Verfahren zur Zuordnung von Patientenkategorien verwendet, so besteht zwar ein Anreiz, die benötigten Prozeduren zur Durchführung der Behandlung möglichst kostengünstig zu halten. Gleichzeitig muss aber zur Erreichung eines bestimmten Umsatzes versucht werden, die Menge an Operationen oder den Bedarf nach Behandlungen zu vergrößern. Das Problem der Mengenausweitung ist hiermit – im Vergleich zur Einzelleistungsvergütung – nicht gelöst, sondern nur verschoben worden.

Anreize

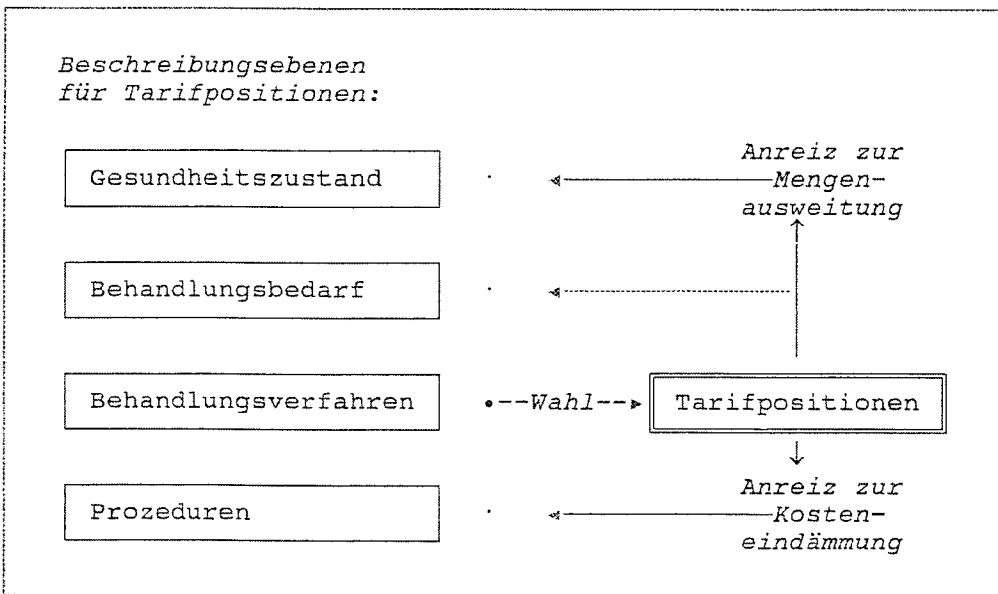


Abb. 256: Anreize durch die Wahl der Beschreibungsebene für Tarifpositionen

4 Weitere Themen im Vor- und Umfeld eines PCS-Einsatzes

Abschliessend folgt noch eine Liste von Themen, die im Zusammenhang mit dem Einsatz von Patientenklassifikationssystemen bearbeitet werden müssen, die aber den Rahmen dieses Buches sprengen würden:

- | | |
|---------------------------------|---|
| <i>Codierungsqualität</i> | – Massnahmen zur Verbesserung der Codierungsqualität; Verwendung von elektronischen Dokumentationshilfen in der Klinik; Klassifizierungskriterien als Nebenprodukte der Dokumentation. |
| <i>Nichtchirurgische Codes</i> | – Verwendung, evtl. Entwicklung von Codierungssystemen für nichtchirurgische Verfahren. |
| <i>Sekundäre Probleme</i> | – Wie können sekundäre gesundheitliche und soziale Probleme sinnvoll abgebildet werden? |
| <i>Nichtchirurgische Fälle</i> | – Kritische Tests von etablierten Patientenklassifikationssystemen in nichtchirurgischen Disziplinen. |
| <i>Nichtstationär Patienten</i> | – Erprobung von Patientenklassifikationssystemen für nichtstationäre Behandlungen. |
| <i>Behandlungsverläufe</i> | – Entwicklung von Modellen zur Abbildung ganzer Behandlungsverläufe. (Das müssen nicht zwingendermassen Patientenklassifikationssysteme sein. Patientenklassifikationssysteme für stationäre Patienten könnten Bausteine solcher Modelle sein.) |
| <i>Kostenträger</i> | – Brauchbarkeit von Patientenkategorien als Kostenträger in Kostenträgerrechnungen. |
| <i>Spitalbudgets</i> | – Verwendbarkeit von Patientenkategorien zu Aufteilung von Spitalbudgets auf die einzelnen Kliniken im Rahmen einer Profitcenter-Organisation. |
| <i>Tarifmodelle</i> | – Kreation und Evaluation von Tarifmodellen, die zwischen den beiden Extremen "spitalbezogene Tagespauschalen" und "behandlungs- oder diagnosebezogene Fallpauschalen" liegen. |
| <i>Routinebehandlungen</i> | – Auswirkungen von gemischten Vergütungsformen mit Fallpauschalen für Routinebehandlungen und anderen Vergütungsmodellen für die übrigen Behandlungen. |
| <i>Clinical Guidelines</i> | – Erforschung der Zusammenhänge zwischen Patientenkategorien, Behandlungspfaden (Clinical Pathways) und Clinical Guidelines. |
| <i>Krankenhaustypen</i> | – Entwicklung von Differenzierungs- und Aggregationsmechanismen in Patientenklassifikationssystemen, damit sie gleichzeitig für grosse Spitäler – mit |

- z.T. sehr aufwendigen Patienten – und für kleine Spitäler – mit häufig einfacheren Routineoperationen verwendbar – sind.
- Praktische Erprobung von neuen Definitionen von Behandlungseinheiten wie Behandlungsabschnitte und Behandlungsphasen. *Behandlungseinheit*
 - Verwendung (evtl. Entwicklung) von zustandsbezogenen Codierungssystemen, die Schweregrade abbilden können. *Zustandsbezogene Codes mit Schweregraden*
 - Verwendung von Informationen der Pflege als Klassifikationskriterien. *Pflegeinformationen*
 - Vergleich des Einsatzes von Pflegeaufwandmesssystemen (z.B. LEP, PRN) und unabhängigen Codierungssystemen für Pflegeinterventionen (z.B. NIC, Interventionen nach ICNP) zur Pflegedokumentation. Vergleich von LEP und PRN untereinander. *Pflegedokumentation*
 - Konstruktion eines *minimalen* Datensatzes der Pflege. (Wie können die dokumentierten Diagnosen und Interventionen der Pflege während eines Spitalaufenthaltes sinnvoll aggregiert werden?) *Minimaler Pflegedatensatz*
 - Formulierung von Leistungsaufträgen anhand von Patientenkategorien oder Gruppen von aggregierten Patientenkategorien. *Leistungsaufträge*
 - Beurteilung der Verwendbarkeit von Patientenkategorien im Rahmen von Qualitätsförderungsprogrammen. *Qualitätsförderung*
 - Verwendung von Patientenklassifikationssystemen im Rahmen von Krankenhauszertifizierungsverfahren. *Zertifizierung*
 - Bevor ein Patientenklassifikationssystem praktisch und mit seinen vollen Konsequenzen als Basis für ein Vergütungssystem eingesetzt wird, müssen die ausländischen Erfahrungen, von denen es ja in der Zwischenzeit viele gibt, sorgfältig aufbereitet, beurteilt und in geeigneter Form den Entscheidungsträgern zum Bewusstsein gebracht werden. *Ausländische Erfahrungen*

5 Schlusspunkt

Im Bewusstsein, dass eine Analyse der Leistungen der Krankenhäuser mit Hilfe von Patientenklassifikationssystemen nur über einen Teilaspekt der Arbeit dieser Institutionen Aufschluss geben kann und dass die alleinige Fokussierung auf diesen Aspekt eine verzerrte Sicht der Wirklichkeit darstellen kann, schliesse ich dieses Buch mit der folgenden Anekdote. Ich hoffe, sie bringe – nach all dem Gesagten – ein wenig frische Luft in die Gemüter und ermuntere den Leser, sich eigene, kritische und ihm seinen Weg weisende (= wegweisende) Gedanken zu machen.

*Analyse eines Schubert-Konzertes,
verfasst von einem Experten für Lean Production: 507*

Lange Zeit waren vier Oboisten unbeschäftigt. Entweder ist ihre Zahl zu reduzieren oder ihre Arbeit auf das ganze Orchester aufzuteilen.

Alle 12 Violinen spielen häufig dieselbe Note. Dies stellt eine unnötige Verschwendung dar. Hier ist ein drastischer Personalschnitt möglich.

Wenn lautes Spiel erforderlich ist, kann dies mit elektronischer Verstärkung erreicht werden.

Synkopen sind überflüssiger Kraftaufwand. Alle Noten mit unregelmässiger Zeitdauer müssten aufgerundet werden. Dazu können auch ungelernete Hilfsmusiker und Lehrlinge angestellt werden.

Es ist sinnlos, Hörnerpassagen wiederholen zu lassen, insbesondere, da sie schon von den Streichern behandelt wurden. Würden alle Wiederholungen abgeschafft, ergäbe sich die Möglichkeit, das Konzert statt in 2 Stunden in 20 Minuten abzuwickeln.

Hätte Schubert all dies bedacht, hätte er auch seine 8. Symphonie, die Unvollendete, noch fertig schreiben können.

⁵⁰⁷ Quelle: "FGS-Blätter", abgedruckt in GPI 2/96 (Nr. 9663).

G. ANHANG

1 Hinweise auf statistische Grundlagen

1.1 Mittelwerte und Streuungsmasse bei normalverteilten Daten

1.1.1 Arithmetisches Mittel

Arithmetisches Mittel

Die häufigste Art, einen Mittelwert zu bilden, ist die Berechnung des *arithmetischen Mittels* ("Durchschnitt"). Ein Beispiel dafür ist die durchschnittliche Aufenthaltsdauer.

$$\text{Arithmetisches Mittel} = 1/n (x_1 + x_2 + \dots + x_n)$$

In dieser Formel steht n für die Anzahl Fälle und x_i für die Werte der einzelnen Fälle.

1.1.2 Standardabweichung und Variationskoeffizient

Standardabweichung

Häufig wird zusätzlich zum Mittelwert auch die *Standardabweichung* angegeben. Damit erhält man einen Hinweis auf die Streuung der Werte: Bei Normalverteilungen⁵⁰⁸ liegen 96% der Werte zwischen dem arithmetischen Mittel ± 2 Standardabweichungen; die mittleren 50% der Werte liegen zwischen dem arithmetischen Mittel $\pm 0.67 \cdot$ Standardabweichung.

Die Standardabweichung berechnet sich als:

$$s = \sqrt{\frac{\sum (x_i - \text{arithmetisches Mittel})^2}{n - 1}}$$

Variationskoeffizient

Der *Variationskoeffizient* berechnet sich als das Verhältnis von Standardabweichung zum Mittelwert:

$$\text{Variationskoeffizient} = \frac{\text{Standardabweichung}}{\text{arithmetisches Mittel}}$$

Ein Variationskoeffizient von 0.5 besagt, dass die Standardabweichung halb so gross ist wie der Mittelwert.

Der Variationskoeffizient ist – ebenso wie die Standardabweichung – nur dann ein sinnvolles Mass, wenn die Stichprobenwerte normalverteilt sind. Für Normalverteilungen (von z.B. Aufenthaltsdauern) gilt: Wenn der Variationskoeffizient

⁵⁰⁸ Wenn die Häufigkeiten von *normalverteilten* Stichprobenwerten aufgezeichnet werden, dann ergibt sich eine "Glockenkurve".

ent der Aufenthaltsdauern bei 1 liegt, dann wird aus statistischer Sicht erwartet, dass ca. 2/3 der Fälle (68%) eine Aufenthaltsdauer von höchstens ca. dem zweifachen der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer haben.

Grundsätzlich ist ein Variationskoeffizient von 0.5 bereits recht hoch. Trotzdem geht man bei der Bildung von Patientenklassifikationssystemen des öftern davon aus, dass Streuungen bis zu einem Wert von 1.0 noch als "gut" bezeichnet werden können. (Der Variationskoeffizient der australischen AN-DRG's liegt beispielsweise typischerweise zwischen 0.5 und 1.0 bei einem Minimum von 0.25 und einem Maximum von 1.50.⁵⁰⁹)

1.1.3 Konfidenzintervall

Das *Konfidenzintervall* gibt anstelle eines Mittelwertes an, in welchem Bereich der Mittelwert höchstwahrscheinlich liegt. Man sagt z.B. anstelle von: "Der Mittelwert wird auf 7.9 Tage geschätzt": "Der Mittelwert liegt mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% zwischen 6.6 und 9.2".

Konfidenzintervall

Das Konfidenzintervall bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% berechnet sich als:

$$\text{Konfidenzintervall}_{95\%} = \text{arithm. Mittel} \pm 1.96 \cdot \frac{\text{Standardabweichung}}{\text{Quadratwurzel}(\text{Anzahl Fälle})}$$

Die Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% besagt, dass der Mittelwert mit einer Wahrscheinlichkeit von 5% nicht innerhalb des berechneten Konfidenzintervalls liegt.

Die relative Bandbreite des Konfidenzintervalls in Prozenten des arithmetischen Mittels lässt sich näherungsweise berechnen als Variationskoeffizienten dividiert durch einen Viertel der Wurzel des Stichprobenumfangs:

*Zusammenhang
Konfidenzintervall und
Variationskoeffizient*

$$\frac{\text{Bandbreite KI}_{95\%}}{\text{arithmetisches Mittel}} \approx \frac{\text{Variationskoeffizient}}{\text{Quadratwurzel}(\text{Anzahl Fälle}) / 4}$$

⁵⁰⁹ Vgl. Bender/McGuire (L3H3):274.

1.1.4 Varianz und Varianzreduktion

Varianz

Das Quadrat der Standardabweichung (s^2) wird als Varianz bezeichnet.

$$s^2 = \frac{\sum (x_i - \text{arithmetisches Mittel})^2}{n - 1}$$

Die Varianz ist also die durchschnittliche quadrierte Differenz der Werte jedes Falles zum Mittelwert. Durch die Bildung des Quadrates erhalten die Differenzen einerseits immer ein positives Vorzeichen. Andererseits werden stark abweichende Wert besonders stark gewichtet. Deshalb sollte die Varianz nur für normalverteilte Werte berechnet werden, denn dort erscheinen stark abweichende Werte nur mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit. Die Berechnung der Varianz für Aufenthaltsdauern und andere nicht zum Vorneherein der Normalverteilung entsprechende Werte ist jedoch problematisch, weil Ausreisser ein viel zu starkes Gewicht erhalten. Dies ist einer der Gründe, weshalb oft nur die Varianzen von z.B. Aufenthaltsdauern innerhalb der Grenzwerte berechnet werden.

Die Varianz kann auch direkt berechnet werden als:

$$s^2 = \frac{\sum x_i^2 - (\sum x_i)^2/n}{n - 1}$$

Varianzreduktion

Die Varianzreduktion ist ein Mass für die Verringerung der Varianz durch die Bildung von Gruppen. Sie wird berechnet als:

$$R^2 = 1 - \frac{\sum (x_i - \text{Gruppenmittel}_i)^2}{\sum (x_i - \text{Mittel der Gesamtstichprobe})^2}$$

Wenn man die Bezeichnungen $SSE = \sum (x_i - \text{Gruppenmittel}_i)^2$ [Sum of Squares Explained] und $SST = \sum (x_i - \text{Mittel der Gesamtstichprobe})^2$ [Total Sum of Squares] einführt, dann kann man für die Varianzreduktion auch schreiben:

$$R^2 = \frac{SST/n - SSE/n}{SST/n}$$

Dabei ist SST/n eine Schätzung der Varianz s^2 . Aus dieser Formel wird ersichtlich, warum man von "Varianzreduktion" spricht.

1.2 Mittelwerte und Streuungsmasse bei nicht normalverteilten Daten

Eine der am häufigsten verwendeten Variablen in Patientenklassifikationssystemen ist die Aufenthaltsdauer. Sie ist oft nicht normalverteilt. Vielfach ist eine sogenannte rechtsschiefe Verteilung anzutreffen ("rechtsschief" = auf der rechten Hälfte schief). Bei einer rechtsschiefen Verteilung gibt es viele Fälle mit kürzeren Aufenthaltsdauern und wenige Fälle mit langen bis sehr langen Aufenthaltsdauern.

Wenn Stichprobenwerte nicht normalverteilt sind, dann haben arithmetisches Mittel und Standardabweichung keine grosse Aussagekraft. Es werden andere statistische Masse berechnet wie Median und Quartile oder man behilft sich – besonders bei rechtsschiefen Verteilungen – mit einer logarithmischen Transformation.

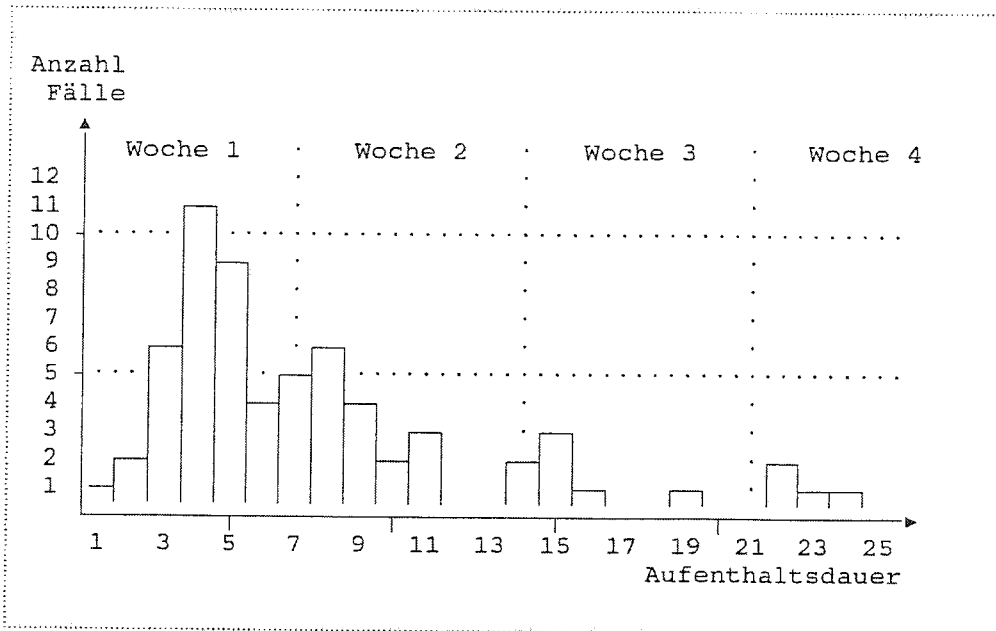


Abb. 257:
Beispiel einer rechts-schiefen Verteilung von Aufenthaltsdauern

Abb. 258:
Statistische Kennzahlen
zum obigen Beispiel

Anzahl Fälle	64
Summe der Tage	507
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	7.9
Standardabweichung der Aufenthaltsdauer	5.4
Variationskoeffizient der Aufenthaltsdauer	0.7
Konfidenzintervall _{95%}	6.6 – 9.2
Konfidenzintervall _{95%} in % des Mittelwertes	± 17%
Geometrisches Mittel	6.5
1. Quartil	4
Median	6
3. Quartil	9
Quartilsabstand	5

1.2.1 Median und Quartile

Median

Der *Median* halbiert eine Stichprobe. 50% aller Fälle haben Werte, die kleiner oder gleich dem Median sind. Die anderen 50% der Fälle haben Werte, die größer oder gleich dem Median sind. Der Median der Aufenthaltsdauern liegt meist tiefer als die durchschnittliche Aufenthaltsdauer. Das hängt mit der rechtsschiefen Verteilung der Aufenthaltsdauer zusammen.

Quartile

Die *Quartile* trennen eine Stichprobe bei 25% (1. Quartil), 50% (2. Quartil) und 75% (3. Quartil). Die Differenz zwischen drittem und erstem Quartil wird als

Quartilsabstand

*Quartilsabstand*⁵¹⁰ bezeichnet.

Spannweite

Die *Spannweite* ist die Differenz zwischen minimalem und maximalem Wert, der in der Stichprobe gefunden wurde (z.B. längste – kürzeste Aufenthaltsdauer).

1.2.2 Logarithmisierung

Eine andere Art, mit einer rechtsschiefen Verteilung umzugehen, ist die Logarithmisierung der Skala. Dies geschieht, indem man von allen Messwerten den Logarithmus errechnet. Bei nicht-transformierten Skalen werden Unterschiede zwischen zwei Werten als gleich betrachtet, wenn die Differenzen gleich sind:

⁵¹⁰ Quartilsabstand = "interquartile range". Vgl. Hartung et al. (Statistik):866.

Z.B. ist der Abstand zwischen 18 und 12 der gleiche wie jener zwischen 9 und 3, nämlich beide Male 6. Wenn eine Skala logarithmisiert wird, dann sind Unterschiede zwischen zwei Werten gleich, wenn ihr Verhältnis zueinander konstant ist. Z.B. wird nun der Unterschied zwischen 18 und 12 als gleich betrachtet wie der Unterschied zwischen 4.5 und 3, denn es ist beidesmal der Faktor 1.5.

Der Mittelwert einer logarithmisierten Skala ist das *geometrische Mittel*. Es errechnet sich als n-te Wurzel des Produktes der Stichprobenwerte (n = Umfang der Stichprobe). Der Logarithmus des geometrischen Mittels kann auch errechnet werden als das arithmetische Mittel der logarithmisierten Werte:

Geometrisches Mittel

$$\| \text{LOG (geometrisches Mittel)} = (\text{LOG } x_1 + \text{LOG } x_2 + \dots + \text{LOG } x_n) / n \|$$

Anmerkung: Für die mittlere Aufenthaltsdauer pro DRG verwendet die amerikanische Medicare-Versicherung das geometrische Mittel.

1.3 Kennzahlen

1.3.1 Häufigkeiten

Durch Zählung von Stichproben oder durch Addition von Stichprobenwerten entstehen *absolute Häufigkeiten*, z.B. Anzahl Fälle, Anzahl Pflegetage.

Relative Häufigkeiten sind prozentuale Anteile an einem Ganzen, z.B. Anteil der Notfälle bezüglich aller Spitaleintritte.

1.3.2 Verhältniszahlen

Gliederungszahlen sind Kennzahlen, die eine Teilgrösse bezüglich einer übergeordneten Gesamtgrösse darstellen.

Gliederungszahlen

Z.B.:

- %-Anteil der chirurgisch behandelten Patienten.
- Notfallanteil.

Anmerkung: Relative Häufigkeiten gehören zu den Gliederungszahlen.

Beziehungszahlen sind Quotienten zweier sachlich in Verbindung stehender Masszahlen: Messgrösse / Bezugsgrösse.

Beziehungszahlen

Beziehungszahlen können sogenannte *Verursachungszahlen* sein: Bewegungsmasse werden Bestandesmassen gegenübergestellt. Bewegungen sind Ereignisse,

die während einer bestimmten Zeitdauer ermittelt worden sind; Bestände werden zu einem festen Zeitpunkt ermittelt. Häufig werden sie als "...rate" bezeichnet.

Z.B.:⁵¹¹

- Fruchtbarkeitsrate = Zahl der Lebendgeborenen pro 1'000 Einwohnerinnen mit Alter zwischen 15 und 45.
- Geburtenziffer = Zahl der Lebendgeborenen pro 1'000 Einwohner.

Die übrigen Beziehungszahlen, bei denen Ereignisse nicht auf ihren Bestand bezogen werden können, werden *Entsprechungsmasse* genannt.

Z.B.:

- Zahl der Mitarbeiter / Zahl der Betten.

1.3.3 Indizes

Indizes setzen zwei oder eine Reihe von Masszahlen gleicher Art miteinander in Verbindung.

Z.B.:

- Zeitreihenmessungen: aktuelle Messung / Messung zum Basiszeitpunkt.
- Vergleich von standardisierten Sterbeziffern (= bezüglich des Altersaufbaus bereinigte Zahlen = fiktive Sterbeziffern unter Annahme einer anderen Altersstruktur).
- Wert eines Warenkorbes.

⁵¹¹ Hartung et al. (Statistik):56.

2 Die problemorientierte Krankengeschichte nach Weed

2.1 Einleitung

Bei der Erfassung der für eine Patientenklassifikation erforderlichen Daten stellt sich die Frage, wie ein Zusatzaufwand vermieden werden könnte. Idealerweise werden die nötigen Daten automatisiert aus der Patientendokumentation extrahiert (vgl. S. 149). Die im folgenden vorgestellte *problemorientierte Krankengeschichte nach Weed* ist nicht nur ein sehr effizientes Arbeitsinstrument im Team von Ärzten und Pflegenden, sondern auch eine gute Basis für eine qualitativ hochstehende Codierung von Diagnosen und Prozeduren. Sie unterstützt die korrekte und umfassende Beurteilung der Multimorbidität, was für mehrdimensionale Klassifikationen oder für Klassifikationen mit Schweregradeinteilungen (z.B. CC und Major CC bei den DRG's) zwingend erforderlich ist.

Lawrence L. Weed (Professor of Medicine and Professor of Community Medicine) stellt in seinem bereits 1971 erschienenen Buch "Medical Records, Medical Education, and Patient Care" eine damals neue Methode der Führung der Krankengeschichte vor.⁵¹² Diese Methode hat sich nicht nur in den USA verbreitet, sondern u.a. auch in der Schweiz. Weed's Methode hilft, Gesundheitsprobleme umfassend und strukturiert darzustellen.

Weed fordert, dass die Krankengeschichte einem Manuskript einer naturwissenschaftlichen Forschungsarbeit gleichen muss. Solche Arbeiten sind in weitgehend standardisierter Form geschrieben. Damit werden sie kritisierbar.

Weed kämpft vor allem auch gegen eine eindimensionale Sicht in der Medizin. Zur Behandlung eines Patienten müssen alle seine Probleme erkannt und bewusst angegangen oder eben nicht angegangen werden. Aber was gemacht wird, weshalb man sich für einen bestimmten Weg zur Behandlung entschlossen hat, sollte aus der Dokumentation ersichtlich sein, sollte nachvollzogen und auch kritisiert werden können. Erst so erfolgt effiziente Aus- und Weiterbildung und Selbstkontrolle.

"Es würde einem Wissenschaftler nie einfallen, den Herausgebern (seiner Arbeit) entgegenzuhalten, in seiner Laborarbeit stecke viel 'Kunst', die niemals ganz wiederzugeben sei, und die Herausgeber müssten ihn erst einmal bei der Arbeit sehen, um ihn voll würdigen zu können." ⁵¹³

⁵¹² Die deutsche Übersetzung ist 1978 erschienen: Weed (KG).

⁵¹³ Weed (KG):2.

2.2 Elemente der Krankengeschichte

Das Wesentliche an der Arbeit des Arztes besteht nach Weed darin, die Komplexität eines Falls geschickt in die verschiedenen zugrundeliegenden Probleme aufzugliedern.

Ein Problem muss dabei keinesfalls schon in Form einer fertigen Diagnose formuliert werden. Die Liste der Probleme ist eine Art Auslegeordnung dessen, was man im Moment erkannt hat.

Die *Problemliste* ist das zentrale Element der Krankengeschichte. Für den behandelnden Arzt ist sie eine Hilfe, jeweils alle noch offenen Problemen weiterzuverfolgen. Sie dient zur – "problemorientierten" – Strukturierung von Behandlungsplan und Verlaufsnotizen.

Die Ärzte sollten ein System haben, "das ihnen hilft, klinische Probleme abzugrenzen, zu verfolgen, systematisch zu korrelieren und dann zu lösen." 514

"Der Arzt muss lernen, von der Fixierung auf ein Einzelproblem mit Leichtigkeit zur Bewertung der ganzen Liste und der Wechselbeziehungen mehrerer Probleme überzugehen." 515

- (1) "Chronisches Asthma", wahrscheinlich nicht allergisch
- (2) Organisches Herzleiden
 - a) Kardiovaskuläres Leiden bei Hochdruck und Arteriosklerose
 - b) Vorhofflimmern
 - c) Herzvergrößerung – Hypertrophie des linken Ventrikels
 - d) Nach EKG alter Hinterwandinfarkt
- (3) Flatulenz, Ätiologie unbestimmt
- (4) Fehlende Fusspulse beidseits
- (5) Chronischer Alkoholismus in der Vorgeschichte
- (6) Krampfanfälle bei Alkoholentziehungskur (1956)
Delirium tremens
- (7) Hepatomegalie – deletatur 15.4.66
- (8) Lues-Anamnese
- (9) Zustand nach transurethraler Resektion (1962)

Abb. 259:

Beispiel einer Problemliste⁵¹⁶

Die Problemliste wird auf dem Deckblatt der Krankengeschichte eingetragen und bei Bedarf ergänzt.

⁵¹⁴ Weed (KG):1.

⁵¹⁵ Weed (KG):77.

⁵¹⁶ Nach Weed (KG):58.

Nebst der Problemliste enthält die Krankengeschichte nach Weed noch folgende Elemente:

- Datenbasis* • Die *Datenbasis* beinhaltet die Anamnese und die erste Befundaufnahme.
- Behandlungsplan* • Der *Behandlungsplan* ("Initialplan") enthält die ersten diagnostischen und therapeutischen Anordnungen zu jedem Problem.
- Verlaufsnotizen* • Die in den *Verlaufsnotizen* gesammelten Daten sind primär chronologisch, sekundär aber nach Problemen geordnet.
Für zeitlich veränderliche Parameter, wie z.B. Fieberverlauf usw., werden *Verlaufsbögen* angelegt.
- Abschlussbericht* • Der *Abschlussbericht* enthält zu jedem Problem eine Zusammenfassung.

2.3 Die Datenbasis

Zur Datenbasis gehören:

Abb. 260:
Datenbasis

-
- Hauptbeschwerden, geschildert vom Patienten
 - Patientenprofil: Lebensgewohnheiten (Tagesablauf); soziale Daten
 - Gegenwärtige Erkrankung(en); getrennte Besprechung der einzelnen Probleme
 - Vorgeschichte mit Übersicht über die einzelnen Organbereiche
 - Klinische Standarduntersuchung
 - Medizintechnische Untersuchungen (Labor, Röntgen, ...)
-

Weed verlangt eine sehr umfassende Datensammlung, damit alle Probleme erkannt werden können. Ausserdem soll sie – zur besseren Vergleichbarkeit – nach Möglichkeit standardisiert erhoben werden. Für gewisse dieser Arbeiten können nach Weed deshalb auch entsprechend geschulte Krankenschwestern und paramedizinisches Personal beigezogen werden.

Wichtig ist insbesondere auch das Patientenprofil, da gewisse Probleme dadurch ein neues Vorzeichen erhalten. Beispiele abzuklärender Fragen sind: In welcher Umgebung lebt der Patient? Welches sind seine Ess-, Schlaf-, Arbeits- und Freizeitgewohnheiten? Wie verbringt er den Tag? Wer gehört zur Familie, wie sind die Beziehungen? Wie sind die Wohnverhältnisse? Wie die Bedingungen am Arbeitsplatz? Usw.

*"Das Beachten eines soziales Problems – z.B. mangelnde Heizmöglichkeiten in einer Wohnung – ist u.U. wichtiger für das Angehen eines medizinischen Problems wie einer Pneumonie, als die Behandlung begleitender Probleme wie etwa Arthritis oder Harnwegsinfekt."*⁵¹⁷

⁵¹⁷ Weed (KG):77.

Das Patientenprofil kann u.a. auch Hinweise auf spezielle Gefährdungen geben, was entsprechende präventive Massnahmen auslösen sollte.

Die gegenwärtigen Erkrankungen können unterteilt werden in:

- Probleme, die diagnostisch noch nicht geklärt sind, und
- Probleme die bereits bekannt/diagnostiziert sind.

*Gegenwärtige
Erkrankungen*

Die noch nicht geklärten Probleme werden durch die Angabe der Beschwerden oder eines pathologischen Befundes benannt. Bei bereits diagnostizierten Problemen wird die Diagnose in die Problemliste eingetragen.

Die zu den Erkrankungen gesammelten Informationen werden betitelt mit:

-
- Subjektiv: Symptomatische Informationen, Details über die Beschwerden.
 - Objektiv: Aus klinischen und technischen Untersuchungen gewonnene Informationen.
 - Therapie: Bisherige Therapien.
 - Negativ: Wichtige negative Befunde, z.B. "kein Blut im Stuhl".
-

Abb. 261:
Gliederung der Informationssammlung zu den Erkrankungen

Die Gliederung der Erkrankung nach Problemen hat gegenüber der gewohnten chronologischen Gliederung den Vorteil des besseren Überblicks. Es ist schneller ersichtlich, welche Daten noch fehlen.

Weed meint im Zusammenhang mit der Erarbeitung der Datenbasis und der darauf aufbauenden Formulierung der Problemliste, dass die ambulanten – "gewöhnlichen" – Patienten ebensoviel Zeit und Denkaufwand vom Arzt benötigen wie z.B. Schockpatienten auf der Intensivstation im terminalen Stadium.

"Niemand notiert alles, was der Patient sagt oder tut." Im strukturierten Bericht wird "das Ausmass an Intelligenz, Urteilsfähigkeit und Sorgfalt, mit dem jemand analysiert und selektiert," sichtbar.⁵¹⁸

⁵¹⁸ Weed (KG):15.

⁵¹⁹ Weed (KG):81.

Man muss abkommen vom "Mythos, dass Lehre nur dort stattfindet, wo der Patient im Bett liegt."⁵¹⁹

"Die Sorgfalt, mit der die Problemliste angelegt wird, bestimmt die Qualität des ganzen Krankenblattes."⁵²⁰

2.4 Die Problemliste

Die Problemliste wird auf der ersten Seite der Krankengeschichte notiert und durchnummeriert.

Gliederung

Die Probleme können gegliedert werden in:

Abb. 262:

Gliederung der Problemliste

-
- (1) Medizinische Probleme
 - (2) Soziale Probleme
 - (3) Demographische Probleme
 - (4) Psychiatrische Probleme
-

Aktualität

Zu jedem Problem wird die Aktualität vermerkt:

- aktuelle Probleme
- nicht aktuelle bzw. gelöste Probleme

Als erstes aktuelles Problem ist eine allfällig noch unvollständige Datenbasis aufzuführen, zusammen mit Angaben darüber, was noch fehlt (z.B. "Gynäkologische Untersuchung steht aus").

Beispiele

Beispiele für Probleme in der Problemliste:

- Arteriosklerotisches Herzleiden, Herzdekompensation.
- Herzinsuffizienz, zurückzuführen auf arteriosklerotisches Herzleiden.
- Kurzatmigkeit.
- Pathologisches EKG.

Medizinische Probleme können klassifiziert werden als:

- Diagnose, evtl. gefolgt von therapiebedürftigem Hauptsymptom.
- Pathophysiologischer Befund, mit Angabe von "Ätiologie unbekannt" oder "zurückzuführen auf".
- Symptom oder klinischer Befund.
- Pathologischer medizintechnischer Befund.

Kriterium für Aufteilung oder Zusammenfassung bei Diagnosen mit mehreren Hauptmanifestationen ist die Behandlungsbedürftigkeit.

Beispiel:

(1) Leberzirrhose mit leichtem Ikterus und Aszites

versus:

⁵²⁰ Weed (KG):17.

(1) Leberzirrhose mit begleitendem Ikterus

(2) Aszites – Folge von (1)

Nebst den medizinischen Problemen sind auch soziale Probleme in die Problemliste aufzunehmen, z.B. Konkurs, Eheprobleme, ...

Ändert sich die Sicht im Verlauf der Behandlung, werden Probleme gelöst oder brauchen sie nicht mehr weiterverfolgt zu werden, so werden sie nicht einfach gestrichen, sondern mit Datumsangabe entsprechend markiert. In gleicher Weise wird auch ein Problem neu benannt, z.B. wenn eine Diagnose formuliert werden konnte.

Es kann geschehen, dass sich herausstellt, dass mehrere Probleme eigentlich zusammengefasst werden könnten. Auch dies wird vermerkt, und weitere Angaben werden unter der Position des ersten der zusammengefassten Probleme gemacht; die übrigen dieser Probleme werden "inaktiviert".

Die Erarbeitung der Problemliste stellt eine besondere Herausforderung des Arztes dar. Er muss sich dafür entsprechend Zeit nehmen. Fehlt sie ihm, sollte er die Problemliste ergänzen mit dem Hinweis: "Liste noch unvollständig."

Weed schlägt vor, dass die Problemliste während der ersten 24 Stunden noch umformuliert werden darf. Anschliessend jedoch sind alle Änderungen protokollartig einzutragen.

Weed sieht auch temporäre Probleme vor: Probleme, zu denen der Arzt zwar einen Befund notieren will, bei denen er sich aber noch nicht sofort entscheiden will, ob sie so bedeutsam sind, dass er sie in die Hauptproblemliste aufnehmen will oder nicht.

Wenn nicht alle Probleme als Diagnosen formuliert werden können, darf dies kein Grund sein, sie nicht systematisch zu verfolgen. Das kann aber leicht passieren, wenn in anderen Formen von Krankengeschichten nur die Diagnosen als 'medizinische Kürzestzusammenfassung' aufgezählt werden.

Auch "nicht akute" und bereits früher "gelöste" Probleme sollten in der Problemliste stehen, insbesondere wenn sie rezidivieren oder zu Spätkomplikationen führen könnten.

"Die Präzision der Verlaufseintragungen ergibt sich aus der Präzision, mit der die Probleme anfänglich definiert wurden."⁵²¹

"In manchen Institutionen ist die Codierung der Hauptdiagnosen zu einem Ritual geworden."⁵²²

⁵²¹ Weed (KG):18.

⁵²² Weed (KG):19.

*"Es liesse sich z.B. vermeiden, dass ein Patient mit einem Herzkreislaufsystem an der Grenze zur Dekompensation langwierigen Eingriffen unterworfen wird, zu denen man sich nur aufgrund eines Schnellschnittes hastig entschlossen hat."*⁵²³

*"Sich verständlich auszudrücken, bedeutet natürlich auch, dass man blossgestellt werden kann."*⁵²⁴

*"Das Festlegen auf eine Diagnose führt zu einem Grad von Kategorisierung, der nie ganz gerechtfertigt ist."*⁵²⁵

Weed schlägt vor, dass man im Operationsaal eine vergrösserte Problemliste aufhängt, damit sich die Operateure nicht nur mit dem chirurgischen Problem isoliert beschäftigen.

Wichtig in der Ausbildung oder bei der Beurteilung und Diskussion eines Falls ist immer wieder die Frage: "Ist die Liste vollständig?"

Eine konfuse Problemliste ist "ein Ruf nach Hilfe und Unterstützung".

2.5 Der Behandlungsplan

Es gibt Pläne für drei Aktionsbereiche:

- Diagnostik
- Therapie
- Information und Unterweisung des Patienten

Bei der Aufstellung der Pläne für die einzelnen Probleme kann man sich zwar an einer Norm orientieren, aber für jeden einzelnen Fall sind insbesondere die Interdependenzen zu seinen anderen Problemen zu berücksichtigen.

Eine gute Problemliste hilft, schwerwiegende Unterlassungen von ärztlichen und anderen Massnahmen zu vermeiden.

Der Plan über die Information des Patienten veranlasst den Arzt auch, in den Verlaufsnotizen zu notieren, was dem Patienten tatsächlich über seine Erkrankung mitgeteilt worden ist. Widersprüche können vermieden werden.

⁵²³ Weed (KG):22.

⁵²⁴ Weed (KG):44.

⁵²⁵ Weed (KG):31.

2.6 Verlaufsnotizen

Die Struktur der Verlaufsnotizen kann folgendermassen vereinheitlicht werden:

-
- Nummer und Bezeichnung des Problems
 - Subj. : Symptomatische Daten
 - Obj. : Objektive Daten
 - Imp. : (kurze) Interpretation/Impression
 - Disk. : Diskussion/Beurteilung, Begründung von Entscheiden⁵²⁶
 - Ther. : durchgeführte Behandlung
 - Plan : Modifikation/Erweiterung des ursprünglichen Behandlungsplanes
-

Abb. 263:
Verlaufsnotizen

Auch Operationsberichte gehören zu den Verlaufsnotizen.

Um eine ganzheitliche Betrachtung zu gewinnen, verlangt Weed, dass Notizen vom Pflegepersonal, Physiotherapeuten oder Sozialarbeitern auch in der gleichen, strukturierten Form in die Krankengeschichte eingefügt werden.

Nebst diesen Eintragungen ist für die Darstellung von Informationen im Zeitverlauf ein Verlaufsbogen nützlich. Er enthält meist Temperatur, Blutdruck und Puls, evtl. Flüssigkeitshaushalt und andere vitale Daten, Medikation usw. Die Häufigkeit der Eintragungen soll so gewählt werden, dass die Krankheitsentwicklung auf einen Blick abgelesen werden kann.

Verlaufsbogen

Im Abschlussbericht sind insbesondere jene Probleme ausführlicher abzuhandeln, die für die Weiterbehandlung von Bedeutung sind. Gelöste Probleme können nur kurz erwähnt werden.

Abschlussbericht

Bei Patienten mit vielen Problemen, die sich über Jahre hinziehen, ist es angebracht, von Zeit zu Zeit eine problemorientierte Zusammenfassung über den Stand der Behandlung zu erstellen.

Die Aufzeichnung der Verlaufsnotizen ist besonders wichtig, aber auch schwierig. Sie müssen Feedback liefern. Voraussetzungen dafür sind u.a. eine gute, problembezogene Gliederung.

*"Die Missachtung der Verlaufsnotizen als des bedeutendsten Teiles des Krankenblattes zerstört eine der wichtigsten Grundlagen von Wissenschaft und Forschung. Denn nur durch sorgfältiges Beobachten der Ergebnisse lassen sich neue Fragen stellen, neue Pläne formulieren, nachlässiges Denken entlarven und ein klareres Verständnis erzielen."*⁵²⁷

⁵²⁶ Im Anhang des Buches von Weed wird die PROMIS-Methode vorgestellt. Dort sind die beiden Punkte "Impression" und "Diskussion" zusammengefasst zum Abschnitt "Beurteilung".

⁵²⁷ Weed (KG):236.

2.7 Einsatz des Computers

Zur Zeit, als Weed seine Ideen formulierte, steckte die Informationstechnologie – im Vergleich zu heute – noch in den Kinderschuhen. Er hat sich aber bereits Gedanken darüber gemacht und sieht einen besonderen Vorteil des Computers gegenüber Erfassungsformularen darin, dass er je nach Beantwortung bestimmter Fragen in weitere Unterfragen verzweigen kann; gewisse Fragen werden also nur beim Vorliegen bestimmter Bedingungen gestellt. Für seine Tests hat er schon mit berührungsempfindlichen Bildschirmen gearbeitet: Der Arzt betätigt den Computer, indem er direkt auf den Bildschirm tippt. Der Umweg über die Positionierung der Maus auf das richtige Bildelement, wie das bei den gängigen heutigen Systemen der Fall ist, entfiel damit.

Beim Vergleich einer vom Patienten selbst computergestützt erfassten Anamnese mit der Anamnese, die der Arzt im Gespräch ermittelte, fiel Weed auf, dass relativ wenig Fakten nur im Gespräch aufgedeckt wurden: Vor allem emotional beladene Aussagen konnten durch die Computeranamnese viel umfassender gewonnen werden.

Für Weed blieb es nach wie vor wichtig, dass einzelne Punkte einer umfassend aufgenommenen Anamnese (am Computer und durch eine medizinische Assistentin) im persönlichen Gespräch zwischen Arzt und Patient vertieft werden.

2.8 Schlussgedanken

Die problemorientierte Krankengeschichte macht die Beweggründe des behandelnden Arztes viel transparenter. So wird auch eine sinnvolle Diskussion und Kritik seiner Fälle möglich. Das hilft letztlich, die eigene Qualität medizinischen Handelns immer wieder zu überdenken und – wo möglich – zu verbessern.

Eine möglichst umfassende Sicht der Probleme des Patienten ist auch Aufgabe der *Pflegedokumentation*. Anhand der Liste der "Aktivitäten des täglichen Lebens" werden sehr viele Informationen erfasst, die auch von Weed für die ärztliche Krankengeschichte gefordert werden. Deshalb könnte im stationären Bereich die Zusammenführung von Pflegedokumentation und ärztlicher Krankengeschichte zu einer wesentlichen Effizienzsteigerung führen. Gleichzeitig würde die ganzheitliche Sicht auf die Probleme des Patienten sowohl im ärztlichen wie auch im pflegenden Bereich verbessert.

Die Aufteilung in einzelne Probleme scheint allerdings auf den ersten Blick einer ganzheitlichen Sicht eher entgegenzustehen. Weed meint dazu aber, es sollte eigentlich die Frage gestellt werden, "ob das problemorientierte Krankenblatt helfen kann, die Zersplitterung der Krankenversorgung zu verhindern, die daraus resultiert, dass wir uns mit den Patientenproblemen ausserhalb des Kontextes

einer vollständigen Problemliste befassen. Denn man muss sich dessen bewusst sein, dass der kranke Mensch sich nicht 'spezialisieren' lässt. Die Antwort auf die Frage ist, dass das problemorientierte Krankenblatt gerade geschaffen wurde, um die Zersplitterung der Krankenversorgung zu verhindern." Und: "Wird keine vollständige Datenbasis und Problemliste aufgestellt, dann kommt es am Ende darauf hinaus, dass der Patient unter erheblichen Kosten ein Heer von Spezialisten sieht, um jedes seiner Probleme gesondert gelöst zu bekommen. Beim Auflisten aller Probleme können sich dagegen diagnostische Schwerpunkte herauschälen, die anfangs nicht zu erkennen waren."⁵²⁸

Eine vom behandelnden Arzt erstellte umfassende Problemliste ist auch für den als Konsiliarius zugezogenen Spezialisten wichtig, damit auch er den Kontext zu seinem speziellen Problem sieht.

Das Krankenblatt alleine kann noch nicht die Qualität der medizinischen Versorgung garantieren: "Man kann vielen Leuten Meissel und Marmor geben. Das heisst aber noch nicht, dass einer von ihnen ein Michelangelo sein wird. Aber selbst Michelangelo kann den Marmor nicht mit seinen Nägeln wegkratzen. Er braucht dazu den Meissel."⁵²⁹

⁵²⁸ Weed (KG):237f.

⁵²⁹ Weed (KG):242.

3 Listen der Diagnosis Related Groups

Copyrighthinweise: Die Liste der HCFA-DRG's ist public domain; die Liste der AP-DRG's untersteht (ausserhalb des Staates New York) dem Copyright der 3M. Die Liste der APR-DRG's untersteht dem Copyright von 3M. Die Listen der AP-DRG's und der APR-DRG's wurden mit freundlicher Erlaubnis der 3M hier abgedruckt.

Legende:

AMI	akuter Myokardinfarkt (acute myocardial infarction)
BPD	Krankheiten der Luftröhre und der Bronchien (bronchopulmonary disease)
BWT	Geburtsgewicht (birthweight)
C.D.E.	Exploration des Ductus choledochus (common duct exploration)
CC	Begleiterkrankung oder Komplikation (comorbidity or complication)
CHF	Herzinsuffizienz (congestive heart failure)
COMP	Komplikation (complication)
COPD	Chronische obstruktive Lungenerkrankung (chronic obstructive pulmonary disease)
C.V.	kardiovaskulär (cardiovascular)
CWEIGHT	Kostengewicht (cost weight)
D&C	Dilatation und Curettage
DISL	Luxation (dislocation)
DRG	Diagnosis Related Group
ENT	Ohren, Nasen, Hals (ear, nose and throat)
EXC	ausser (except)
FX	Fraktur (fracture)
G.I.	gastrointestinal
HR	Stunden (hours)
HTRIM	oberer Grenzwert (high trimpoint)
INJ	Verletzung (injury)
LTRIM	unterer Grenzwert (low trimpoint)
MAJ CC	Schwerwiegende Begleiterkrankung oder Komplikation (major CC)
MDC	DRG-Hauptkategorie (Major Diagnostic Category)
MLOS1	Durchschnittliche Aufenthaltszeit "Upstate New York"
MLOS2	Durchschnittliche Aufenthaltszeit "Downstate New York"
O.R. PROC	Operativer Eingriff (operating room procedure)
PROC	Eingriff (procedure)
SIG	signifikant
SPRN	Verstauchung (sprain)
STRN	Zerrung (strain)
TIA	Transitorischer Insult (transient ischemic attack)
UTI	Harnwegsinfekt (urinary tract infection)
W	mit (with)
W/O	ohne (without)
WND	Wunde (wound)

3.1 Liste der HCFA-DRG's (Health Care Financing Administration DRG's), Version 12.0

MDC 1: DISEASES & DISORDERS OF THE NERVOUS SYSTEM

001 CRANIOTOMY AGE >17 EXCEPT FOR TRAUMA
 002 CRANIOTOMY FOR TRAUMA AGE >17
 003 CRANIOTOMY AGE 0-17
 004 SPINAL PROCEDURES
 005 EXTRACRANIAL VASCULAR PROCEDURES
 006 CARPAL TUNNEL RELEASE
 007 PERIPH & CRANIAL NERVE & OTHER NERV SYST PROC
 W CC
 008 PERIPH & CRANIAL NERVE & OTHER NERV SYST PROC
 W/O CC
 009 SPINAL DISORDERS & INJURIES
 010 NERVOUS SYSTEM NEOPLASMS W CC
 011 NERVOUS SYSTEM NEOPLASMS W/O CC
 012 DEGENERATIVE NERVOUS SYSTEM DISORDERS
 013 MULTIPLE SCLEROSIS & CEREBELLAR ATAXIA
 014 SPECIFIC CEREBROVASCULAR DISORDERS EXCEPT TIA
 015 TRANSIENT ISCHEMIC ATTACK & PRECEREBRAL
 OCCLUSIONS
 016 NONSPECIFIC CEREBROVASCULAR DISORDERS W CC
 017 NONSPECIFIC CEREBROVASCULAR DISORDERS W/O CC
 018 CRANIAL & PERIPHERAL NERVE DISORDERS W CC
 019 CRANIAL & PERIPHERAL NERVE DISORDERS W/O CC
 020 NERVOUS SYSTEM INFECTION EXCEPT VIRAL
 MENINGITIS
 021 VIRAL MENINGITIS
 022 HYPERTENSIVE ENCEPHALOPATHY
 023 NONTRAUMATIC STUPOR & COMA
 024 SEIZURE & HEADACHE AGE >17 W CC
 025 SEIZURE & HEADACHE AGE >17 W/O CC
 026 SEIZURE & HEADACHE AGE 0-17
 027 TRAUMATIC STUPOR & COMA, COMA >1 HR
 028 TRAUMATIC STUPOR & COMA, COMA <1 HR AGE >17 W
 CC
 029 TRAUMATIC STUPOR & COMA, COMA <1 HR AGE >17
 W/O CC
 030 TRAUMATIC STUPOR & COMA, COMA <1 HR AGE 0-17
 031 CONCUSSION AGE >17 W CC
 032 CONCUSSION AGE >17 W/O CC
 033 CONCUSSION AGE 0-17
 034 OTHER DISORDERS OF NERVOUS SYSTEM W CC
 035 OTHER DISORDERS OF NERVOUS SYSTEM W/O CC
 036 RETINAL PROCEDURES

042 INTRAOCULAR PROCEDURES EXCEPT RETINA, IRIS &
 LENS
 043 HYPHEMA
 044 ACUTE MAJOR EYE INFECTIONS
 045 NEUROLOGICAL EYE DISORDERS
 046 OTHER DISORDERS OF THE EYE AGE >17 W CC
 047 OTHER DISORDERS OF THE EYE AGE >17 W/O CC
 048 OTHER DISORDERS OF THE EYE AGE 0-17

MDC 3: DISEASES & DISORDERS OF THE EAR, NOSE, MOUTH & THROAT

049 MAJOR HEAD & NECK PROCEDURES
 050 SIALOADENECTOMY
 051 SALIVARY GLAND PROCEDURES EXCEPT
 SIALOADENECTOMY
 052 CLEFT LIP & PALATE REPAIR
 053 SINUS & MASTOID PROCEDURES AGE >17
 054 SINUS & MASTOID PROCEDURES AGE 0-17
 055 MISCELLANEOUS EAR, NOSE, MOUTH & THROAT
 PROCEDURES
 056 RHINOPLASTY
 057 T&A PROC, EXCEPT TONSILLECTOMY &/OR
 ADENOIDECTOMY ONLY, AGE >17
 058 T&A PROC, EXCEPT TONSILLECTOMY &/OR
 ADENOIDECTOMY ONLY, AGE 0-17
 059 TONSILLECTOMY &/OR ADENOIDECTOMY ONLY, AGE
 >17
 060 TONSILLECTOMY &/OR ADENOIDECTOMY ONLY, AGE 0-
 17
 061 MYRINGOTOMY W TUBE INSERTION AGE >17
 062 MYRINGOTOMY W TUBE INSERTION AGE 0-17
 063 OTHER EAR, NOSE, MOUTH & THROAT O.R.
 PROCEDURES
 064 EAR, NOSE, MOUTH & THROAT MALIGNANCY
 065 DYSEQUILIBRIUM
 066 EPISTAXIS
 067 EPIGLOTTITIS
 068 OTITIS MEDIA & URI AGE >17 W CC
 069 OTITIS MEDIA & URI AGE >17 W/O CC
 070 OTITIS MEDIA & URI AGE 0-17
 071 LARYNGOTRACHEITIS
 072 NASAL TRAUMA & DEFORMITY
 073 OTHER EAR, NOSE, MOUTH & THROAT DIAGNOSES AGE
 >17
 074 OTHER EAR, NOSE, MOUTH & THROAT DIAGNOSES AGE
 0-17

MDC 2: DISEASES & DISORDERS OF THE EYE

037 ORBITAL PROCEDURES
 038 PRIMARY IRIS PROCEDURES
 039 LENS PROCEDURES WITH OR WITHOUT VITRECTOMY
 040 EXTRAOCULAR PROCEDURES EXCEPT ORBIT AGE >17
 041 EXTRAOCULAR PROCEDURES EXCEPT ORBIT AGE 0-17

MDC 4: DISEASES & DISORDERS OF THE

RESPIRATORY SYSTEM

075 MAJOR CHEST PROCEDURES
 076 OTHER RESP SYSTEM O.R. PROCEDURES W CC
 077 OTHER RESP SYSTEM O.R. PROCEDURES W/O CC

475 RESPIRATORY SYSTEM DIAGNOSIS WITH VENTILATOR SUPPORT
 078 PULMONARY EMBOLISM
 079 RESPIRATORY INFECTIONS & INFLAMMATIONS AGE >17 W CC
 080 RESPIRATORY INFECTIONS & INFLAMMATIONS AGE >17 W/O CC
 081 RESPIRATORY INFECTIONS & INFLAMMATIONS AGE 0-17
 082 RESPIRATORY NEOPLASMS
 083 MAJOR CHEST TRAUMA W CC
 084 MAJOR CHEST TRAUMA W/O CC
 085 PLEURAL EFFUSION W CC
 086 PLEURAL EFFUSION W/O CC
 087 PULMONARY EDEMA & RESPIRATORY FAILURE
 088 CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE
 089 SIMPLE PNEUMONIA & PLEURISY AGE >17 W CC
 090 SIMPLE PNEUMONIA & PLEURISY AGE >17 W/O CC
 091 SIMPLE PNEUMONIA & PLEURISY AGE 0-17
 092 INTERSTITIAL LUNG DISEASE W CC
 093 INTERSTITIAL LUNG DISEASE W/O CC
 094 PNEUMOTHORAX W CC
 095 PNEUMOTHORAX W/O CC
 096 BRONCHITIS & ASTHMA AGE >17 W CC
 097 BRONCHITIS & ASTHMA AGE >17 W/O CC
 098 BRONCHITIS & ASTHMA AGE 0-17
 099 RESPIRATORY SIGNS & SYMPTOMS W CC
 100 RESPIRATORY SIGNS & SYMPTOMS W/O CC
 101 OTHER RESPIRATORY SYSTEM DIAGNOSES W CC
 102 OTHER RESPIRATORY SYSTEM DIAGNOSES W/O CC

MDC 5: DISEASES & DISORDERS OF THE

CIRCULATORY SYSTEM

103 HEART TRANSPLANT
 104 CARDIAC VALVE PROCEDURES W CARDIAC CATH
 105 CARDIAC VALVE PROCEDURES W/O CARDIAC CATH
 106 CORONARY BYPASS W CARDIAC CATH
 107 CORONARY BYPASS W/O CARDIAC CATH
 108 OTHER CARDIOTHORACIC PROCEDURES
 109 NO LONGER VALID
 110 MAJOR CARDIOVASCULAR PROCEDURES W CC
 111 MAJOR CARDIOVASCULAR PROCEDURES W/O CC
 112 PERCUTANEOUS CARDIOVASCULAR PROCEDURES
 113 AMPUTATION FOR CIRC SYSTEM DISORDERS EXCEPT UPPER LIMB & TOE
 114 UPPER LIMB & TOE AMPUTATION FOR CIRC SYSTEM DISORDERS
 115 PERM CARDIAC PACEMAKER IMPLANT W AMI, HEART FAILURE OR SHOCK
 116 OTH PERM CARDIAC PACEMAKER IMPLANT OR AICD LEAD OR GENERATOR PROC

117 CARDIAC PACEMAKER REVISION EXCEPT DEVICE REPLACEMENT
 118 CARDIAC PACEMAKER DEVICE REPLACEMENT
 119 VEIN LIGATION & STRIPPING
 478 OTHER VASCULAR PROCEDURES W CC
 479 OTHER VASCULAR PROCEDURES W/O CC
 120 OTHER CIRCULATORY SYSTEM O.R. PROCEDURES

121 CIRCULATORY DISORDERS W AMI & C.V. COMP DISCH ALIVE
 122 CIRCULATORY DISORDERS W AMI W/O C.V. COMP DISCH ALIVE
 123 CIRCULATORY DISORDERS W AMI, EXPIRED
 124 CIRCULATORY DISORDERS EXCEPT AMI, W CARD CATH & COMPLEX DIAG
 125 CIRCULATORY DISORDERS EXCEPT AMI, W CARD CATH W/O COMPLEX DIAG
 126 ACUTE & SUBACUTE ENDOCARDITIS
 127 HEART FAILURE & SHOCK
 128 DEEP VEIN THROMBOPHLEBITIS
 129 CARDIAC ARREST, UNEXPLAINED
 130 PERIPHERAL VASCULAR DISORDERS W CC
 131 PERIPHERAL VASCULAR DISORDERS W/O CC
 132 ATHEROSCLEROSIS W CC
 133 ATHEROSCLEROSIS W/O CC
 134 HYPERTENSION
 135 CARDIAC CONGENITAL & VALVULAR DISORDERS AGE >17 W CC
 136 CARDIAC CONGENITAL & VALVULAR DISORDERS AGE >17 W/O CC
 137 CARDIAC CONGENITAL & VALVULAR DISORDERS AGE 0-17
 138 CARDIAC ARRHYTHMIA & CONDUCTION DISORDERS W CC
 139 CARDIAC ARRHYTHMIA & CONDUCTION DISORDERS W/O CC
 140 ANGINA PECTORIS
 141 SYNCOPE & COLLAPSE W CC
 142 SYNCOPE & COLLAPSE W/O CC
 143 CHEST PAIN
 144 OTHER CIRCULATORY SYSTEM DIAGNOSES W CC
 145 OTHER CIRCULATORY SYSTEM DIAGNOSES W/O CC

MDC 6: DISEASES & DISORDERS OF THE

DIGESTIVE SYSTEM

146 RECTAL RESECTION W CC
 147 RECTAL RESECTION W/O CC
 148 MAJOR SMALL & LARGE BOWEL PROCEDURES W CC
 149 MAJOR SMALL & LARGE BOWEL PROCEDURES W/O CC
 150 PERITONEAL ADHESIOLYSIS W CC
 151 PERITONEAL ADHESIOLYSIS W/O CC
 152 MINOR SMALL & LARGE BOWEL PROCEDURES W CC
 153 MINOR SMALL & LARGE BOWEL PROCEDURES W/O CC
 154 STOMACH, ESOPHAGEAL & DUODENAL PROCEDURES AGE >17 W CC
 155 STOMACH, ESOPHAGEAL & DUODENAL PROCEDURES AGE >17 W/O CC
 156 STOMACH, ESOPHAGEAL & DUODENAL PROCEDURES AGE 0-17
 157 ANAL & STOMAL PROCEDURES W CC
 158 ANAL & STOMAL PROCEDURES W/O CC

159 HERNIA PROCEDURES EXCEPT INGUINAL & FEMORAL AGE >17 W CC
 160 HERNIA PROCEDURES EXCEPT INGUINAL & FEMORAL AGE >17 W/O CC
 161 INGUINAL & FEMORAL HERNIA PROCEDURES AGE >17 W CC
 162 INGUINAL & FEMORAL HERNIA PROCEDURES AGE >17 W/O CC
 163 HERNIA PROCEDURES AGE 0-17
 164 APPENDECTOMY W COMPLICATED PRINCIPAL DIAG W CC
 165 APPENDECTOMY W COMPLICATED PRINCIPAL DIAG W/O CC
 166 APPENDECTOMY W/O COMPLICATED PRINCIPAL DIAG W CC
 167 APPENDECTOMY W/O COMPLICATED PRINCIPAL DIAG W/O CC
 168 MOUTH PROCEDURES W CC
 169 MOUTH PROCEDURES W/O CC
 170 OTHER DIGESTIVE SYSTEM O.R. PROCEDURES W CC
 171 OTHER DIGESTIVE SYSTEM O.R. PROCEDURES W/O CC

172 DIGESTIVE MALIGNANCY W CC
 173 DIGESTIVE MALIGNANCY W/O CC
 174 G.I. HEMORRHAGE W CC
 175 G.I. HEMORRHAGE W/O CC
 176 COMPLICATED PEPTIC ULCER
 177 UNCOMPLICATED PEPTIC ULCER W CC
 178 UNCOMPLICATED PEPTIC ULCER W/O CC
 179 INFLAMMATORY BOWEL DISEASE
 180 G.I. OBSTRUCTION W CC
 181 G.I. OBSTRUCTION W/O CC
 182 ESOPHAGITIS, GASTROENT & MISC DIGEST DISORDERS AGE >17 W CC
 183 ESOPHAGITIS, GASTROENT & MISC DIGEST DISORDERS AGE >17 W/O CC
 184 ESOPHAGITIS, GASTROENT & MISC DIGEST DISORDERS AGE 0-17
 185 DENTAL & ORAL DIS EXCEPT EXTRACTIONS & RESTORATIONS, AGE >17
 186 DENTAL & ORAL DIS EXCEPT EXTRACTIONS & RESTORATIONS, AGE 0-17
 187 DENTAL EXTRACTIONS & RESTORATIONS
 188 OTHER DIGESTIVE SYSTEM DIAGNOSES AGE >17 W CC
 189 OTHER DIGESTIVE SYSTEM DIAGNOSES AGE >17 W/O CC
 190 OTHER DIGESTIVE SYSTEM DIAGNOSES AGE 0-17

MDC 7: DISEASES & DISORDERS OF THE HEPATOBIILIARY SYSTEM & PANCREAS

191 PANCREAS, LIVER & SHUNT PROCEDURES W CC
 192 PANCREAS, LIVER & SHUNT PROCEDURES W/O CC
 193 BILIARY TRACT PROC EXCEPT ONLY CHOLECYST W OR W/O C.D.E. W CC
 194 BILIARY TRACT PROC EXCEPT ONLY CHOLECYST W OR W/O C.D.E. W/O CC
 195 CHOLECYSTECTOMY W C.D.E. W CC
 196 CHOLECYSTECTOMY W C.D.E. W/O CC
 493 LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY W/O C.D.E. W CC
 494 LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY W/O C.D.E. W/O CC

197 CHOLECYSTECTOMY EXCEPT BY LAPAROSCOPE W/O C.D.E. W CC
 198 CHOLECYSTECTOMY EXCEPT BY LAPAROSCOPE W/O C.D.E. W/O CC
 199 HEPATOBIILIARY DIAGNOSTIC PROCEDURE FOR MALIGNANCY
 200 HEPATOBIILIARY DIAGNOSTIC PROCEDURE FOR NON-MALIGNANCY
 201 OTHER HEPATOBIILIARY OR PANCREAS O.R. PROCEDURES
 202 CIRRHOSIS & ALCOHOLIC HEPATITIS
 203 MALIGNANCY OF HEPATOBIILIARY SYSTEM OR PANCREAS
 204 DISORDERS OF PANCREAS EXCEPT MALIGNANCY
 205 DISORDERS OF LIVER EXCEPT MALIG,CIRR,ALC HEPA W CC
 206 DISORDERS OF LIVER EXCEPT MALIG,CIRR,ALC HEPA W/O CC
 207 DISORDERS OF THE BILIARY TRACT W CC
 208 DISORDERS OF THE BILIARY TRACT W/O CC

MDC 8: DISEASES & DISORDERS OF THE MUSCULOSKELETAL SYSTEM & CONN TISSUE

471 BILATERAL OR MULTIPLE MAJOR JOINT PROCS OF LOWER EXTREMITY
 491 MAJOR JOINT & LIMB REATTACHMENT PROCEDURES OF UPPER EXTREMITY
 209 MAJOR JOINT & LIMB REATTACHMENT PROCEDURES OF LOWER EXTREMITY
 210 HIP & FEMUR PROCEDURES EXCEPT MAJOR JOINT AGE >17 W CC
 211 HIP & FEMUR PROCEDURES EXCEPT MAJOR JOINT AGE >17 W/O CC
 212 HIP & FEMUR PROCEDURES EXCEPT MAJOR JOINT AGE 0-17
 213 AMPUTATION FOR MUSCULOSKELETAL SYSTEM & CONN TISSUE DISORDERS
 214 BACK & NECK PROCEDURES W CC
 215 BACK & NECK PROCEDURES W/O CC
 216 BIOPSIES OF MUSCULOSKELETAL SYSTEM & CONNECTIVE TISSUE
 217 WND DEBRID & SKN GRFT EXCEPT HAND, FOR MUSCSKELET & CONN TISS DIS
 218 LOWER EXTREM & HUMER PROC EXCEPT HIP, FOOT, FEMUR AGE >17 W CC
 219 LOWER EXTREM & HUMER PROC EXCEPT HIP, FOOT, FEMUR AGE >17 W/O CC
 220 LOWER EXTREM & HUMER PROC EXCEPT HIP, FOOT, FEMUR AGE 0-17
 221 KNEE PROCEDURES W CC
 222 KNEE PROCEDURES W/O CC
 223 MAJOR SHOULDER/ELBOW PROC, OR OTHER UPPER EXTREMITY PROC W CC
 224 SHOULDER, ELBOW OR FOREARM PROC, EXC MAJOR JOINT PROC, W/O CC
 225 FOOT PROCEDURES
 226 SOFT TISSUE PROCEDURES W CC
 227 SOFT TISSUE PROCEDURES W/O CC

228 MAJOR THUMB OR JOINT PROC,OR OTH HAND OR WRIST PROC W CC
 229 HAND OR WRIST PROC, EXCEPT MAJOR JOINT PROC, W/O CC
 230 LOCAL EXCISION & REMOVAL OF INT FIX DEVICES OF HIP & FEMUR
 231 LOCAL EXCISION & REMOVAL OF INT FIX DEVICES EXCEPT HIP & FEMUR
 232 ARTHROSCOPY
 233 OTHER MUSCULOSKELET SYS & CONN TISS O.R. PROC W CC
 234 OTHER MUSCULOSKELET SYS & CONN TISS O.R. PROC W/O CC

 235 FRACTURES OF FEMUR
 236 FRACTURES OF HIP & PELVIS
 237 SPRAINS, STRAINS, & DISLOCATIONS OF HIP, PELVIS & THIGH
 238 OSTEOMYELITIS
 239 PATHOLOGICAL FRACTURES & MUSCULOSKELETAL & CONN TISS MALIGNANCY
 240 CONNECTIVE TISSUE DISORDERS W CC
 241 CONNECTIVE TISSUE DISORDERS W/O CC
 242 SEPTIC ARTHRITIS
 243 MEDICAL BACK PROBLEMS
 244 BONE DISEASES & SPECIFIC ARTHROPATHIES W CC
 245 BONE DISEASES & SPECIFIC ARTHROPATHIES W/O CC
 246 NON-SPECIFIC ARTHROPATHIES
 247 SIGNS & SYMPTOMS OF MUSCULOSKELETAL SYSTEM & CONN TISSUE
 248 TENDONITIS, MYOSITIS & BURSITIS
 249 AFTERCARE, MUSCULOSKELETAL SYSTEM & CONNECTIVE TISSUE
 250 FX, SPRN, STRN & DISL OF FOREARM, HAND, FOOT AGE >17 W CC
 251 FX, SPRN, STRN & DISL OF FOREARM, HAND, FOOT AGE >17 W/O CC
 252 FX, SPRN, STRN & DISL OF FOREARM, HAND, FOOT AGE 0-17
 253 FX, SPRN, STRN & DISL OF UPARM,LOWLEG EX FOOT AGE >17 W CC
 254 FX, SPRN, STRN & DISL OF UPARM,LOWLEG EX FOOT AGE >17 W/O CC
 255 FX, SPRN, STRN & DISL OF UPARM,LOWLEG EX FOOT AGE 0-17
 256 OTHER MUSCULOSKELETAL SYSTEM & CONNECTIVE TISSUE DIAGNOSES

MDC 9: DISEASES & DISORDERS OF THE SKIN, SUBCUTANEOUS TISSUE & BREAST

257 TOTAL MASTECTOMY FOR MALIGNANCY W CC
 258 TOTAL MASTECTOMY FOR MALIGNANCY W/O CC
 259 SUBTOTAL MASTECTOMY FOR MALIGNANCY W CC
 260 SUBTOTAL MASTECTOMY FOR MALIGNANCY W/O CC
 261 BREAST PROC FOR NON-MALIGNANCY EXCEPT BIOPSY & LOCAL EXCISION
 262 BREAST BIOPSY & LOCAL EXCISION FOR NON-MALIGNANCY
 263 SKIN GRAFT &/OR DEBRID FOR SKN ULCER OR CELLULITIS W CC

264 SKIN GRAFT &/OR DEBRID FOR SKN ULCER OR CELLULITIS W/O CC
 265 SKIN GRAFT &/OR DEBRID EXCEPT FOR SKIN ULCER OR CELLULITIS W CC
 266 SKIN GRAFT &/OR DEBRID EXCEPT FOR SKIN ULCER OR CELLULITIS W/O CC
 267 PERIANAL & PILONIDAL PROCEDURES
 268 SKIN, SUBCUTANEOUS TISSUE & BREAST PLASTIC PROCEDURES
 269 OTHER SKIN, SUBCUT TISS & BREAST PROC W CC
 270 OTHER SKIN, SUBCUT TISS & BREAST PROC W/O CC

 271 SKIN ULCERS
 272 MAJOR SKIN DISORDERS W CC
 273 MAJOR SKIN DISORDERS W/O CC
 274 MALIGNANT BREAST DISORDERS W CC
 275 MALIGNANT BREAST DISORDERS W/O CC
 276 NON-MALIGANT BREAST DISORDERS
 277 CELLULITIS AGE >17 W CC
 278 CELLULITIS AGE >17 W/O CC
 279 CELLULITIS AGE 0-17
 280 TRAUMA TO THE SKIN, SUBCUT TISS & BREAST AGE >17 W CC
 281 TRAUMA TO THE SKIN, SUBCUT TISS & BREAST AGE >17 W/O CC
 282 TRAUMA TO THE SKIN, SUBCUT TISS & BREAST AGE 0-17
 283 MINOR SKIN DISORDERS W CC
 284 MINOR SKIN DISORDERS W/O CC

MDC 10: ENDOCRINE, NUTRITIONAL & METABOLIC DISEASES & DISORDERS

285 AMPUTAT OF LOWER LIMB FOR ENDOCRINE,NUTRIT,& METABOL DISORDERS
 286 ADRENAL & PITUITARY PROCEDURES
 287 SKIN GRAFTS & WOUND DEBRID FOR ENDOC, NUTRIT & METAB DISORDERS
 288 O.R. PROCEDURES FOR OBESITY
 289 PARATHYROID PROCEDURES
 290 THYROID PROCEDURES
 291 THYROGLOSSAL PROCEDURES
 292 OTHER ENDOCRINE, NUTRIT & METAB O.R. PROC W CC
 293 OTHER ENDOCRINE, NUTRIT & METAB O.R. PROC W/O CC

 294 DIABETES AGE >35
 295 DIABETES AGE 0-35
 296 NUTRITIONAL & MISC METABOLIC DISORDERS AGE >17 W CC
 297 NUTRITIONAL & MISC METABOLIC DISORDERS AGE >17 W/O CC
 298 NUTRITIONAL & MISC METABOLIC DISORDERS AGE 0-17
 299 INBORN ERRORS OF METABOLISM
 300 ENDOCRINE DISORDERS W CC
 301 ENDOCRINE DISORDERS W/O CC

MDC 11: DISEASES & DISORDERS OF THE
KIDNEY & URINARY TRACT

- 302 KIDNEY TRANSPLANT
303 KIDNEY, URETER & MAJOR BLADDER PROCEDURES FOR
NEOPLASM
304 KIDNEY, URETER & MAJOR BLADDER PROC FOR NON-
NEOPL W CC
305 KIDNEY, URETER & MAJOR BLADDER PROC FOR NON-
NEOPL W/O CC
306 PROSTATECTOMY W CC
307 PROSTATECTOMY W/O CC
308 MINOR BLADDER PROCEDURES W CC
309 MINOR BLADDER PROCEDURES W/O CC
310 TRANSURETHRAL PROCEDURES W CC
311 TRANSURETHRAL PROCEDURES W/O CC
312 URETHRAL PROCEDURES, AGE >17 W CC
313 URETHRAL PROCEDURES, AGE >17 W/O CC
314 URETHRAL PROCEDURES, AGE 0-17
315 OTHER KIDNEY & URINARY TRACT O.R. PROCEDURES
- 316 RENAL FAILURE
317 ADMIT FOR RENAL DIALYSIS
318 KIDNEY & URINARY TRACT NEOPLASMS W CC
319 KIDNEY & URINARY TRACT NEOPLASMS W/O CC
320 KIDNEY & URINARY TRACT INFECTIONS AGE >17 W
CC
321 KIDNEY & URINARY TRACT INFECTIONS AGE >17 W/O
CC
322 KIDNEY & URINARY TRACT INFECTIONS AGE 0-17
323 URINARY STONES W CC, &/OR ESW LITHOTRIPSY
324 URINARY STONES W/O CC
325 KIDNEY & URINARY TRACT SIGNS & SYMPTOMS AGE
>17 W CC
326 KIDNEY & URINARY TRACT SIGNS & SYMPTOMS AGE
>17 W/O CC
327 KIDNEY & URINARY TRACT SIGNS & SYMPTOMS AGE
0-17
328 URETHRAL STRICTURE AGE >17 W CC
329 URETHRAL STRICTURE AGE >17 W/O CC
330 URETHRAL STRICTURE AGE 0-17
331 OTHER KIDNEY & URINARY TRACT DIAGNOSES AGE
>17 W CC
332 OTHER KIDNEY & URINARY TRACT DIAGNOSES AGE
>17 W/O CC
333 OTHER KIDNEY & URINARY TRACT DIAGNOSES AGE 0-
17

MDC 12: DISEASES & DISORDERS OF THE MALE
REPRODUCTIVE SYSTEM

- 334 MAJOR MALE PELVIC PROCEDURES W CC
335 MAJOR MALE PELVIC PROCEDURES W/O CC
336 TRANSURETHRAL PROSTATECTOMY W CC
337 TRANSURETHRAL PROSTATECTOMY W/O CC
338 TESTES PROCEDURES, FOR MALIGNANCY
339 TESTES PROCEDURES, NON-MALIGNANCY AGE >17
340 TESTES PROCEDURES, NON-MALIGNANCY AGE 0-17
341 PENIS PROCEDURES
342 CIRCUMCISION AGE >17

- 343 CIRCUMCISION AGE 0-17
344 OTHER MALE REPRODUCTIVE SYSTEM O.R.
PROCEDURES FOR MALIGNANCY
345 OTHER MALE REPRODUCTIVE SYSTEM O.R. PROC
EXCEPT FOR MALIGNANCY
346 MALIGNANCY, MALE REPRODUCTIVE SYSTEM, W CC
347 MALIGNANCY, MALE REPRODUCTIVE SYSTEM, W/O CC
348 BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY W CC
349 BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY W/O CC
350 INFLAMMATION OF THE MALE REPRODUCTIVE SYSTEM
351 STERILIZATION, MALE
352 OTHER MALE REPRODUCTIVE SYSTEM DIAGNOSES

MDC 13: DISEASES & DISORDERS OF THE
FEMALE REPRODUCTIVE SYSTEM

- 353 PELVIC EVISCERATION, RADICAL HYSTERECTOMY &
RADICAL VULVECTOMY
354 UTERINE, ADNEXA PROC FOR NON-OVARIAN/ADNEXAL
MALIG W CC
355 UTERINE, ADNEXA PROC FOR NON-OVARIAN/ADNEXAL
MALIG W/O CC
356 FEMALE REPRODUCTIVE SYSTEM RECONSTRUCTIVE
PROCEDURES
357 UTERINE & ADNEXA PROC FOR OVARIAN OR ADNEXAL
MALIGNANCY
358 UTERINE & ADNEXA PROC FOR NON-MALIGNANCY W CC
359 UTERINE & ADNEXA PROC FOR NON-MALIGNANCY W/O
CC
360 VAGINA, CERVIX & VULVA PROCEDURES
361 LAPAROSCOPY & INCISIONAL TUBAL INTERRUPTION
362 ENDOSCOPIC TUBAL INTERRUPTION
363 D&C, CONIZATION & RADIO-IMPLANT, FOR
MALIGNANCY
364 D&C, CONIZATION EXCEPT FOR MALIGNANCY
365 OTHER FEMALE REPRODUCTIVE SYSTEM O.R.
PROCEDURES
- 366 MALIGNANCY, FEMALE REPRODUCTIVE SYSTEM W CC
367 MALIGNANCY, FEMALE REPRODUCTIVE SYSTEM W/O CC
368 INFECTIONS, FEMALE REPRODUCTIVE SYSTEM
369 MENSTRUAL & OTHER FEMALE REPRODUCTIVE SYSTEM
DISORDERS

MDC 14: PREGNANCY, CHILDBIRTH & THE
PUERPERIUM

- 370 CESAREAN SECTION W CC
371 CESAREAN SECTION W/O CC
372 VAGINAL DELIVERY W COMPLICATING DIAGNOSES
373 VAGINAL DELIVERY W/O COMPLICATING DIAGNOSES
374 VAGINAL DELIVERY W STERILIZATION &/OR D&C
375 VAGINAL DELIVERY W O.R. PROC EXCEPT STERIL
&/OR D&C
377 POSTPARTUM & POST ABORTION DIAGNOSES W O.R.
PROCEDURE
376 POSTPARTUM & POST ABORTION DIAGNOSES W/O O.R.
PROCEDURE

378 ECTOPIC PREGNANCY
 379 THREATENED ABORTION
 380 ABORTION W/O D&C
 381 ABORTION W D&C, ASPIRATION CURETTAGE OR
 HYSTEROTOMY
 382 FALSE LABOR
 383 OTHER ANTEPARTUM DIAGNOSES W MEDICAL
 COMPLICATIONS
 384 OTHER ANTEPARTUM DIAGNOSES W/O MEDICAL
 COMPLICATIONS

MDC 15: NEWBORNS & OTHER NEONATES

385 NEONATES, DIED OR TRANSFERRED TO ANOTHER
 ACUTE CARE FACILITY
 386 EXTREME IMMATUREITY OR RESPIRATORY DISTRESS
 SYNDROME, NEONATE
 387 PREMATURITY W MAJOR PROBLEMS
 388 PREMATURITY W/O MAJOR PROBLEMS
 389 FULL TERM NEONATE W MAJOR PROBLEMS
 390 NEONATE W OTHER SIGNIFICANT PROBLEMS
 391 NORMAL NEWBORN

MDC 16: DISEASES & DISORDERS OF BLOOD,
BLOOD FORMING ORGANS,
IMMUNOLOGICAL DISORDERS

392 SPLENECTOMY AGE >17
 393 SPLENECTOMY AGE 0-17
 394 OTHER O.R. PROCEDURES OF THE BLOOD AND BLOOD
 FORMING ORGANS
 395 RED BLOOD CELL DISORDERS AGE >17
 396 RED BLOOD CELL DISORDERS AGE 0-17
 397 COAGULATION DISORDERS
 398 RETICULOENDOTHELIAL & IMMUNITY DISORDERS W CC
 399 RETICULOENDOTHELIAL & IMMUNITY DISORDERS W/O
 CC

MDC 17: MYELOPROLIFERATIVE DISEASES &
DISORDERS, POORLY DIFFERENTIATED
NEOPLASM

400 LYMPHOMA & LEUKEMIA W MAJOR O.R. PROCEDURE
 401 LYMPHOMA & NON-ACUTE LEUKEMIA W OTHER O.R.
 PROC W CC
 402 LYMPHOMA & NON-ACUTE LEUKEMIA W OTHER O.R.
 PROC W/O CC
 403 LYMPHOMA & NON-ACUTE LEUKEMIA W CC
 404 LYMPHOMA & NON-ACUTE LEUKEMIA W/O CC
 473 ACUTE LEUKEMIA W/O MAJOR O.R. PROCEDURE AGE
 >17
 405 ACUTE LEUKEMIA W/O MAJOR O.R. PROCEDURE AGE
 0-17
 406 MYELOPROLIF DISORD OR POORLY DIFF NEOPL W MAJ
 O.R.PROC W CC

407 MYELOPROLIF DISORD OR POORLY DIFF NEOPL W MAJ
 O.R.PROC W/O CC
 408 MYELOPROLIF DISORD OR POORLY DIFF NEOPL W
 OTHER O.R.PROC
 409 RADIO THERAPY
 492 CHEMOTHERAPY W ACUTE LEUKEMIA AS SECONDARY
 DIAGNOSIS
 410 CHEMOTHERAPY W/O ACUTE LEUKEMIA AS SECONDARY
 DIAGNOSIS
 411 HISTORY OF MALIGNANCY W/O ENDOSCOPY
 412 HISTORY OF MALIGNANCY W ENDOSCOPY
 413 OTHER MYELOPROLIF DIS OR POORLY DIFF NEOPL
 DIAG W CC
 414 OTHER MYELOPROLIF DIS OR POORLY DIFF NEOPL
 DIAG W/O CC

MDC 18: INFECTIOUS & PARASITIC DISEASES,
SYSTEMIC OR UNSPECIFIED SITES

415 O.R. PROCEDURE FOR INFECTIOUS & PARASITIC
 DISEASES
 416 SEPTICEMIA AGE >17
 417 SEPTICEMIA AGE 0-17
 418 POSTOPERATIVE & POST-TRAUMATIC INFECTIONS
 419 FEVER OF UNKNOWN ORIGIN AGE >17 W CC
 420 FEVER OF UNKNOWN ORIGIN AGE >17 W/O CC
 421 VIRAL ILLNESS AGE >17
 422 VIRAL ILLNESS & FEVER OF UNKNOWN ORIGIN AGE
 0-17
 423 OTHER INFECTIOUS & PARASITIC DISEASES
 DIAGNOSES

MDC 19: MENTAL DISEASES & DISORDERS

424 O.R. PROCEDURE W PRINCIPAL DIAGNOSES OF
 MENTAL ILLNESS
 425 ACUTE ADJUST REACT & DISTURBANCES OF
 PSYCHOSOCIAL DYSFUNCTION
 426 DEPRESSIVE NEUROSES
 427 NEUROSES EXCEPT DEPRESSIVE
 428 DISORDERS OF PERSONALITY & IMPULSE CONTROL
 429 ORGANIC DISTURBANCES & MENTAL RETARDATION
 430 PSYCHOSES
 431 CHILDHOOD MENTAL DISORDERS
 432 OTHER MENTAL DISORDER DIAGNOSES

MDC 20: ALCOHOL/DRUG USE &
ALCOHOL/DRUG INDUCED ORGANIC
MENTAL DISORDERS

433 ALCOHOL/DRUG ABUSE OR DEPENDENCE, LEFT AMA
 434 ALC/DRUG ABUSE OR DEPEND, DETOX OR OTH SYMPT
 TREAT W CC
 435 ALC/DRUG ABUSE OR DEPEND, DETOX OR OTH SYMPT
 TREAT W/O CC

- 436 ALC/DRUG DEPENDENCE W REHABILITATION THERAPY
- 437 ALC/DRUG DEPENDENCE, COMBINED REHAB & DETOX THERAPY
- 438 NO LONGER VALID

MDC 21: INJURIES, POISONINGS & TOXIC EFFECTS OF DRUGS

- 439 SKIN GRAFTS FOR INJURIES
- 440 WOUND DEBRIDEMENTS FOR INJURIES
- 441 HAND PROCEDURES FOR INJURIES
- 442 OTHER O.R. PROCEDURES FOR INJURIES W CC
- 443 OTHER O.R. PROCEDURES FOR INJURIES W/O CC
- 444 TRAUMATIC INJURY AGE >17 W CC
- 445 TRAUMATIC INJURY AGE >17 W/O CC
- 446 TRAUMATIC INJURY AGE 0-17
- 447 ALLERGIC REACTIONS AGE >17
- 448 ALLERGIC REACTIONS AGE 0-17
- 449 POISONING & TOXIC EFFECTS OF DRUGS AGE >17 W CC
- 450 POISONING & TOXIC EFFECTS OF DRUGS AGE >17 W/O CC
- 451 POISONING & TOXIC EFFECTS OF DRUGS AGE 0-17
- 452 COMPLICATIONS OF TREATMENT W CC
- 453 COMPLICATIONS OF TREATMENT W/O CC
- 454 OTHER INJURY, POISONING & TOXIC EFFECT DIAG W CC
- 455 OTHER INJURY, POISONING & TOXIC EFFECT DIAG W/O CC

MDC 22: BURNS

- 472 EXTENSIVE BURNS W O.R. PROCEDURE
- 458 NON-EXTENSIVE BURNS W SKIN GRAFT
- 459 NON-EXTENSIVE BURNS W WOUND DEBRIDEMENT OR OTHER O.R. PROC
- 456 BURNS, TRANSFERRED TO ANOTHER ACUTE CARE FACILITY
- 457 EXTENSIVE BURNS W/O O.R. PROCEDURE
- 460 NON-EXTENSIVE BURNS W/O O.R. PROCEDURE

MDC 23: FACTORS INFLUENCING HEALTH STATUS & OTHER CONTACTS WITH HEALTH SERVICES

- 461 O.R. PROC W DIAGNOSES OF OTHER CONTACT W HEALTH SERVICES

- 462 REHABILITATION
- 463 SIGNS & SYMPTOMS W CC
- 464 SIGNS & SYMPTOMS W/O CC
- 465 AFTERCARE W HISTORY OF MALIGNANCY AS SECONDARY DIAGNOSIS
- 466 AFTERCARE W/O HISTORY OF MALIGNANCY AS SECONDARY DIAGNOSIS
- 467 OTHER FACTORS INFLUENCING HEALTH STATUS

OTHERS

- 468 EXTENSIVE O.R. PROCEDURE UNRELATED TO PRINCIPAL DIAGNOSIS
- 469 PRINCIPAL DIAGNOSIS INVALID AS DISCHARGE DIAGNOSIS
- 470 UNGROUPABLE
- 474 NO LONGER VALID
- 476 PROSTATIC O.R. PROCEDURE UNRELATED TO PRINCIPAL DIAGNOSIS
- 477 NON-EXTENSIVE O.R. PROCEDURE UNRELATED TO PRINCIPAL DIAGNOSIS

EXCEPTIONS

- 480 LIVER TRANSPLANT
- 481 BONE MARROW TRANSPLANT
- 482 TRACHEOSTOMY FOR FACE, MOUTH & NECK DIAGNOSES
- 483 TRACHEOSTOMY EXCEPT FOR FACE, MOUTH & NECK DIAGNOSES
- 495 LUNG TRANSPLANT

MDC 24: MULTIPLE SIGNIFICANT TRAUMA

- 484 CRANIOTOMY FOR MULTIPLE SIGNIFICANT TRAUMA
- 485 LIMB REATTACHMENT, HIP AND FEMUR PROC FOR MULTIPLE SIGNIFICANT TRAUM
- 486 OTHER O.R. PROCEDURES FOR MULTIPLE SIGNIFICANT TRAUMA
- 487 OTHER MULTIPLE SIGNIFICANT TRAUMA

MDC 25: HIV INFECTIONS

- 488 HIV W EXTENSIVE O.R. PROCEDURE
- 489 HIV W MAJOR RELATED CONDITION
- 490 HIV W OR W/O OTHER RELATED CONDITION

3.2 Liste der AP-DRG's (All Patient Diagnosis Related Groups), Version 12.0

MDC	DRG	DESCRIPTION	CWEIGHT	LTRIM	HTRIM	MLOS1	MLOS2
MDC 1: DISEASES & DISORDERS OF THE NERVOUS SYSTEM							
01	530	CRANIOTOMY W MAJOR CC	10.5510	6	60	28	33
01	531	NERVOUS SYSTEM PROCEDURES EXCEPT CRANIOTOMY W MAJOR CC	6.6198	5	57	19	33
01	1	CRANIOTOMY AGE >17 EXCEPT FOR TRAUMA	4.1018	3	48	14	17
01	2	CRANIOTOMY FOR TRAUMA AGE >17	3.8391	3	49	14	16
01	738	CRANIOTOMY, AGE <18 W CC	4.7747	3	50	17	19
01	739	CRANIOTOMY, AGE <18 W/O CC	2.4794	2	19	7	9
01	737	VENTRICULAR SHUNT REVISION, AGE <18	1.9322	2	26	5	6
01	4	SPINAL PROCEDURES	2.8446	2	41	8	14
01	5	EXTRACRANIAL VASCULAR PROCEDURES	1.7951	2	19	6	7
01	6	CARPAL TUNNEL RELEASE	0.6443	1	4	2	2
01	7	PERIPH & CRANIAL NERVE & OTHER NERV SYST PROC W CC	2.5773	3	46	12	18
01	8	PERIPH & CRANIAL NERVE & OTHER NERV SYST PROC W/O CC	1.3151	2	21	4	5
01	532	TIA, PRECEREBRAL OCCLUSIONS, SEIZ & HEADACHE W MAJOR CC	2.0393	2	46	7	10
01	533	OTH NERV SYS DISORD EXC TIA, SEIZ & HEADACHE W MAJOR CC	4.8524	4	51	19	21
01	9	SPINAL DISORDERS & INJURIES	1.6510	2	44	11	14
01	10	NERVOUS SYSTEM NEOPLASMS W CC	2.2587	3	47	12	15
01	11	NERVOUS SYSTEM NEOPLASMS W/O CC	1.3042	2	43	7	8
01	12	DEGENERATIVE NERVOUS SYSTEM DISORDERS	1.5888	2	45	9	11
01	13	MULTIPLE SCLEROSIS & CEREBELLAR ATAXIA	1.1571	2	32	9	10
01	14	SPECIFIC CEREBROVASCULAR DISORDERS EXCEPT TIA	2.0431	3	47	11	13
01	15	TRANSIENT ISCHEMIC ATTACK & PRECEREBRAL OCCLUSIONS	0.9255	2	33	5	6
01	16	NONSPECIFIC CEREBROVASCULAR DISORDERS W CC	1.7464	2	46	11	11
01	17	NONSPECIFIC CEREBROVASCULAR DISORDERS W/O CC	0.9827	2	37	6	7
01	18	CRANIAL & PERIPHERAL NERVE DISORDERS W CC	1.3441	2	46	9	10
01	19	CRANIAL & PERIPHERAL NERVE DISORDERS W/O CC	0.8112	2	35	5	7
01	20	NERVOUS SYSTEM INFECTION EXCEPT VIRAL MENINGITIS	2.0784	3	47	11	13
01	21	VIRAL MENINGITIS	0.8583	2	22	4	5
01	22	HYPERTENSIVE ENCEPHALOPATHY	1.1147	2	25	5	7
01	761	TRAUMATIC STUPOR & COMA, COMA >1 HR	1.9788	2	43	8	9
01	764	CONCUSS,INTRACRAN INJ W COMA<1 HR OR NO COMA AGE>17 W CC	0.9087	2	31	5	6
01	765	CONCUSS,INTRACRAN INJ W COMA<1 HR /NO COMA AGE>17 W/O CC	0.4069	1	11	2	3
01	762	CONCUSSION,INTRACRAN INJ W COMA <1 HR OR NO COMA AGE <18	0.3035	1	4	2	2
01	766	TRAUMATIC STUPOR & COMA, COMA <1 HR AGE >17 W CC	1.8182	2	46	12	12
01	767	TRAUMATIC STUPOR & COMA, COMA <1 HR AGE >17 W/O CC	0.9827	2	40	6	7
01	763	TRAUMATIC STUPOR & COMA, COMA <1 HR AGE <18	0.9423	2	21	4	5
01	23	NONTRAUMATIC STUPOR & COMA	0.8415	2	30	5	6
01	24	SEIZURE & HEADACHE AGE >17 W CC	1.1340	2	32	6	7
01	25	SEIZURE & HEADACHE AGE >17 W/O CC	0.8276	2	31	4	5
01	768	SEIZURE & HEADACHE AGE <18 W CC	0.8814	2	23	5	5
01	769	SEIZURE & HEADACHE AGE <18 W/O CC	0.7536	2	15	3	4
01	34	OTHER DISORDERS OF NERVOUS SYSTEM W CC	1.3084	2	44	7	9
01	35	OTHER DISORDERS OF NERVOUS SYSTEM W/O CC	0.8986	2	35	5	6
MDC 2: DISEASES & DISORDERS OF THE EYE							
02	534	EYE PROCEDURES W MAJOR CC	1.9061	2	36	11	11
02	36	RETINAL PROCEDURES	0.9339	1	10	3	4
02	37	ORBITAL PROCEDURES	1.6186	2	35	4	6
02	38	PRIMARY IRIS PROCEDURES	0.6498	1	9	3	3

MDC	DRG	DESCRIPTION	CWEIGHT	LTRIM	HTRIM	MLOS1	MLOS2
02	39	LENS PROCEDURES WITH OR WITHOUT VITRECTOMY	0.8158	1	5	2	2
02	40	EXTRAOCULAR PROCEDURES EXCEPT ORBIT AGE >17	0.6561	1	3	2	2
02	41	EXTRAOCULAR PROCEDURES EXCEPT ORBIT AGE <18	0.6267	1	4	1	2
02	42	INTRAOCULAR PROCEDURES EXCEPT RETINA, IRIS & LENS	1.0176	1	13	3	4
02	535	EYE DISORDERS W MAJOR CC	1.9746	3	46	8	12
02	43	HYPHEMA	0.6368	2	22	4	5
02	44	ACUTE MAJOR EYE INFECTIONS	0.7376	2	17	4	5
02	45	NEUROLOGICAL EYE DISORDERS	0.7528	2	30	4	6
02	46	OTHER DISORDERS OF THE EYE AGE >17 W CC	1.0453	2	39	6	7
02	47	OTHER DISORDERS OF THE EYE AGE >17 W/O CC	0.7507	2	33	4	5
02	48	OTHER DISORDERS OF THE EYE AGE <18	0.6801	2	16	4	5

MDC 3: DISEASES & DISORDERS OF THE EAR, NOSE, MOUTH & THROAT

03	536	ENT & MOUTH PROCS EXCEPT MAJOR HEAD & NECK W MAJOR CC	2.5878	2	44	8	11
03	759	MULTIPLE CHANNEL COCHLEAR IMPLANTS	8.6243	1	4	3	3
03	786	MAJOR HEAD & NECK PROCEDURES FOR MALIGNANCY	4.1606	3	48	15	19
03	49	MAJOR HEAD & NECK PROCEDURES EXCEPT FOR MALIGNANCY	2.0498	2	26	4	6
03	50	SIALOADENECTOMY	0.9314	1	8	2	4
03	51	SALIVARY GLAND PROCEDURES EXCEPT SIALOADENECTOMY	0.8394	1	6	2	3
03	52	CLEFT LIP & PALATE REPAIR	1.0831	1	5	3	3
03	53	SINUS & MASTOID PROCEDURES AGE >17	0.7330	1	4	2	2
03	54	SINUS & MASTOID PROCEDURES AGE <18	0.8822	1	4	2	2
03	55	MISCELLANEOUS EAR, NOSE & THROAT PROCEDURES	0.6519	1	3	1	2
03	56	RHINOPLASTY	0.6876	1	3	1	2
03	57	T&A PROC,EXC TONSILLECT &/OR ADENOIDECT ONLY,AGE >17	0.5666	1	12	2	3
03	58	T&A PROC,EXC TONSILLECT &/OR ADENOIDECT ONLY,AGE <18	0.6603	1	14	2	3
03	59	TONSILLECTOMY &/OR ADENOIDECTOMY ONLY, AGE >17	0.4438	1	3	1	1
03	60	TONSILLECTOMY &/OR ADENOIDECTOMY ONLY, AGE <18	0.5031	1	3	1	1
03	61	MYRINGOTOMY W TUBE INSERTION AGE >17	0.6775	1	3	1	2
03	62	MYRINGOTOMY W TUBE INSERTION AGE <18	0.5678	1	3	1	1
03	187	DENTAL EXTRACTIONS & RESTORATIONS	0.7456	1	19	2	3
03	168	MOUTH PROCEDURES W CC	1.3841	2	40	6	8
03	169	MOUTH PROCEDURES W/O CC	0.8255	1	15	3	3
03	63	OTHER EAR, NOSE, MOUTH & THROAT O.R. PROCEDURES	1.6619	2	21	4	6
03	586	ENT & MOUTH DISORDERS, AGE > 17 WITH MAJOR CC	1.8968	2	59	11	11
03	587	ENT & MOUTH DISORDERS, AGE < 18 WITH MAJOR CC	1.1222	2	14	4	5
03	64	EAR, NOSE, MOUTH & THROAT MALIGNANCY	1.8300	2	44	9	10
03	65	DYSEQUILIBRIUM	0.5947	2	19	4	5
03	66	EPISTAXIS	0.6775	2	22	4	5
03	67	EPIGLOTTITIS	0.8507	2	16	4	5
03	68	OTITIS MEDIA & URI AGE >17 W CC	0.7204	2	17	5	5
03	69	OTITIS MEDIA & URI AGE >17 W/O CC	0.4602	2	14	4	4
03	70	OTITIS MEDIA & URI AGE <18	0.6006	2	13	3	4
03	71	LARYNGOTRACHEITIS	0.4039	1	11	2	3
03	72	NASAL TRAUMA & DEFORMITY	0.4720	1	5	2	2
03	185	DENTAL & ORAL DIS EXC EXTRACT & RESTORATIONS, AGE >17	0.7309	2	21	4	5
03	186	DENTAL & ORAL DIS EXC EXTRACT & RESTORATIONS, AGE <18	0.6536	2	16	3	4
03	73	OTHER EAR, NOSE, MOUTH & THROAT DIAGNOSES AGE >17	0.7070	2	28	4	5
03	74	OTHER EAR, NOSE, MOUTH & THROAT DIAGNOSES AGE <18	0.5372	1	14	3	3

MDC	DRG	DESCRIPTION	CWEIGHT	LTRIM	HTRIM	MLOS1	MLOS2
-----	-----	-------------	---------	-------	-------	-------	-------

MDC 4: DISEASES & DISORDERS OF THE RESPIRATORY SYSTEM

04	539	RESPIRATORY PROCEDURES EXCEPT MAJOR CHEST W MAJOR CC	5.8494	5	57	23	28
04	538	MAJOR CHEST PROCEDURES W MAJOR CC	5.9873	4	55	17	24
04	798	TUBERCULOSIS WITH OPERATING ROOM PROCEDURE	4.6915	5	56	18	26
04	75	MAJOR CHEST PROCEDURES	3.0296	3	34	11	14
04	76	OTHER RESP SYSTEM O.R. PROCEDURES W CC	2.8766	3	48	12	17
04	77	OTHER RESP SYSTEM O.R. PROCEDURES W/O CC	1.6333	2	43	6	9
04	540	RESPIRATORY INFECTIONS & INFLAMMATIONS W MAJOR CC	3.6705	4	54	19	22
04	541	RESP DISORD EXC INFECTIONS, BRONCHITIS, ASTHMA W MAJOR CC	2.4647	3	48	12	14
04	542	BRONCHITIS & ASTHMA W MAJOR CC	1.4723	2	31	8	9
04	799	TUBERCULOSIS LEFT AGAINST MEDICAL ADVICE	2.0645	3	46	13	13
04	800	TUBERCULOSIS W CC	3.1485	4	55	11	19
04	801	TUBERCULOSIS W/O CC	2.3962	4	51	16	14
04	802	PNEUMOCYSTOSIS	2.4550	3	51	15	18
04	78	PULMONARY EMBOLISM	1.7514	2	25	10	12
04	79	RESPIRATORY INFECTIONS & INFLAMMATIONS AGE >17 W CC	2.0822	3	49	13	15
04	80	RESPIRATORY INFECTIONS & INFLAMMATIONS AGE >17 W/O CC	1.2555	2	24	8	9
04	770	RESPIRATORY INFECTIONS & INFLAMMATIONS AGE <18 W CC	1.8435	2	46	10	9
04	771	RESPIRATORY INFECTIONS & INFLAMMATIONS AGE <18 W/O CC	1.1689	2	23	5	7
04	82	RESPIRATORY NEOPLASMS	1.9986	2	46	9	12
04	83	MAJOR CHEST TRAUMA W CC	1.0848	2	26	7	8
04	84	MAJOR CHEST TRAUMA W/O CC	0.6242	2	14	4	4
04	85	PLEURAL EFFUSION W CC	1.6316	2	46	8	10
04	86	PLEURAL EFFUSION W/O CC	1.0756	2	44	5	8
04	87	PULMONARY EDEMA & RESPIRATORY FAILURE	1.6140	2	45	7	9
04	88	CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE	1.2134	2	30	7	8
04	89	SIMPLE PNEUMONIA & PLEURISY AGE >17 W CC	1.4274	2	29	8	9
04	90	SIMPLE PNEUMONIA & PLEURISY AGE >17 W/O CC	0.8663	2	21	6	7
04	772	SIMPLE PNEUMONIA & PLEURISY AGE <18 W CC	0.9406	2	17	5	6
04	773	SIMPLE PNEUMONIA & PLEURISY AGE <18 W/O CC	0.7187	2	11	4	5
04	92	INTERSTITIAL LUNG DISEASE W CC	1.5333	2	46	7	10
04	93	INTERSTITIAL LUNG DISEASE W/O CC	1.1483	2	30	5	7
04	94	PNEUMOTHORAX W CC	1.2357	2	32	8	9
04	95	PNEUMOTHORAX W/O CC	0.7393	2	17	5	6
04	96	BRONCHITIS & ASTHMA AGE >17 W CC	0.9654	2	27	7	7
04	97	BRONCHITIS & ASTHMA AGE >17 W/O CC	0.7360	2	21	5	5
04	774	BRONCHITIS & ASTHMA AGE <18 W CC	0.8146	2	12	4	5
04	775	BRONCHITIS & ASTHMA AGE <18 W/O CC	0.5998	2	12	3	4
04	475	RESPIRATORY SYSTEM DIAGNOSIS W VENTILATOR SUPPORT	4.7440	3	49	15	14
04	631	BPD AND OTHER CHRON RESP DISEAS ARISING PERINATAL PERIOD	1.4160	2	30	12	10
04	99	RESPIRATORY SIGNS & SYMPTOMS W CC	0.9268	2	34	5	6
04	100	RESPIRATORY SIGNS & SYMPTOMS W/O CC	0.6296	2	14	3	4
04	101	OTHER RESPIRATORY SYSTEM DIAGNOSES W CC	1.0461	2	43	6	8
04	102	OTHER RESPIRATORY SYSTEM DIAGNOSES W/O CC	0.6490	2	21	4	4

MDC 5: DISEASES & DISORDERS OF THE CIRCULATORY SYSTEM

05	545	CARDIAC VALVE PROCEDURE W MAJOR CC	14.1000	5	60	20	29
05	546	CORONARY BYPASS W MAJOR CC	8.6226	4	54	14	19
05	547	OTHER CARDIOTHORACIC PROCEDURE W MAJOR CC	11.6320	5	57	16	24
05	548	CARDIAC PACEMAKER IMPLANT OR REVISION W MAJOR CC	7.0586	4	54	15	15
05	549	MAJOR CARDIOVASCULAR PROCEDURES W MAJOR CC	9.5738	5	65	24	32
05	550	OTHER VASCULAR PROCEDURES W MAJOR CC	5.3127	4	50	16	21

MDC	DRG	DESCRIPTION	CWEIGHT	LTRIM	HTRIM	MLOS1	MLOS2
05	103	HEART TRANSPLANT	33.9368	7	82	33	33
05	104	CARDIAC VALVE PROCEDURES W CARDIAC CATH	10.1117	4	54	19	22
05	105	CARDIAC VALVE PROCEDURES W/O CARDIAC CATH	6.1852	3	24	12	13
05	106	CORONARY BYPASS W CARDIAC CATH	6.1419	3	31	14	17
05	107	CORONARY BYPASS W/O CARDIAC CATH	4.3548	2	13	9	10
05	809	OTHER CARDIOTHORACIC PROCEDURES W PDX CONG ANOMALY	6.1688	3	29	11	13
05	108	OTHER CARDIOTHORACIC PROC W/O PDX CONG ANOMALY	4.5002	2	15	10	10
05	110	MAJOR CARDIOVASCULAR PROCEDURES W CC	4.1871	3	33	13	15
05	111	MAJOR CARDIOVASCULAR PROCEDURES W/O CC	2.7047	2	21	9	10
05	808	PERCUATANEOUS CARDIOVASC PROC W AMI, HF OR SHOCK	3.1170	3	19	10	11
05	112	PERCUTANEOUS CARDIOVASC PROC W/O AMI, HFI OR SHOCK	1.6896	2	19	4	5
05	113	AMPUTAT FOR CIRC SYSTEM DISORD EXCEPT UPPER LIMB & TOE	5.8629	6	65	26	36
05	114	UPPER LIMB & TOE AMPUTATION FOR CIRC SYSTEM DISORDERS	2.6038	3	50	15	20
05	115	PERM CARDIAC PACEMAKER IMPL W AMI,HEART FAILURE OR SHOCK	4.6524	3	35	19	19
05	116	PERM CARDIAC PACEMAKE IMPL W/O AMI,HEART FAILUR OR SHOCK	3.7983	2	45	7	9
05	117	CARDIAC PACEMAKER REVISION EXCEPT DEVICE REPLACEMENT	2.1906	2	40	7	9
05	118	CARDIAC PACEMAKER DEVICE REPLACEMENT	2.1314	1	15	4	5
05	796	LOWER EXTREMITY REVASCLARIZATION W CC	3.7554	4	52	13	20
05	797	LOWER EXTREMITY REVASCLARIZATION W/O CC	2.0574	2	22	8	11
05	119	VEIN LIGATION & STRIPPING	0.7767	1	9	3	3
05	478	OTHER VASCULAR PROCEDURES W CC	2.4647	2	44	10	13
05	479	OTHER VASCULAR PROCEDURES W/O CC	1.5400	2	24	7	7
05	120	OTHER CIRCULATORY SYSTEM O.R. PROCEDURES	3.0157	3	47	15	19
05	543	CIRC DISORD EXC AMI,ENDOCARDITIS,CHF & ARRHYT W MAJOR CC	2.6740	3	47	10	14
05	544	CHF & CARDIAC ARRHYTHMIA W MAJOR CC	3.5415	3	49	14	15
05	121	CIRCULATORY DISORDERS W AMI & C.V. COMP DISCH ALIVE	2.7677	3	26	11	12
05	122	CIRCULATORY DISORDERS W AMI W/O C.V. COMP DISCH ALIVE	1.8758	2	22	9	9
05	123	CIRCULATORY DISORDERS W AMI, EXPIRED	3.5239	2	43	8	9
05	124	CIRC DISORDERS EXCEPT AMI, W CARD CATH & COMPLEX DIAG	1.3681	2	43	6	6
05	125	CIRC DISORDERS EXCEPT AMI, W CARD CATH W/O COMPLEX DIAG	0.6544	1	12	2	3
05	126	ACUTE & SUBACUTE ENDOCARDITIS	3.8118	5	58	22	26
05	127	HEART FAILURE & SHOCK	1.5240	2	39	8	9
05	128	DEEP VEIN THROMBOPHLEBITIS	1.0373	2	26	9	10
05	129	CARDIAC ARREST, UNEXPLAINED	0.9675	1	3	2	2
05	130	PERIPHERAL VASCULAR DISORDERS W CC	1.2924	2	46	9	11
05	131	PERIPHERAL VASCULAR DISORDERS W/O CC	0.9024	2	32	7	7
05	132	ATHEROSCLEROSIS W CC	1.0440	2	29	5	8
05	133	ATHEROSCLEROSIS W/O CC	0.6948	2	24	4	5
05	134	HYPERTENSION	0.8852	2	32	5	6
05	135	CARDIAC CONGENITAL & VALVULAR DISORDERS AGE >17 W CC	1.3168	2	34	6	9
05	136	CARDIAC CONGENITAL & VALVULAR DISORDERS AGE >17 W/O CC	0.7019	2	23	4	5
05	137	CARDIAC CONGENITAL & VALVULAR DISORDERS AGE <18	1.1693	2	22	5	5
05	138	CARDIAC ARRHYTHMIA & CONDUCTION DISORDERS W CC	1.2878	2	27	5	7
05	139	CARDIAC ARRHYTHMIA & CONDUCTION DISORDERS W/O CC	0.7973	2	16	4	5
05	140	ANGINA PECTORIS	0.8999	2	22	4	5
05	141	SYNCOPE & COLLAPSE W CC	0.9995	2	39	5	6
05	142	SYNCOPE & COLLAPSE W/O CC	0.7007	2	21	4	5
05	143	CHEST PAIN	0.5451	1	14	3	3
05	144	OTHER CIRCULATORY SYSTEM DIAGNOSES W CC	1.5081	2	45	8	10
05	145	OTHER CIRCULATORY SYSTEM DIAGNOSES W/O CC	0.8297	2	24	4	5

MDC 6: DISEASES & DISORDERS OF THE DIGESTIVE SYSTEM

06	585	MAJ STOMACH,ESOP,DUOD,SMALL & LRG BOWEL PROC W MAJOR CC	5.9675	5	56	18	23
06	553	DIGEST SYS PROCS EXC HERN,M STOM OR BWL PROCS W MAJOR CC	4.5044	4	52	14	18
06	554	HERNIA PROCEDURES W MAJOR CC	2.5878	2	31	8	11

MDC	DRG	DESCRIPTION	CWEIGHT	LTRIM	HTRIM	MLOS1	MLOS2
06	146	RECTAL RESECTION W CC	3.1540	3	25	14	15
06	147	RECTAL RESECTION W/O CC	2.0372	2	16	10	11
06	148	MAJOR SMALL & LARGE BOWEL PROCEDURES W CC	3.1901	3	39	14	17
06	149	MAJOR SMALL & LARGE BOWEL PROCEDURES W/O CC	1.9675	2	17	9	11
06	150	PERITONEAL ADHESIOLYSIS W CC	2.4752	3	35	12	13
06	151	PERITONEAL ADHESIOLYSIS W/O CC	1.3979	2	31	7	9
06	152	MINOR SMALL & LARGE BOWEL PROCEDURES W CC	2.1848	2	26	9	10
06	153	MINOR SMALL & LARGE BOWEL PROCEDURES W/O CC	1.5018	2	16	6	7
06	154	STOMACH, ESOPHAGEAL & DUODENAL PROCEDURES AGE >17 W CC	3.8744	3	45	14	18
06	155	STOMACH, ESOPHAGEAL & DUODENAL PROCEDURES AGE >17 W/O CC	2.0217	2	22	8	10
06	156	STOMACH, ESOPHAGEAL & DUODENAL PROCEDURES AGE <18	1.4883	2	21	4	7
06	157	ANAL & STOMAL PROCEDURES W CC	1.2996	2	43	5	7
06	158	ANAL & STOMAL PROCEDURES W/O CC	0.5935	1	13	3	3
06	159	HERNIA PROCS EXCEPT INGUINAL & FEMORAL AGE >17 W CC	1.4622	2	25	7	7
06	160	HERNIA PROCS EXCEPT INGUINAL & FEMORAL AGE >17 W/O CC	0.9318	2	19	4	4
06	161	INGUINAL & FEMORAL HERNIA PROCEDURES AGE >17 W CC	1.2597	2	27	4	5
06	162	INGUINAL & FEMORAL HERNIA PROCEDURES AGE >17 W/O CC	0.6691	1	9	2	3
06	163	HERNIA PROCEDURES AGE <18	0.6195	1	4	1	2
06	164	APPENDECTOMY W COMPLICATED PRINCIPAL DIAG W CC	2.1188	3	26	11	12
06	165	APPENDECTOMY W COMPLICATED PRINCIPAL DIAG W/O CC	1.3866	2	19	7	8
06	166	APPENDECTOMY W/O COMPLICATED PRINCIPAL DIAG W CC	1.2412	2	16	6	7
06	167	APPENDECTOMY W/O COMPLICATED PRINCIPAL DIAG W/O CC	0.8053	2	6	4	4
06	170	OTHER DIGESTIVE SYSTEM O.R. PROCEDURES W CC	3.1115	3	50	15	17
06	171	OTHER DIGESTIVE SYSTEM O.R. PROCEDURES W/O CC	1.3429	2	43	6	8
06	551	ESOPHAGITIS, GASTROENT & UNCOMPLICATED ULCERS W MAJOR CC	1.7233	2	46	8	9
06	552	DIGEST SYS DISORD EXC ESOP, GAST & UNCOMP ULCERS W MAJ CC	3.4625	3	49	14	16
06	172	DIGESTIVE MALIGNANCY W CC	2.2079	3	47	11	13
06	173	DIGESTIVE MALIGNANCY W/O CC	1.1470	2	43	6	8
06	174	G.I. HEMORRHAGE W CC	1.4005	2	21	6	7
06	175	G.I. HEMORRHAGE W/O CC	0.8343	2	15	5	5
06	176	COMPLICATED PEPTIC ULCER	1.0735	2	28	7	7
06	177	UNCOMPLICATED PEPTIC ULCER W CC	0.8999	2	21	5	7
06	178	UNCOMPLICATED PEPTIC ULCER W/O CC	0.6418	2	20	4	5
06	179	INFLAMMATORY BOWEL DISEASE	1.1252	2	33	8	9
06	180	G.I. OBSTRUCTION W CC	1.0878	2	30	7	8
06	181	G.I. OBSTRUCTION W/O CC	0.6384	2	22	5	6
06	182	ESOPHAGITIS, GASTROENT & MISC DIGEST DISORD AGE >17 W CC	0.8730	2	24	5	6
06	183	ESOPHAGITIS, GASTROENT & MISC DIGEST DISORD AGE >17 W/O CC	0.5754	2	20	4	5
06	776	ESOPHAGITIS, GASTROENT & MISC DIGEST DISORD AGE <18 W CC	0.7305	2	19	4	5
06	777	ESOPHAGITIS, GASTROENT & MISC DIGEST DISORD AGE <18 W/O CC	0.4346	1	12	3	3
06	188	OTHER DIGESTIVE SYSTEM DIAGNOSES AGE >17 W CC	1.0688	2	34	6	8
06	189	OTHER DIGESTIVE SYSTEM DIAGNOSES AGE >17 W/O CC	0.6544	2	28	4	5
06	778	OTHER DIGESTIVE SYSTEM DIAGNOSES AGE <18 W CC	1.0432	2	36	5	6
06	779	OTHER DIGESTIVE SYSTEM DIAGNOSES AGE <18 W/O CC	0.3938	1	5	2	2

MDC 7: DISEASES & DISORDERS OF THE HEPATOBILIARY SYSTEM & PANCREAS

07	555	PANCREA, LIV & OTH BIL TRT PROC EXC LIV TRPLNT W MAJOR CC	7.6601	5	58	25	29
07	556	CHOLECYSTECTOMY & OTHER HEPATOBILIARY PROCS W MAJOR CC	4.0854	3	50	14	17
07	191	PANCREAS, LIVER & SHUNT PROCEDURES W CC	4.5767	4	53	18	22
07	192	PANCREAS, LIVER & SHUNT PROCEDURES W/O CC	2.2688	2	46	13	14
07	193	BIL TRACT PROC W CC EXC ONLY TOT CHOLECYST OR W/O CDE	3.6016	4	50	16	18
07	194	BIL TRACT PROC W/O CC EXC ONLY TOT CHOLECYSTECT W/O CDE	1.8720	2	45	10	12
07	787	LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY W CDE	1.8304	2	45	8	8
07	493	LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY W/O CDE W CC	1.6707	2	44	5	5
07	494	LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY W/O CDE W/O CC	0.8452	1	5	2	2
07	195	TOTAL CHOLECYSTECTOMY W C.D.E. W CC	2.5752	3	33	10	13
07	196	TOTAL CHOLECYSTECTOMY W C.D.E. W/O CC	2.0255	2	24	8	10

MDC	DRG	DESCRIPTION	CWEIGHT	LTRIM	HTRIM	MLOS1	MLOS2
07	197	TOTAL CHOLECYSTECTOMY W/O C.D.E. W CC	2.1520	2	32	8	11
07	198	TOTAL CHOLECYSTECTOMY W/O C.D.E. W/O CC	1.3311	2	17	5	7
07	199	HEPATOBIILIARY DIAGNOSTIC PROCEDURE FOR MALIGNANCY	2.3928	2	46	15	17
07	200	HEPATOBIILIARY DIAGNOSTIC PROCEDURE FOR NON-MALIGNANCY	2.3541	2	45	9	13
07	201	OTHER HEPATOBIILIARY OR PANCREAS O.R. PROCEDURES	3.0863	3	48	11	13
07	557	HEPATOBIILIARY & PANCREAS DISORDERS W MAJOR CC	3.6802	3	50	14	16
07	202	CIRRHOSIS & ALCOHOLIC HEPATITIS	1.5144	2	46	9	10
07	203	MALIGNANCY OF HEPATOBIILIARY SYSTEM OR PANCREAS	1.8342	2	45	10	11
07	204	DISORDERS OF PANCREAS EXCEPT MALIGNANCY	1.0403	2	22	7	7
07	205	DISORDERS OF LIVER EXCEPT MALIG,CIRR,ALC HEPA W CC	1.5295	2	45	8	10
07	206	DISORDERS OF LIVER EXCEPT MALIG,CIRR,ALC HEPA W/O CC	0.9238	2	43	6	6
07	207	DISORDERS OF THE BILIARY TRACT W CC	1.1710	2	31	6	7
07	208	DISORDERS OF THE BILIARY TRACT W/O CC	0.6590	2	22	4	5

MDC 8: DISEASES & DISORDERS OF THE MUSCULOSKELETAL SYSTEM & CONN TISSUE

08	558	MAJ MUSCULOSKEL PROCS EXC BILAT OR MULT MAJ JNT W MAJ CC	6.8014	5	58	22	30
08	559	NON-MAJOR MUSCULOSKELETAL PROCEDURES W MAJOR CC	4.5191	4	51	17	21
08	471	BILATERAL OR MULTIPLE MAJOR JOINT PROCS OF LOWER EXTREM	6.8397	4	42	20	22
08	789	MAJOR JOINT & LIMB REATTACH PROC LOWER EXTREM FOR COMPL	4.1253	3	30	13	16
08	209	MAJOR JOINT&LIMB REATTACH PROC OF LOWER EXTREM EXC COMPL	3.4898	3	21	11	14
08	491	MAJOR JOINT & LIMB REATTACHMENT PROC OF UPPER EXTREMITY	2.4273	2	31	6	10
08	210	HIP & FEMUR PROCEDURES EXCEPT MAJOR JOINT AGE >17 W CC	3.4860	4	49	18	22
08	211	HIP & FEMUR PROCEDURES EXCEPT MAJOR JOINT AGE >17 W/O CC	2.2318	2	36	11	14
08	212	HIP & FEMUR PROCEDURES EXCEPT MAJOR JOINT AGE <18	2.0561	2	30	9	10
08	213	AMPUTAT FOR MUSCULOSKELET SYSTEM & CONN TISSUE DISORDERS	3.0346	3	50	16	21
08	216	BIOPSIES OF MUSCULOSKELETAL SYSTEM & CONNECTIVE TISSUE	2.6933	3	45	13	15
08	790	WND DEBRID & SKN GRFT FOR OPEN WOUND,MS CONN TIS,EXC HND	1.3504	2	24	4	6
08	217	WND DEBRID&SKN GRFT EXC OPEN WND,MS & CONN TIS, EXC HAND	3.0766	3	48	13	19
08	218	LOW EXTREM & HUMER PROC EXC HIP,FOOT,FEMUR AGE>17 W CC	2.4466	3	47	11	16
08	219	LOW EXTREM & HUMER PROC EXC HIP,FOOT,FEMUR AGE>17 W/O CC	1.3168	2	27	5	8
08	220	LOWER EXTREM & HUMER PROC EXCEPT HIP,FOOT,FEMUR AGE <18	1.4236	2	22	5	6
08	221	KNEE PROCEDURES W CC	1.6989	2	22	7	9
08	222	KNEE PROCEDURES W/O CC	1.0785	1	5	3	3
08	223	MAJ SHOULDER/ELBOW PROC, OR OTH UPPER EXTREMITY PROC W CC	0.8990	1	12	3	5
08	224	SHOULDER,ELBOW OR FOREARM PROC,EXC MAJ JOINT PROC, W/O CC	0.8566	1	10	3	4
08	225	FOOT PROCEDURES	1.1226	2	15	4	5
08	226	SOFT TISSUE PROCEDURES W CC	1.7691	2	44	7	10
08	227	SOFT TISSUE PROCEDURES W/O CC	0.9264	1	13	3	4
08	228	MAJOR THUMB OR JOINT PROC,OR OTH HAND OR WRIST PROC W CC	0.9768	1	11	3	4
08	229	HAND OR WRIST PROC, EXCEPT MAJOR JOINT PROC, W/O CC	0.8259	1	10	2	3
08	230	LOCAL EXCIS & REMOVAL OF INT FIX DEVICES OF HIP & FEMUR	1.2676	2	18	4	5
08	231	LOCAL EXCIS & REMOV OF INT FIX DEVICE EXCEPT HIP & FEMUR	1.3677	2	20	4	5
08	232	ARTHROSCOPY	0.7902	1	9	2	2
08	806	COMBINED ANTERIOR/POSTERIOR SPINAL FUSION W CC	6.7796	4	30	23	23
08	807	COMBINED ANTERIOR/POSTERIOR SPINAL FUSION W/O CC	3.9631	2	17	16	15
08	755	SPINAL FUSION W CC	3.2528	2	25	13	14
08	756	SPINAL FUSION W/O CC	1.9981	2	19	9	11
08	757	BACK & NECK PROCEDURES EXCEPT SPINAL FUSION W CC	1.9132	2	38	9	16
08	758	BACK & NECK PROCEDURES EXCEPT SPINAL FUSION W/O CC	1.0751	2	12	6	8
08	233	OTHER MUSCULOSKELET SYS & CONN TISS O.R. PROC W CC	2.7328	2	47	11	14
08	234	OTHER MUSCULOSKELET SYS & CONN TISS O.R. PROC W/O CC	1.4976	2	25	5	6
08	560	MUSCULO DISORD EXC OSTEO,SEP ARTH & CONN TISS W MAJOR CC	2.6719	3	48	15	17
08	561	OSTEOMYEL,SEPTIC ARTHRITIS & CONN TISS DISORD W MAJOR CC	4.5313	5	54	20	24
08	235	FRACTURES OF FEMUR	2.1835	3	48	21	20
08	236	FRACTURES OF HIP & PELVIS	1.5783	3	46	12	13

MDC	DRG	DESCRIPTION	CWEIGHT	LTRIM	HTRIM	MLOS1	MLOS2
08	237	SPRAINS, STRAINS, & DISLOCATIONS OF HIP, PELVIS & THIGH	0.8620	2	35	7	9
08	238	OSTEOMYELITIS	2.0334	3	49	13	18
08	239	PATHOLOGICAL FX & MUSCULOSKELET & CONN TISS MALIGNANCY	2.0717	3	48	12	14
08	240	CONNECTIVE TISSUE DISORDERS W CC	1.6110	2	45	9	10
08	241	CONNECTIVE TISSUE DISORDERS W/O CC	0.9449	2	33	6	7
08	242	SEPTIC ARTHRITIS	1.3143	2	42	9	11
08	243	MEDICAL BACK PROBLEMS	0.8074	2	43	6	8
08	244	BONE DISEASES & SPECIFIC ARTHROPATHIES W CC	1.2227	2	44	7	8
08	245	BONE DISEASES & SPECIFIC ARTHROPATHIES W/O CC	0.7208	2	34	5	6
08	246	NON-SPECIFIC ARTHROPATHIES	0.8953	2	29	6	7
08	247	SIGNS & SYMPTOMS OF MUSCULOSKELETAL SYSTEM & CONN TISSUE	0.6082	2	22	4	5
08	248	TENDONITIS, MYOSITIS & BURSITIS	0.7162	2	33	4	6
08	249	AFTERCARE, MUSCULOSKELETAL SYSTEM & CONNECTIVE TISSUE	1.0558	2	43	6	9
08	250	FX,SPRN,STRN & DISL OF FOREARM,HAND,FOOT AGE>17 W CC	0.8633	2	31	7	8
08	251	FX,SPRN,STRN & DISL OF FOREARM,HAND,FOOT AGE>17 W/O CC	0.4531	1	13	2	3
08	252	FX, SPRN, STRN & DISL OF FOREARM, HAND, FOOT AGE <18	0.4333	1	5	1	2
08	253	FX,SPRN,STRN & DISL UPARM,LOWLEG EX FOOT AGE>17 W CC	1.4156	2	45	9	11
08	254	FX,SPRN,STRN & DISL UPARM,LOWLEG EX FOOT AGE>17 W/O CC	0.7074	2	29	5	6
08	255	FX, SPRN, STRN & DISL OF UPARM,LOWLEG EX FOOT AGE <18	0.4745	1	12	3	3
08	256	OTHER MUSCULOSKELETAL SYSTEM & CONNECTIVE TISSUE DIAG	0.7288	2	23	4	5

MDC 9: DISEASES & DISORDERS OF THE SKIN, SUBCUTANEOUS TISSUE & BREAST

09	564	SKIN & BREAST PROCEDURES W MAJOR CC	4.9689	5	54	20	27
09	257	TOTAL MASTECTOMY FOR MALIGNANCY W CC	1.4955	2	16	6	8
09	258	TOTAL MASTECTOMY FOR MALIGNANCY W/O CC	1.2349	2	11	5	6
09	259	SUBTOTAL MASTECTOMY FOR MALIGNANCY W CC	1.2916	2	15	5	7
09	260	SUBTOTAL MASTECTOMY FOR MALIGNANCY W/O CC	0.9415	1	5	3	3
09	261	BREAST PROC FOR NON-MALIG EXCEPT BIOPSY & LOCAL EXCISION	0.9936	1	6	2	3
09	262	BREAST BIOPSY & LOCAL EXCISION FOR NON-MALIGNANCY	0.7095	1	21	2	2
09	263	SKIN GRAFT &/OR DEBRID FOR SKN ULCER, CELLULITIS W CC	3.1599	4	54	20	23
09	264	SKIN GRAFT &/OR DEBRID FOR SKN ULCER, CELLULITIS W/O CC	1.9208	3	47	11	15
09	265	SKIN GRAFT &/OR DEBRID EXC FOR SKIN ULCER, CELLUL W CC	2.4815	2	39	7	12
09	266	SKIN GRAFT &/OR DEBRID EXC FOR SKN ULCER, CELLUL W/O CC	1.3681	2	37	5	6
09	267	PERIANAL & PILONIDAL PROCEDURES	0.5241	1	6	2	3
09	268	SKIN, SUBCUTANEOUS TISSUE & BREAST PLASTIC PROCEDURES	0.8112	1	4	2	2
09	269	OTHER SKIN, SUBCUT TISS & BREAST PROCEDURE W CC	1.7018	2	45	10	11
09	270	OTHER SKIN, SUBCUT TISS & BREAST PROCEDURE W/O CC	0.9575	2	23	4	5
09	562	MAJOR SKIN & BREAST DISORDERS W MAJOR CC	3.3250	4	51	15	17
09	563	OTHER SKIN DISORDERS W MAJOR CC	1.8460	2	46	8	11
09	271	SKIN ULCERS	1.6354	3	47	10	12
09	272	MAJOR SKIN DISORDERS W CC	1.8666	3	47	9	13
09	273	MAJOR SKIN DISORDERS W/O CC	1.5097	2	45	6	12
09	274	MALIGNANT BREAST DISORDERS W CC	2.3970	3	46	12	13
09	275	MALIGNANT BREAST DISORDERS W/O CC	1.1483	2	42	7	6
09	276	NON-MALIGANT BREAST DISORDERS	0.7095	2	29	4	5
09	277	CELLULITIS AGE >17 W CC	1.0991	2	37	7	8
09	278	CELLULITIS AGE >17 W/O CC	0.6683	2	22	5	6
09	279	CELLULITIS AGE <18	0.6086	2	18	4	5
09	280	TRAUMA TO THE SKIN, SUBCUT TISS & BREAST AGE >17 W CC	0.6998	2	22	5	5
09	281	TRAUMA TO THE SKIN, SUBCUT TISS & BREAST AGE >17 W/O CC	0.3875	1	12	3	3
09	282	TRAUMA TO THE SKIN, SUBCUT TISS & BREAST AGE <18	0.3833	1	11	2	3
09	283	MINOR SKIN DISORDERS W CC	0.8852	2	26	6	8
09	284	MINOR SKIN DISORDERS W/O CC	0.5863	2	26	4	5

MDC	DRG	DESCRIPTION	CWEIGHT	LTRIM	HTRIM	MLOS1	MLOS2
-----	-----	-------------	---------	-------	-------	-------	-------

MDC 10: ENDOCRINE, NUTRITIONAL & METABOLIC DISEASES & DISORDERS

10	565	ENDOC,NUTRIT & METAB PROC EXC LOW LIMB W AMPUT W MAJ CC	5.4165	5	57	18	27
10	285	AMPUTAT OF LOW LIMB FOR ENDOCRINE,NUTRIT& METABOL DISORD	4.0349	5	57	20	27
10	286	ADRENAL & PITUITARY PROCEDURES	2.6618	2	22	9	9
10	287	SKIN GFT & WOUND DEBRID FOR ENDOC,NUTRIT & METAB DISORD	2.2709	4	51	16	18
10	288	O.R. PROCEDURES FOR OBESITY	1.3177	2	31	6	7
10	289	PARATHYROID PROCEDURES	1.1474	2	11	4	5
10	290	THYROID PROCEDURES	0.9306	1	5	3	4
10	291	THYROGLOSSAL PROCEDURES	0.6746	1	4	2	2
10	292	OTHER ENDOCRINE, NUTRIT & METAB O.R. PROC W CC	3.9223	4	51	18	19
10	293	OTHER ENDOCRINE, NUTRIT & METAB O.R. PROC W/O CC	1.4370	2	42	6	7
10	566	ENDOC,NUTRIT & METAB DISOR EXC EAT DISORD OR CF W MAJ CC	2.6240	3	48	13	15
10	294	DIABETES AGE >35	0.9957	2	31	6	8
10	295	DIABETES AGE <36	0.8528	2	18	5	6
10	740	CYSTIC FIBROSIS	2.1852	3	48	11	13
10	753	COMPULSIVE NUTRITION DISORDER REHABILITATION	3.1830	5	56	16	35
10	296	NUTRITIONAL & MISC METABOLIC DISORDERS AGE >17 W CC	1.1197	2	45	8	9
10	297	NUTRITIONAL & MISC METABOLIC DISORDERS AGE >17 W/O CC	0.5846	2	20	4	6
10	298	NUTRITIONAL & MISC METABOLIC DISORDERS AGE <18	0.5363	2	13	4	5
10	299	INBORN ERRORS OF METABOLISM	0.8507	2	30	7	6
10	300	ENDOCRINE DISORDERS W CC	1.2479	2	45	8	9
10	301	ENDOCRINE DISORDERS W/O CC	0.7734	2	34	5	6

MDC 11: DISEASES & DISORDERS OF THE KIDNEY & URINARY TRACT

11	567	KID & URIN TRACT PROCS EXC KIDNEY TRANSPLANT W MAJOR CC	6.4185	5	56	18	26
11	302	KIDNEY TRANSPLANT	10.6644	4	42	20	21
11	303	KIDNEY,URETER & MAJOR BLADDER PROC FOR NEOPLASM	2.8980	3	24	11	13
11	304	KIDNEY,URETER & MAJOR BLAD PROC FOR NON-NEOPLASM W CC	2.4958	2	41	11	13
11	305	KIDNEY,URETER & MAJOR BLAD PROC FOR NON-NEOPLASM W/O CC	1.5892	2	22	7	8
11	306	PROSTATECTOMY W CC	2.2293	3	48	10	14
11	307	PROSTATECTOMY W/O CC	1.2227	2	28	7	8
11	308	MINOR BLADDER PROCEDURES W CC	2.2163	2	46	10	12
11	309	MINOR BLADDER PROCEDURES W/O CC	1.3534	2	43	7	7
11	310	TRANSURETHRAL PROCEDURES W CC	1.3177	2	31	6	8
11	311	TRANSURETHRAL PROCEDURES W/O CC	0.7532	1	13	3	4
11	312	URETHRAL PROCEDURES, AGE >17 W CC	1.4265	2	44	6	8
11	313	URETHRAL PROCEDURES, AGE >17 W/O CC	0.6969	1	12	3	4
11	314	URETHRAL PROCEDURES, AGE <18	0.9953	1	12	3	3
11	315	OTHER KIDNEY & URINARY TRACT O.R. PROCEDURES	2.5168	2	45	10	13
11	568	RENAL FAILURE W MAJOR CC	3.7886	3	50	17	17
11	569	KID & URIN TRACT DISORD EXC RENAL FAILURE W MAJOR CC	1.7581	2	46	10	11
11	316	RENAL FAILURE	1.4786	2	45	9	9
11	317	ADMIT FOR RENAL DIALYSIS	0.3917	1	8	2	2
11	318	KIDNEY & URINARY TRACT NEOPLASMS W CC	1.7506	2	45	11	13
11	319	KIDNEY & URINARY TRACT NEOPLASMS W/O CC	0.7057	1	16	3	4
11	320	KIDNEY & URINARY TRACT INFECTIONS AGE >17 W CC	1.0827	2	21	7	8
11	321	KIDNEY & URINARY TRACT INFECTIONS AGE >17 W/O CC	0.6847	2	16	5	6
11	322	KIDNEY & URINARY TRACT INFECTIONS AGE <18	0.8898	2	17	4	6
11	323	URINARY STONES W CC, &/OR ESW LITHOTRIPSY	0.6250	1	18	3	3
11	324	URINARY STONES W/O CC	0.4001	1	11	2	3

MDC	DRG	DESCRIPTION	CWEIGHT	LTRIM	HTRIM	MLOS1	MLOS2
11	325	KIDNEY & URINARY TRACT SIGNS & SYMPTOMS AGE >17 W CC	0.9717	2	41	6	7
11	326	KIDNEY & URINARY TRACT SIGNS & SYMPTOMS AGE >17 W/O CC	0.5451	2	18	4	4
11	327	KIDNEY & URINARY TRACT SIGNS & SYMPTOMS AGE <18	0.4686	1	12	3	3
11	328	URETHRAL STRICTURE AGE >17 W CC	1.0306	2	22	6	6
11	329	URETHRAL STRICTURE AGE >17 W/O CC	0.6200	2	22	4	4
11	330	URETHRAL STRICTURE AGE <18	0.7394	1	10	4	4
11	331	OTHER KIDNEY & URINARY TRACT DIAGNOSES AGE >17 W CC	1.2861	2	45	7	9
11	332	OTHER KIDNEY & URINARY TRACT DIAGNOSES AGE >17 W/O CC	0.7049	2	23	4	5
11	333	OTHER KIDNEY & URINARY TRACT DIAGNOSES AGE <18	0.9297	2	34	4	6

MDC 12: DISEASES & DISORDERS OF THE MALE REPRODUCTIVE SYSTEM

12	571	MALE REPRODUCTIVE PROCEDURES W MAJOR CC	3.4398	3	50	12	16
12	334	MAJOR MALE PELVIC PROCEDURES W CC	2.5370	2	17	11	13
12	335	MAJOR MALE PELVIC PROCEDURES W/O CC	2.0860	2	15	9	11
12	336	TRANSURETHRAL PROSTATECTOMY W CC	1.5358	2	28	7	9
12	337	TRANSURETHRAL PROSTATECTOMY W/O CC	0.9272	2	10	5	6
12	338	TESTES PROCEDURES, FOR MALIGNANCY	0.9713	1	12	3	5
12	339	TESTES PROCEDURES, NON-MALIGNANCY AGE >17	0.6763	1	5	2	2
12	340	TESTES PROCEDURES, NON-MALIGNANCY AGE <18	0.6002	1	4	1	2
12	341	PENIS PROCEDURES	1.6287	2	21	5	5
12	342	CIRCUMCISION AGE >17	0.6254	1	13	2	2
12	343	CIRCUMCISION AGE <18	0.3211	1	3	1	1
12	351	STERILIZATION, MALE	0.2522	1	4	2	2
12	344	OTHER MALE REPRODUCTIVE SYS O.R. PROCS FOR MALIGNANCY	1.5610	2	24	8	7
12	345	OTHER MALE REPRODUCTIVE SYS O.R. PROCS EXCEPT FOR MALIG	0.9823	2	28	4	6
12	570	MALE REPRODUCTIVE DISORDERS W MAJOR CC	1.7708	2	46	7	12
12	346	MALIGNANCY, MALE REPRODUCTIVE SYSTEM, W CC	2.0271	2	46	9	11
12	347	MALIGNANCY, MALE REPRODUCTIVE SYSTEM, W/O CC	0.9709	2	39	5	4
12	348	BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY W CC	0.9902	2	26	4	6
12	349	BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY W/O CC	0.5662	1	19	2	3
12	350	INFLAMMATION OF THE MALE REPRODUCTIVE SYSTEM	0.6805	2	16	5	5
12	352	OTHER MALE REPRODUCTIVE SYSTEM DIAGNOSES	0.4409	1	12	2	2

MDC 13: DISEASES & DISORDERS OF THE FEMALE REPRODUCTIVE SYSTEM

13	573	NON-RADICAL FEMALE REPRODUCTIVE PROCEDURES W MAJOR CC	2.7459	3	39	9	14
13	353	PELVIC EVISCERATION,RAD HYSTERECTOMY & RAD VULVECTOMY	3.1267	3	24	10	13
13	354	UTERINE,ADNEXA PROC FOR NON-OVARIAN/ADNEXAL MALIG W CC	1.9191	2	15	7	10
13	355	UTERINE,ADNEXA PROC FOR NON-OVARIAN/ADNEXAL MALIG W/O CC	1.3580	2	10	6	7
13	356	FEMALE REPRODUCTIVE SYSTEM RECONSTRUCTIVE PROCEDURES	0.9314	2	12	5	6
13	357	UTERINE & ADNEXA PROC FOR OVARIAN OR ADNEXAL MALIGNANCY	2.1692	2	26	9	11
13	358	UTERINE & ADNEXA PROC FOR CA IN SITU & NONMALIG W CC	1.4547	2	10	6	7
13	359	UTERINE & ADNEXA PROC FOR CA IN SITU & NONMALIG W/O CC	1.0667	2	10	5	6
13	360	VAGINA, CERVIX & VULVA PROCEDURES	0.7599	1	12	2	2
13	361	LAPAROSCOPY & INCISIONAL TUBAL INTERRUPTION	0.7721	1	19	2	3
13	362	ENDOSCOPIC TUBAL INTERRUPTION	0.4661	1	4	2	2
13	363	D&C, CONIZATION & RADIO-IMPLANT, FOR MALIGNANCY	1.0474	2	13	3	4
13	364	D&C, CONIZATION EXCEPT FOR MALIGNANCY	0.6057	1	5	2	2
13	365	OTHER FEMALE REPRODUCTIVE SYSTEM O.R. PROCEDURES	1.4139	2	22	7	9
13	572	FEMALE REPRODUCTIVE DISORDERS W MAJOR CC	2.1797	3	46	12	10
13	366	MALIGNANCY, FEMALE REPRODUCTIVE SYSTEM, W CC	1.9923	2	46	12	11
13	367	MALIGNANCY, FEMALE REPRODUCTIVE SYSTEM, W/O CC	0.9974	2	33	5	5

MDC	DRG	DESCRIPTION	CWEIGHT	LTRIM	HTRIM	MLOS1	MLOS2
13	368	INFECTIONS, FEMALE REPRODUCTIVE SYSTEM	0.7561	2	16	4	6
13	369	MENSTRUAL & OTHER FEMALE REPRODUCTIVE SYSTEM DISORDERS	0.3825	1	12	2	3

MDC 14: PREGNANCY, CHILDBIRTH & THE PUERPERIUM

14	650	HIGH RISK CESAREAN SECTION W CC	1.5278	2	18	6	9
14	651	HIGH RISK CESAREAN SECTION W/O CC	1.0785	2	9	5	6
14	370	CESAREAN SECTION W CC	1.1062	2	9	5	6
14	371	CESAREAN SECTION W/O CC	0.8965	2	6	5	5
14	652	HIGH RISK VAGINAL DELIVERY W STERILIZATION AND/OR D&C	0.9268	2	9	4	4
14	372	VAGINAL DELIVERY W COMPLICATING DIAGNOSES	0.5880	1	5	3	3
14	373	VAGINAL DELIVERY W/O COMPLICATING DIAGNOSES	0.4842	-	4	3	3
14	374	VAGINAL DELIVERY W STERILIZATION &/OR D&C	0.7948	1	5	3	4
14	375	VAGINAL DELIVERY W O.R. PROC EXCEPT STERIL &/OR D&C	0.5876	1	5	3	3
14	377	POSTPARTUM & POST ABORTION DIAGNOSES W O.R. PROCEDURE	1.0688	2	19	4	4
14	376	POSTPARTUM & POST ABORTION DIAGNOSES W/O O.R. PROCEDURE	0.5594	2	12	4	4
14	378	ECTOPIC PREGNANCY	1.0676	2	19	4	5
14	379	THREATENED ABORTION	0.4245	1	17	2	4
14	380	ABORTION W/O D&C	0.3232	1	5	2	2
14	381	ABORTION W D&C, ASPIRATION CURETTAGE OR HYSTEROTOMY	0.4741	1	3	1	1
14	382	FALSE LABOR	0.1416	1	3	1	2
14	383	OTHER ANTEPARTUM DIAGNOSES W MEDICAL COMPLICATIONS	0.5872	2	21	4	5
14	384	OTHER ANTEPARTUM DIAGNOSES W/O MEDICAL COMPLICATIONS	0.4144	1	11	2	3

MDC 15: NEWBORNS & OTHER NEONATES

15	602	NEONATE, BIRTHWT <750G, DISCHARGED ALIVE	34.7010	23	202	113	109
15	603	NEONATE, BIRTHWT <750G, DIED	10.0210	4	51	25	26
15	604	NEONATE, BIRTHWT 750-999G, DISCHARGED ALIVE	25.9657	18	187	87	88
15	605	NEONATE, BIRTHWT 750-999, DIED	15.6089	5	52	29	29
15	606	NEONATE, BWT 1000-1499G, W SIG OR PROC, DISCH ALIVE	28.1265	19	226	81	97
15	607	NEONATE, BWT 1000-1499G, W/O SIGNIF OR PROC, DISCH ALIVE	11.3777	10	126	44	51
15	608	NEONATE, BIRTHWT 1000-1499G, DIED	9.5767	5	53	24	25
15	609	NEONATE, BWT 1500-1999G, W SIG OR PROC, W MULT MAJ PROB	15.1424	10	108	58	61
15	610	NEONATE, BWT 1500-1999G, W SIG OR PROC, W/O MUL MAJ PROB	3.1923	5	50	21	24
15	611	NEONATE, BWT 1500-1999G, W/O SIG OR PROC, W MUL MAJ PROB	6.7989	6	73	30	35
15	612	NEONATE, BWT 1500-1999G, W/O SIG OR PROC, W MAJOR PROB	4.6759	5	61	23	29
15	613	NEONATE, BWT 1500-1999G, W/O SIG OR PROC, W MINOR PROB	3.1805	4	56	22	24
15	614	NEONATE, BWT 1500-1999G, W/O SIG OR PROC, W OTHER PROB	2.2860	3	52	13	18
15	615	NEONATE, BWT 2000-2499G, W SIG OR PROC, W MUL MAJOR PROB	14.8751	10	102	45	54
15	616	NEONATE, BWT 2000-2499G, W SIG OR PROC, W/O MUL MAJ PROB	3.1359	3	48	16	21
15	617	NEONATE, BWT 2000-2499G, W/O SIG OR PROC, W MUL MAJ PROB	3.6529	4	53	16	23
15	618	NEONATE, BWT 2000-2499G, W/O SIG OR PROC, W MAJOR PROB	1.9612	3	49	11	16
15	619	NEONATE, BWT 2000-2499G, W/O SIG OR PROC, W MINOR PROB	1.3009	2	37	9	11
15	620	NEONATE, BWT 2000-2499G, W/O SIG OR PROC, W NORM NEWB DIAG	0.4350	-	16	4	5
15	621	NEONATE, BWT 2000-2499G, W/O SIG OR PROC, W OTHER PROB	1.0903	2	33	7	9
15	622	NEONATE, BWT >2499G, W SIG OR PROC, W MULT MAJOR PROB	9.5204	6	62	23	31
15	623	NEONATE, BWT >2499G, W SIG OR PROC, W/O MULT MAJOR PROB	2.2163	2	46	9	12
15	624	NEONATE, BIRTHWT >2499G, W MINOR ABDOM PROC	1.1142	2	11	4	5
15	626	NEONATE, BWT >2499G, W/O SIG OR PROC, W MULT MAJOR PROB	2.5895	3	48	10	16
15	627	NEONATE, BWT >2499G, W/O SIGNIF OR PROC, W MAJOR PROB	1.0264	2	42	5	9
15	628	NEONATE, BWT >2499G, W/O SIGNIF OR PROC, W MINOR PROB	0.6893	2	17	4	6
15	629	NEONATE, BWT >2499G, W/O SIGN OR PROC, W NORM NEWB DIAG	0.2387	-	5	3	3
15	630	NEONATE, BWT >2499G, W/O SIG OR PROC, W OTHER PROB	0.7452	2	23	4	6
04	631	BPD AND OTHER CHRON RESP DISEAS ARISING PERINATAL PERIOD	1.4160	2	30	12	10
23	633	MULT, OTHER AND UNSPEC CONGENITAL ANOMALIES W CC	1.8568	2	23	9	8
23	634	MULT, OTHER AND UNSPEC CONGENITAL ANOMALIES W/O CC	1.8568	2	21	9	8
15	635	NEONATAL AFTERCARE FOR WEIGHT GAIN	1.4328	3	49	8	8

MDC	DRG	DESCRIPTION	CWEIGHT	LTRIM	HTRIM	MLOS1	MLOS2
15	636	INFANT AFTERCARE FOR WEIGHT GAIN, AGE>28 DAYS & <1 YEAR	2.0099	4	53	8	8
15	637	NEONATE, DIED W/IN ONE DAY OF BIRTH, BORN HERE	0.5889	1	3	1	1
15	638	NEONATE, DIED W/IN ONE DAY OF BIRTH, NOT BORN HERE	0.9188	1	3	1	1
15	639	NEONATE, TRANSFERRED <5 DAYS OF BIRTH, BORN HERE	0.7481	1	3	2	2
15	640	NEONATE, TRANSFERRED <5 DAYS OF BIRTH, NOT BORN HERE	0.9116	1	8	2	2
15	641	EXTRACORPOREAL MEMBRANE OXYGENATION, BWT >2499 GRAMS	13.9811	5	62	16	16

MDC 16: DISEASES & DISORDERS OF BLOOD, BLOOD FORMING ORGANS, IMMUNOLOGICAL DISORDERS

16	575	BLOOD,BLOOD FORM ORGANS & IMMUNOLOG PROCS W MAJOR CC	6.3954	5	57	13	25
16	392	SPLENECTOMY AGE >17	2.4647	2	26	9	11
16	393	SPLENECTOMY AGE <18	1.6459	2	14	7	7
16	394	OTHER O.R. PROCS OF THE BLOOD AND BLOOD FORMING ORGANS	1.7434	2	43	6	8
16	574	BLOOD,BLOOD FORM ORGANS & IMMUNOLOG DISORD W MAJOR CC	2.6874	3	47	11	12
16	760	HEMOPHILIA FACTORS VIII AND IX	1.6295	2	25	5	6
16	784	ACQUIRED HEMOLYTIC ANEMIA OR SICKLE CELL CRISIS AGE <18	1.0201	2	23	4	5
16	785	OTHER RED BLOOD CELL DISORDERS AGE <18	0.9196	2	22	5	5
16	395	RED BLOOD CELL DISORDERS AGE >17	1.1050	2	34	6	7
16	397	OTHER COAGULATION DISORDERS	1.2723	2	34	6	7
16	398	RETICULOENDOTHELIAL & IMMUNITY DISORDERS W CC	1.4366	2	22	7	8
16	399	RETICULOENDOTHELIAL & IMMUNITY DISORDERS W/O CC	0.8982	2	18	5	6

MDC 17: MYELOPROLIFERATIVE DISEASES & DISORDERS, POORLY DIFFERENTIATED NEOPLASM

17	579	PROCS FOR LYMPH,LEUKEMIA,MYELOPROLIF DISORD W MAJOR CC	9.0975	7	74	31	33
17	400	LYMPHOMA & LEUKEMIA W MAJOR O.R. PROCEDURE	2.4718	2	45	10	13
17	401	LYMPHOMA & NON-ACUTE LEUKEMIA W OTHER O.R. PROC W CC	3.4226	3	50	13	18
17	402	LYMPHOMA & NON-ACUTE LEUKEMIA W OTHER O.R. PROC W/O CC	1.6321	2	42	6	8
17	403	LYMPHOMA & NON-ACUTE LEUKEMIA W CC	2.6803	3	47	13	15
17	404	LYMPHOMA & NON-ACUTE LEUKEMIA W/O CC	1.3105	2	43	7	8
17	406	MYELOPRO DISORD OR POOR DIFF NEOPL W MAJ O.R. PROC W CC	3.1847	3	41	16	16
17	407	MYELOPRO DISORD OR POOR DIFF NEOPL W MAJ O.R. PROC W/O CC	1.7426	2	26	8	9
17	408	MYELOPROLIF DISORD OR POOR DIFF NEOPL W OTHER O.R. PROC	1.6262	2	30	5	6
17	577	MYELOPROL DISORD & POORLY DIFFER NEOPLASMS W MAJOR CC	3.4057	3	48	16	15
17	578	LYMPHOMA & NON-ACUTE LEUKEMIA W MAJOR CC	6.8603	5	57	21	23
17	576	ACUTE LEUKEMIA W MAJOR CC	11.7198	7	77	33	33
17	780	ACUTE LEUKEMIA W/O MAJOR O.R. PROCEDURE AGE <18 W CC	5.3202	4	51	10	14
17	781	ACUTE LEUKEMIA W/O MAJOR O.R. PROCEDURE AGE <18 W/O CC	1.8565	2	43	5	8
17	782	ACUTE LEUKEMIA W/O MAJOR O.R. PROCEDURE AGE >17 W CC	7.1742	5	56	31	27
17	783	ACUTE LEUKEMIA W/O MAJOR O.R. PROCEDURE AGE >17 W/O CC	1.8300	2	39	12	17
17	409	RADIOTHERAPY	1.0411	2	15	8	6
17	410	CHEMOTHERAPY	1.0995	2	16	4	4
17	411	HISTORY OF MALIGNANCY W/O ENDOSCOPY	0.4136	1	11	3	4
17	412	HISTORY OF MALIGNANCY W ENDOSCOPY	0.4136	1	12	3	4
17	413	OTHER MYELOPROLIF DIS OR POORLY DIFF NEOPL DIAG W CC	2.3050	3	48	11	14
17	414	OTHER MYELOPROLIF DIS OR POORLY DIFF NEOPL DIAG W/O CC	1.4673	2	43	9	9

MDC	DRG	DESCRIPTION	CWEIGHT	LTRIM	HTRIM	MLOS1	MLOS2
-----	-----	-------------	---------	-------	-------	-------	-------

MDC 18: INFECTIOUS & PARASITIC DISEASES, SYSTEMIC OR UNSPECIFIED SITES

18	581	SYSTEMIC INFECT & PARASITIC DISORD PROCEDURES W MAJOR CC	7.0826	6	59	26	31
18	415	O.R. PROCEDURE FOR INFECTIOUS & PARASITIC DISEASES	2.4928	3	48	12	17
18	584	SEPTICEMIA W MAJOR CC	3.9782	3	49	14	18
18	580	SYST INFECT & PARASITIC DISORD EXC SEPTICEMIA W MAJOR CC	2.1671	3	47	10	13
18	416	SEPTICEMIA AGE >17	1.8153	2	40	10	12
18	417	SEPTICEMIA AGE <18	1.0041	2	24	5	6
18	418	POSTOPERATIVE & POST-TRAUMATIC INFECTIONS	0.8831	2	29	6	7
18	419	FEVER OF UNKNOWN ORIGIN AGE >17 W CC	1.0751	2	31	6	8
18	420	FEVER OF UNKNOWN ORIGIN AGE >17 W/O CC	0.7650	2	23	5	6
18	421	VIRAL ILLNESS AGE >17	0.6712	2	21	4	5
18	422	VIRAL ILLNESS & FEVER OF UNKNOWN ORIGIN AGE <18	0.5897	2	12	3	4
18	423	OTHER INFECTIOUS & PARASITIC DISEASES DIAGNOSES	1.0743	2	44	7	9

MDC 19: MENTAL DISEASES & DISORDERS

19	424	O.R. PROCEDURE W PRINCIPAL DIAGNOSES OF MENTAL ILLNESS	2.6467	2	43	15	17
19	425	ACUTE ADJUST REACT & DISTURB OF PSYCHOSOCIAL DYSFUNCTION	0.7797	2	33	5	6
19	426	DEPRESSIVE NEUROSES	0.7557	2	44	6	13
19	427	NEUROSES EXCEPT DEPRESSIVE	1.0537	2	44	5	12
19	428	DISORDERS OF PERSONALITY & IMPULSE CONTROL	0.6880	2	43	7	10
19	429	ORGANIC DISTURBANCES & MENTAL RETARDATION	2.0200	3	47	12	16
19	430	PSYCHOSES	1.5274	3	49	13	18
19	431	CHILDHOOD MENTAL DISORDERS	0.9049	2	43	8	9
19	432	OTHER MENTAL DISORDER DIAGNOSES	1.1058	2	19	7	7

MDC 20: ALCOHOL/DRUG USE & ALCOHOL/DRUG INDUCED ORGANIC MENTAL DISORDERS

20	743	OPIOID ABUSE OR DEPENDENCE LEFT AGAINST MEDICAL ADVICE	0.8179	2	29	6	8
20	744	OPIOID ABUSE OR DEPENDENCE W CC	1.1189	2	21	10	10
20	745	OPIOID ABUSE OR DEPENDENCE W/O CC	0.9432	2	21	9	10
20	746	COCAINE OR OTHER DRUG ABUSE OR DEPENDENCE LEFT AMA	0.6275	2	29	5	7
20	747	COCAINE OR OTHER DRUG ABUSE OR DEPENDENCE W CC	0.9549	2	13	8	9
20	748	COCAINE OR OTHER DRUG ABUSE OR DEPENDENCE W/O CC	0.7839	2	10	6	8
20	749	ALCOHOL ABUSE OR DEPENDENCE LEFT AMA	0.3955	1	16	3	3
20	750	ALCOHOL ABUSE OR DEPENDENCE W CC	0.7965	2	10	6	6
20	751	ALCOHOL ABUSE OR DEPENDENCE W/O CC	0.5733	2	8	5	5

MDC 21: INJURIES, POISONINGS & TOXIC EFFECTS OF DRUGS

21	583	PROCS FOR INJURIES EXCEPT MULTIPLE TRAUMA W MAJOR CC	4.1959	3	49	19	23
21	439	SKIN GRAFTS FOR INJURIES	1.9620	2	44	10	11
21	791	WOUND DEBRIDEMENTS FOR OPEN WOUND INJURIES	1.3723	2	44	7	10
21	440	WOUND DEBRIDEMENTS FOR INJURIES EXCEPT OPEN WOUND	2.1331	2	45	10	13
21	441	HAND PROCEDURES FOR INJURIES	1.4190	2	28	4	5
21	442	OTHER O.R. PROCEDURES FOR INJURIES W CC	2.1394	2	44	10	11
21	443	OTHER O.R. PROCEDURES FOR INJURIES W/O CC	0.8805	1	19	3	5
21	582	INJURIES EXCEPT MULTIPLE TRAUMA W MAJOR CC	2.1377	2	44	8	9
21	444	INJURIES TO UNSPEC OR MULTIPLE SITES, AGE >17 W CC	0.8078	2	31	5	7

MDC	DRG	DESCRIPTION	CWEIGHT	LTRIM	HTRIM	MLOS1	MLOS2
21	445	INJURIES TO UNSPEC OR MULTIPLE SITES, AGE >17 W/O CC	0.5535	2	18	4	4
21	446	INJURIES TO UNSPECIFIED OR MULTIPLE SITES, AGE <18	0.4586	1	18	2	4
21	447	ALLERGIC REACTIONS AGE >17	0.4644	1	14	2	3
21	448	ALLERGIC REACTIONS AGE <18	0.4006	1	14	2	2
21	752	LEAD POISONING	0.6922	2	14	5	6
21	449	POISONING & TOXIC EFFECTS OF DRUGS AGE >17 W CC	1.0831	2	25	6	6
21	450	POISONING & TOXIC EFFECTS OF DRUGS AGE >17 W/O CC	0.5372	1	11	3	3
21	451	POISONING & TOXIC EFFECTS OF DRUGS AGE <18	0.5023	1	10	2	3
21	452	COMPLICATIONS OF TREATMENT W CC	0.9907	2	36	6	8
21	453	COMPLICATIONS OF TREATMENT W/O CC	0.6128	2	19	4	5
21	454	OTHER INJURY, POISONING & TOXIC EFFECT DIAGNOSIS W CC	0.9865	2	43	7	8
21	455	OTHER INJURY, POISONING & TOXIC EFFECT DIAGNOSIS W/O CC	0.3631	1	5	2	3

MDC 22: BURNS

22	472	EXTENSIVE BURNS W O.R. PROCEDURE	21.5584	5	53	32	33
22	458	NON-EXTENSIVE BURNS W SKIN GRAFT	5.1227	4	54	15	23
22	459	NON-EXTEN BURNS W WOUND DEBRIDEMENT OR OTHER O.R. PROC	2.0751	2	46	8	10
22	456	BURNS, TRANSFERRED TO ANOTHER ACUTE CARE FACILITY	0.7872	1	4	2	2
22	457	EXTENSIVE BURNS W/O O.R. PROCEDURE	9.1347	5	55	19	21
22	460	NON-EXTENIVE BURNS W/O O.R. PROCEDURE	1.5102	2	43	6	8

MDC 23: FACTORS INFLUENCING HEALTH STATUS & OTHER CONTACTS WITH HEALTH SERVICES

23	461	O.R. PROC W DIAGNOSES OF OTHER CONTACT W HEALTH SERVICES	0.6490	1	4	2	2
23	462	REHABILITATION	2.3890	5	51	26	19
23	633	MULT,OTHER AND UNSPEC CONGENITAL ANOMALIES W CC	1.8568	2	23	9	8
23	634	MULT,OTHER AND UNSPEC CONGENITAL ANOMALIES W/O CC	1.8568	2	21	9	8
23	463	SIGNS & SYMPTOMS W CC	1.3378	2	45	7	9
23	464	SIGNS & SYMPTOMS W/O CC	0.6229	2	23	4	5
23	465	AFTERCARE W HISTORY OF MALIGNANCY AS 2ND DIAGNOSIS	0.5956	1	15	2	2
23	466	AFTERCARE W/O HISTORY OF MALIGNANCY AS 2ND DIAGNOSIS	0.4232	1	4	2	2
23	754	TERTIARY AFTERCARE, AGE => 1 YEAR	1.7909	2	23	10	12
23	467	OTHER FACTORS INFLUENCING HEALTH STATUS	0.2522	1	5	2	2

MDC 24: HIV INFECTIONS

24	700	TRACHEOSTOMY FOR HIV INFECTION	18.9020	12	142	59	60
24	701	HIV W O.R. PROCEDURE & VENTILATION OR NUTRITION SUPPORT	10.1731	7	79	35	38
24	702	HIV W O.R. PROCEDURE W MULTIPLE MAJOR RELATED INFECTIONS	9.3565	10	115	54	56
24	703	HIV W O.R. PROCEDURE W MAJOR RELATED DIAGNOSIS	5.4413	6	66	25	35
24	704	HIV W O.R. PROCEDURE W/O MAJOR RELATED DIAGNOSIS	3.6995	4	53	21	25
24	705	HIV W MULTIPLE MAJOR RELATED INFECTIONS W TB	6.3840	6	63	28	28
24	706	HIV W MULTIPLE MAJOR RELATED INFECTIONS W/O TB	6.2205	6	65	24	32
24	707	HIV W VENTILATOR OR NUTRITIONAL SUPPORT	6.4030	5	53	19	21
24	708	HIV W MAJOR RELATED DIAGNOSIS, DISCHARGE AMA	2.2554	3	46	15	15
24	709	HIV W MAJOR RELATED DIAG W MULT MAJOR OR SIGN DIAG W TB	3.8181	5	56	22	22
24	710	HIV W MAJOR RELATED DIAG W MULT MAJ OR SIGN DIAG W/O TB	3.5184	4	54	22	22
24	711	HIV W MAJOR RELAT DIAG W/O MULT MAJ OR SIGNIF DIAG W TB	2.5256	4	51	19	19
24	712	HIV W MAJ RELAT DIAG W/O MULT MAJ OR SIGNIF DIAG W/O TB	2.3625	3	49	15	18
24	713	HIV W SIGNIFICANT RELATED DIAGNOSIS, DISCHARGED AMA	1.5501	2	44	9	9
24	714	HIV W SIGNIFICANT RELATED DIAGNOSIS	2.0452	3	47	13	13
24	715	HIV W OTHER RELATED DIAGNOSES	1.1781	2	44	9	9
24	716	HIV W/O OTHER RELATED DIAGNOSES	0.4283	1	3	3	3

MDC	DRG	DESCRIPTION	CWEIGHT	LTRIM	HTRIM	MLOS1	MLOS2
-----	-----	-------------	---------	-------	-------	-------	-------

MDC 25: MULTIPLE SIGNIFICANT TRAUMA

25	792	CRANIOTOMY FOR MULT SIG TRAUMA W NON-TRAUMATIC MAJOR CC	13.1522	5	53	40	42
25	793	PROC FOR MUL SIG TRAUMA EXC CRANIOT W NON-TRAUM MAJOR CC	10.0706	6	57	28	34
25	730	CRANIOTOMY FOR MULTIPLE SIGNIFICANT TRAUMA	7.9249	4	48	26	27
25	731	SPINE, HIP, FEMUR OR LIMB PROC FOR MULT SIGNIF TRAUMA	6.3399	5	58	24	32
25	732	OTHER O.R. PROCEDURES FOR MULTIPLE SIGNIFICANT TRAUMA	4.3115	3	49	16	18
25	733	HEAD, CHEST & LOWER LIMB DIAGNOSES OF MULT SIGNIF TRAUMA	2.4428	3	46	13	14
25	794	DIAG FOR MULTIPLE SIGNIF TRAUMA W NON-TRAUMATIC MAJOR CC	6.4265	4	51	18	27
25	734	OTHER DIAGNOSES OF MULTIPLE SIGNIFICANT TRAUMA	1.7909	2	46	10	12

EXCEPTIONS

.	482	TRACHEOSTOMY WITH MOUTH, LARYNX OR PHARYNX DISORDER	5.6040	4	55	17	22
.	483	TRACH OTHER THAN FOR MOUTH, LARYNX OR PHARYNX DISORDER	23.6343	12	134	57	62
.	803	ALLOGENEIC BONE MARROW TRANSPLANT	22.1947	16	99	33	43
.	804	AUTOLOGOUS BONE MARROW TRANSPLANT	16.2642	8	68	33	41
.	795	LUNG TRANSPLANT	36.8920	7	82	31	31
.	480	LIVER TRANSPLANT	35.5168	8	99	41	41
.	805	SIMULTANEOUS KIDNEY/PANCREAS TRANSPLANT	21.3289	10	70	21	21

OTHERS

-	476	PROSTATIC O.R. PROC UNRELATED TO PRINCIPAL DIAGNOSIS	3.9526	5	55	18	22
-	477	NON-EXTENSIVE O.R. PROC UNRELATED TO PRINCIPAL DIAGNOSIS	1.5997	2	43	9	10
-	468	EXTEN O.R. PROCEDURE UNRELATED TO PRINCIPAL DIAGNOSIS	4.0631	3	47	14	17
-	469	PRINCIPAL DIAGNOSIS INVALID AS DISCHARGE STATUS	-	-	-	-	-
-	470	UNGROUPABLE	-	-	-	-	-

3.3 Liste der Basis-APR-DRG's (All Patient Refined Diagnosis Related Groups), Version 12.0

Legende:

p	Chirurgische DRG
m	Medizinische DRG
=	unveraendert von HCFA-DRG uebernommen
-	fast unveraendert
&c	ohne/mit CC zusammengefasst
&c+	andere Arten von Schweregraden zusammengefasst
&a	Alterssplit zusammengefasst
&3	ohne/mit CC und Alterssplit zusammengefasst
&p	zusammenfassung von Prozeduren
%	wegen eliminierten DRG's vergroesserte Restklasse
#	veraendert gegenueber HCFA-DRG
*	veraendert und neu beziffert mit bisher anderweitig belegter Nummer
+	zusaeztzlich zu HCFA-DRG
A#	veraendert gegenueber AP-DRG
6	ehemals in MDC 6

MDC 1: DISEASES & DISORDERS OF THE NERVOUS SYSTEM

001	p #	CRANIOTOMY W INTRACRANIAL HEMORRHAGE & DEEP COMA
002	p #	CRANIOTOMY W/O INTRACRANIAL HEMORRHAGE & DEEP COMA
004	p =	SPINAL PROCEDURES
005	p =	EXTRACRANIAL VASCULAR PROCEDURES
006	p *	NERVOUS SYSTEM PROC FOR PERIPHERAL NERVE DISORDERS
007	p #	NERVOUS SYST PROC FOR CRANIAL NERV & OTH NERVE SYS DISORD
737	p A#	VENTRICULAR SHUNT PROCEDURES
009	m =	SPINAL DISORDERS & INJURIES
010	m &c	NERVOUS SYSTEM NEOPLASMS
012	m =	DEGENERATIVE NERVOUS SYSTEM DISORDERS
013	m =	MULTIPLE SCLEROSIS & CEREBELLAR ATAXIA
014	m #	CEREBROVASCULAR DISORD EXCEPT TIA & INTRACRANIAL HEMORRHAGE
015	m =	TRANSIENT ISCHEMIC ATTACK & PRECEREBRAL OCCLUSIONS
016	m &c	NONSPECIFIC CEREBROVASCULAR DISORDERS
017	m +	INTRACRANIAL HEMORRHAGE
018	m &c	CRANIAL & PERIPHERAL NERVE DISORDERS
019	m +	TUBERCULOUS & BACTERIAL INFECTIONS OF NERVOUS SYSTEM
020	m #	NON-BACTERIAL INFECTIONS OF NERVOUS SYSTEM EXC VIRAL MENINGITIS
021	m =	VIRAL MENINGITIS
022	m =	HYPERTENSIVE ENCEPHALOPATHY
023	m =	NONTRAUMATIC STUPOR & COMA
024	m #	SEIZURE
025	m #	HEADACHE
027	m #	HEAD TRAUMA W COMA >1 HR OR HEMORRHAGE

028	m #	SKULL FRACTURE & SPEC INTRACRANIAL INJURY, COMA <1 HR OR NO COMA
031	m #	CONCUSSION, UNSPEC INTRACRANIAL INJURY, COMA <1 HR OR NO COMA
034	m &c	OTHER DISORDERS OF NERVOUS SYSTEM

MDC 2: DISEASES & DISORDERS OF THE EYE

036	p =	RETINAL PROCEDURES
037	p =	ORBITAL PROCEDURES
039	p =	LENS PROCEDURES WITH OR WITHOUT VITRECTOMY
040	p &a	EXTRAOCULAR PROCEDURES EXCEPT ORBIT
042	p %	INTRAOCULAR PROCEDURES EXCEPT RETINA & LENS
044	m =	ACUTE MAJOR EYE INFECTIONS
045	m =	NEUROLOGICAL EYE DISORDERS
046	m %	OTHER DISORDERS OF THE EYE AGE

MDC 3: DISEASES & DISORDERS OF THE EAR, NOSE, MOUTH & THROAT

049	p =	OTHER MAJOR HEAD & NECK PROCEDURES EXCEPT TRACHEOSTOMY
051	p #	SIALOADENECTOMY & SALIVARY GLAND PROCEDURES
052	p =	CLEFT LIP & PALATE REPAIR
053	p &a	SINUS & MASTOID PROCEDURES
054	p *	FACIAL BONE PROCEDURES EXCEPT MAJOR HEAD & NECK
056	p =	RHINOPLASTY
057	p #	TONSILLECTOMY & ADENOIDECTOMY PROCEDURES

058 p * LARYNX, PHARYNX & TRACHEAL PROC EXCEPT MAJOR HEAD & NECK
 168 p &6 MOUTH PROCEDURES
 185 p &6 DENTAL & ORAL DIS EXCEPT EXTRACTIIONS & RESTORATIONS
 187 p =6 DENTAL EXTRACTIIONS & RESTORATIONS
 786 p A# MAJOR LARYNX & TRACHEAL PROCEDURES EXCEPT TRACHEOSTOMY
 063 p % OTHER EAR, NOSE, MOUTH & THROAT O.R. PROCEDURES
 064 m = EAR, NOSE, MOUTH & THROAT MALIGNANCY
 065 m = DYSEQUILIBRIUM
 066 m = EPISTAXIS
 067 m = EPIGLOTTITIS
 068 m &3 OTITIS MEDIA & URI
 071 m = LARYNGOTRACHEITIS
 072 m = NASAL TRAUMA & DEFORMITY
 073 m &a OTHER EAR, NOSE, MOUTH & THROAT DIAGNOSES

MDC 4: DISEASES & DISORDERS OF THE RESPIRATORY SYSTEM

075 p = MAJOR CHEST PROCEDURES
 076 p &c OTHER RESP SYSTEM O.R. PROCEDURES
 078 m = PULMONARY EMBOLISM
 079 m &3 RESPIRATORY INFECTIONS & INFLAMMATIONS
 082 m = RESPIRATORY NEOPLASMS
 083 m &c MAJOR CHEST TRAUMA
 085 m &c PLEURAL EFFUSION
 087 m = PULMONARY EDEMA & RESPIRATORY FAILURE
 088 m = CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE
 089 m &3 SIMPLE PNEUMONIA & PLEURISY
 090 m + RSV PNEUMONIA & WHOOPING COUGH
 092 m &c INTERSTITIAL LUNG DISEASE
 094 m &c PNEUMOTHORAX
 096 m &3 BRONCHITIS & ASTHMA
 475 m A= RESPIRATORY SYSTEM DIAGNOSIS W VENTILATOR SUPPORT
 631 m A= BPD AND OTHER CHRON RESP DISEAS ARISING PERINATAL PERIOD
 101 m % RESPIRATORY SIGNS & SYMPTOMS AND OTHER DIAGNOSES

MDC 5: DISEASES & DISORDERS OF THE CIRCULATORY SYSTEM

103 p = HEART TRANSPLANT
 104 p = CARDIAC VALVE PROCEDURES W CARDIAC CATH
 105 p = CARDIAC VALVE PROCEDURES W/O CARDIAC CATH
 106 p = CORONARY BYPASS W CARDIAC CATH
 107 p = CORONARY BYPASS W/O CARDIAC CATH
 108 p # OTHER CARDIOTHORACIC PROCEDURES FOR MAJOR HEART ANOMALIES
 109 p + OTHER CARDIOTHORACIC PROCEDURES EXCEPT FOR MAJOR HEART ANOMALIES
 110 p # MAJOR CARDIOVASCULAR PROCEDURES EXCEPT OCCLUSION PROC
 122 p + CARDIOVASCULAR OCCLUSION PROCEDURES

111 p * PERCUTANEOUS CARDIOVASCULAR PROCEDURES W AMI
 112 p # PERCUTANEOUS CARDIOVASCULAR PROCEDURES W/O AMI
 113 p = AMPUTATION FOR CIRC SYSTEM DISORDERS EXCEPT UPPER LIMB & TOE
 114 p = UPPER LIMB & TOE AMPUTATION FOR CIRC SYSTEM DISORDERS
 115 p = PERM CARDIAC PACEMAKER IMPLANT W AMI, HEART FAILURE OR SHOCK
 116 p = OTH PERM CARDIAC PACEMAKER IMPLANT OR AICD LEAD OR GENERATOR PROC
 117 p = CARDIAC PACEMAKER REVISION EXCEPT DEVICE REPLACEMENT
 118 p = CARDIAC PACEMAKER DEVICE REPLACEMENT
 119 p = VEIN LIGATION & STRIPPING
 478 p &c OTHER VASCULAR PROCEDURES
 120 p = OTHER CIRCULATORY SYSTEM O.R. PROCEDURES
 121 m # CIRCULATORY DISORDERS W AMI
 124 m &c+ CIRCULATORY DISORDERS EXCEPT AMI, W CARD CATH
 126 m = ACUTE & SUBACUTE ENDOCARDITIS
 127 m = HEART FAILURE & SHOCK
 128 m = DEEP VEIN THROMBOPHLEBITIS
 129 m = CARDIAC ARREST, UNEXPLAINED
 130 m # PERIPHERAL & OTHER VASCULAR DISORDERS
 132 m &c ATHEROSCLEROSIS
 134 m = HYPERTENSION
 135 m &3 CARDIAC CONGENITAL & VALVULAR DISORDERS
 138 m &c CARDIAC ARRHYTHMIA & CONDUCTION DISORDERS
 140 m = ANGINA PECTORIS
 141 m &c SYNCOPE & COLLAPSE
 143 m = CHEST PAIN
 144 m &c OTHER CIRCULATORY SYSTEM DIAGNOSES

MDC 6: DISEASES & DISORDERS OF THE DIGESTIVE SYSTEM

146 p &c RECTAL RESECTION
 148 p &c MAJOR SMALL & LARGE BOWEL PROCEDURES
 150 p &c PERITONEAL ADHESIOLYSIS
 152 p &c MINOR SMALL & LARGE BOWEL PROCEDURES
 154 p # MAJOR STOMACH, ESOPHAGEAL & DUODENAL PROCEDURES
 155 p # MINOR STOMACH, ESOPHAGEAL & DUODENAL PROCEDURES
 157 p &c ANAL & STOMAL PROCEDURES
 159 p &3 HERNIA PROCEDURES EXCEPT INGUINAL & FEMORAL
 161 p &3 INGUINAL & FEMORAL HERNIA PROCEDURES
 164 p &c+ APPENDECTOMY
 170 p &c OTHER DIGESTIVE SYSTEM O.R. PROCEDURES
 172 m &c DIGESTIVE MALIGNANCY
 174 m &c G.I. HEMORRHAGE
 176 m # PEPTIC ULCER W/O HEMORRHAGE OR PERFORATION
 179 m = INFLAMMATORY BOWEL DISEASE
 180 m &c G.I. OBSTRUCTION
 182 m + NONBACTERIAL GASTROENTERITIS & ABDOMINAL PAIN

188 m % OTHER DIGESTIVE SYSTEM DIAGNOSES

**MDC 7: DISEASES & DISORDERS OF THE
HEPATOBIILIARY SYSTEM & PANCREAS**

191 p &c PANCREAS, LIVER & SHUNT PROCEDURES
193 p &c BILIARY TRACT PROC EXCEPT ONLY CHOLECYST
W OR W/O C.D.E.
787 p A# LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY
195 p &c CHOLECYSTECTOMY W C.D.E.
197 p # CHOLECYSTECTOMY W/O C.D.E.
199 p &c+ HEPATOBIILIARY DIAGNOSTIC PROCEDURES
201 p = OTHER HEPATOBIILIARY OR PANCREAS O.R.
PROCEDURES
202 m = CIRRHOSIS & ALCOHOLIC HEPATITIS
203 m = MALIGNANCY OF HEPATOBIILIARY SYSTEM OR
PANCREAS
204 m = DISORDERS OF PANCREAS EXCEPT MALIGNANCY
205 m &c DISORDERS OF LIVER EXCEPT MALIG,CIRR,ALC
HEPA
207 m &c DISORDERS OF THE BILIARY TRACT

**MDC 8: DISEASES & DISORDERS OF THE
MUSCULOSKELETAL SYSTEM & CONN
TISSUE**

227 p * MULTIPLE CRANIAL & FACIAL BONE
RECONSTRUCTIVE PROCEDURES
234 p * MAJOR CRANIAL & FACIAL BONE
RECONSTRUCTIVE PROC EXCEPT MULTIPLE
755 p A# DORSAL & LUMBAR FUSION PROC FOR CURVATURE
OF BACK
756 p A# DORSAL & LUMBAR FUSION PROC EXCEPT FOR
CURVATURE OF BACK
757 p A% OTHER BACK & NECK PROCEDURES
471 p = BILATERAL OR MULTIPLE MAJOR JOINT PROCS
OF LOWER EXTREMITY
491 p = MAJOR JOINT & LIMB REATTACHMENT
PROCEDURES OF UPPER EXTREMITY
209 p # MAJOR JOINT & LIMB REATTACHMENT PROC OF
LOWER EXTREMITY FOR TRAUMA
210 p # HIP & FEMUR PROCEDURES EXCEPT MAJOR JOINT
FOR TRAUMA
211 p # HIP & FEMUR PROCEDURES EXCEPT MAJOR JOINT
FOR NON-TRAUMA
212 p * MAJOR JOINT & LIMB REATTACHMENT PROC OF
LOW EXTREMITY EXC FOR TRAUMA
213 p = AMPUTATION FOR MUSCULOSKELETAL SYSTEM &
CONN TISSUE DISORDERS
216 p = BIOPSIES OF MUSCULOSKELETAL SYSTEM &
CONNECTIVE TISSUE
217 p # WND DEBRID & SKN GRFT EXC OPN WND, FOR MS
& CONN TISS DIS, EXC HAND
790 p A= WND DEBRID & SKN GRFT FOR OPN WND, MS &
CONN TISS DISORD, EXC HAND
218 p # HUMER, KNEE & LOW EXTREM PROC EXCEPT HIP,
FOOT, FEMUR
223 p # MAJOR SHOULDER/ELBOW PROC

224 p # SHOULDER,ELBOW OR FOREARM PROC,EXC MAJOR
JOINT PROC
225 p = FOOT PROCEDURES
226 p &c SOFT TISSUE PROCEDURES
228 p # MAJOR THUMB OR JOINT PROC
229 p # HAND OR WRIST PROC, EXCEPT MAJOR JOINT
PROC
230 p = LOCAL EXCISION & REMOVAL OF INT FIX
DEVICES OF HIP & FEMUR
231 p = LOCAL EXCISION & REMOVAL OF INT FIX
DEVICES EXCEPT HIP & FEMUR
232 p = ARTHROSCOPY
233 p % OTHER MUSCULOSKELET SYS & CONN TISS O.R.
PROC
235 m = FRACTURES OF FEMUR
236 m = FRACTURES OF HIP & PELVIS
237 m = SPRAINS, STRAINS, & DISLOCATIONS OF HIP,
PELVIS & THIGH
238 m = OSTEOMYELITIS
239 m = PATHOLOGICAL FRACTURES & MUSCULOSKELETAL
& CONN TISS MALIGNANCY
240 m &c CONNECTIVE TISSUE DISORDERS
242 m = SEPTIC ARTHRITIS
243 m = MEDICAL BACK PROBLEMS
244 m &c BONE DISEASES & SPECIFIC ARTHROPATHIES
246 m = NON-SPECIFIC ARTHROPATHIES
247 m = SIGNS & SYMPTOMS OF MUSCULOSKELETAL
SYSTEM & CONN TISSUE
248 m = TENDONITIS, MYOSITIS & BURSITIS
249 m = AFTERCARE, MUSCULOSKELETAL SYSTEM &
CONNECTIVE TISSUE
250 m # FX, SPRN, STRN & DISL OF FOREARM, HAND,
LOW LEG & FOOT
256 m % OTHER MUSCULOSKELETAL SYSTEM & CONNECTIVE
TISSUE DIAGNOSES

**MDC 9: DISEASES & DISORDERS OF THE SKIN,
SUBCUTANEOUS TISSUE & BREAST**

257 p &c+ MASTECTOMY FOR MALIGNANCY
261 p = BREAST PROC FOR NON-MALIGNANCY EXCEPT
BIOPSY & LOCAL EXCISION
262 p = BREAST BIOPSY & LOCAL EXCISION FOR NON-
MALIGNANCY
263 p &c SKIN GRAFT &/OR DEBRID FOR SKN ULCER,
CELLULITIS
265 p &c SKIN GRAFT &/OR DEBRID EXCEPT FOR SKIN
ULCER, CELLULITIS
267 p = PERIANAL & PILONIDAL PROCEDURES
268 p = SKIN, SUBCUTANEOUS TISSUE & BREAST
PLASTIC PROCEDURES
269 p &c OTHER SKIN, SUBCUT TISS & BREAST PROC
271 m = SKIN ULCERS
272 m &c MAJOR SKIN DISORDERS
274 m &c MALIGNANT BREAST DISORDERS
276 m = NON-MALIGANT BREAST DISORDERS
277 m &3 CELLULITIS
280 m &3 TRAUMA TO THE SKIN, SUBCUT TISS & BREAST
283 m &c MINOR SKIN DISORDERS

MDC 10: ENDOCRINE, NUTRITIONAL & METABOLIC ISEASES & DISORDERS

- 285 p = AMPUTAT OF LOWER LIMB FOR ENDOCRINE,NUTRIT & METABOL DISORDERS
 286 p = ADRENAL & PITUITARY PROCEDURES
 287 p = SKIN GRAFTS & WOUND DEBRID FOR ENDOC, NUTRIT & METAB DISORDERS
 288 p = O.R. PROCEDURES FOR OBESITY
 289 p # THYROID, PARATHYROID, THYROGLOSSAL PROCEDURES
 292 p &c OTHER ENDOCRINE, NUTRIT & METAB O.R. PROC
 294 m &a DIABETES
 740 m A= CYSTIC FIBROSIS
 753 m A= COMPULSIVE NUTRITION DISORDER REHABILITATION
 296 m &3 NUTRITIONAL & MISC METABOLIC DISORDERS
 299 m = INBORN ERRORS OF METABOLISM
 300 m &c ENDOCRINE DISORDERS

MDC 11: DISEASES & DISORDERS OF THE KIDNEY & URINARY TRACT

- 302 p = KIDNEY TRANSPLANT
 303 p # KIDNEY & URETER PROCEDURES FOR NEOPLASM
 304 p # KIDNEY & URETER PROCEDURES FOR NON-NEOPLASM
 306 p &c PROSTATECTOMY
 307 p * MAJOR BLADDER PROCEDURES
 308 p &c MINOR BLADDER PROCEDURES
 310 p &c TRANSURETHRAL PROCEDURES
 312 p &3 URETHRAL PROCEDURES
 315 p = OTHER KIDNEY & URINARY TRACT O.R. PROCEDURES
 316 m = RENAL FAILURE
 317 m = ADMIT FOR RENAL DIALYSIS
 318 m &c KIDNEY & URINARY TRACT NEOPLASMS
 320 m &3 KIDNEY & URINARY TRACT INFECTIONS
 323 m # URINARY STONES W ESW LITHOTRIPSY
 324 m # URINARY STONES W/O ESW LITHOTRIPSY
 325 m &3 KIDNEY & URINARY TRACT SIGNS & SYMPTOMS
 328 m &3 URETHRAL STRICTURE
 331 m &3 OTHER KIDNEY & URINARY TRACT DIAGNOSES

MDC 12: DISEASES & DISORDERS OF THE MALE REPRODUCTIVE SYSTEM

- 334 p &c MAJOR MALE PELVIC PROCEDURES
 336 p &c TRANSURETHRAL PROSTATECTOMY
 338 p = TESTES PROCEDURES, FOR MALIGNANCY
 339 p &a TESTES PROCEDURES, NON-MALIGNANCY
 341 p = PENIS PROCEDURES
 344 p = OTHER MALE REPRODUCTIVE SYSTEM O.R. PROCEDURES FOR MALIGNANCY
 345 p % OTHER MALE REPRODUCTIVE SYSTEM O.R. PROC EXCEPT FOR MALIGNANCY
 346 m &c MALIGNANCY, MALE REPRODUCTIVE SYSTEM,

- 352 m % MALE REPRODUCTIVE SYSTEM DIAGNOSES EXCEPT MALIGNANCY

MDC 13: DISEASES & DISORDERS OF THE FEMALE REPRODUCTIVE SYSTEM

- 353 p = PELVIC EVISCERATION, RADICAL HYSTERECTOMY & RADICAL VULVECTOMY
 354 p &c UTERINE,ADNEXA PROC FOR NON-OVARIAN/ADNEXAL MALIGNANCY
 356 p = FEMALE REPRODUCTIVE SYSTEM RECONSTRUCTIVE PROCEDURES
 357 p = UTERINE & ADNEXA PROC FOR OVARIAN OR ADNEXAL MALIGNANCY
 358 p # UTERINE & ADNEXA PROC FOR CA IN SITU & NON-MALIGNANCY
 360 p = VAGINA, CERVIX & VULVA PROCEDURES
 361 p &p LAPAROSCOPY & TUBAL INTERRUPTION
 363 p = D&C, CONIZATION & RADIO-IMPLANT, FOR MALIGNANCY
 364 p = D&C, CONIZATION EXCEPT FOR MALIGNANCY
 365 p = OTHER FEMALE REPRODUCTIVE SYSTEM O.R. PROCEDURES
 366 m &c MALIGNANCY, FEMALE REPRODUCTIVE SYSTEM
 368 m = INFECTIONS, FEMALE REPRODUCTIVE SYSTEM
 369 m = MENSTRUAL & OTHER FEMALE REPRODUCTIVE SYSTEM DISORDERS

MDC 14: PREGNANCY, CHILDBIRTH & THE PUERPERIUM

- 370 p &c CESAREAN SECTION
 372 p &c+ VAGINAL DELIVERY
 374 p = VAGINAL DELIVERY W STERILIZATION &/OR D&C
 375 p = VAGINAL DELIVERY W O.R. PROC EXCEPT STERIL &/OR D&C
 377 p = POSTPARTUM & POST ABORTION DIAGNOSES W O.R. PROCEDURE
 376 m = POSTPARTUM & POST ABORTION DIAGNOSES W/O O.R. PROCEDURE
 380 m = ABORTION W/O D&C
 381 m = ABORTION W D&C, ASPIRATION CURETTAGE OR HYSTEROTOMY
 382 m = FALSE LABOR
 383 m % OTHER ANTEPARTUM DIAGNOSES

MDC 15: NEWBORNS & OTHER NEONATES

... (43 APR-DRG's 600-691; A*)

MDC 16: DISEASES & DISORDERS OF BLOOD, BLOOD FORMING ORGANS, IMMUNOLOG DISORD

392 p &a SPLENECTOMY
 394 p = OTHER O.R. PROCEDURES OF THE BLOOD AND
 BLOOD FORMING ORGANS
 395 m &a RED BLOOD CELL DISORDERS AGE >17
 396 m + SICKLE CELL ANEMIA CRISIS
 397 m = COAGULATION DISORDERS
 398 m &c RETICULOENDOTHELIAL & IMMUNITY DISORDERS
 399 m + HEMOPHILIA FACTORS VIII AND IX

MDC 17: MYELOPROLIFERATIVE DISEASES & DISORDERS, POORLY DIFFERENTIATED NEOPLASM

400 p = LYMPHOMA & LEUKEMIA W MAJOR O.R.
 PROCEDURE
 401 p &c LYMPHOMA & NON-ACUTE LEUKEMIA W OTHER
 O.R. PROC
 403 p = LYMPHOMA & NON-ACUTE LEUKEMIA
 405 p &a ACUTE LEUKEMIA W/O MAJOR O.R. PROCEDURE
 406 p &c MYELOPROLIF DISORD OR POORLY DIFF NEOPL W
 MAJ O.R.PROC
 408 p = MYELOPROLIF DISORD OR POORLY DIFF NEOPL W
 OTHER O.R.PROC
 409 m = RADIOTHERAPY
 410 m &c+ CHEMOTHERAPY
 413 m % OTHER MYELOPROLIF DIS OR POORLY DIFF
 NEOPL DIAG

MDC 18: INFECTIOUS & PARASITIC DISEASES, SYSTEMIC OR UNSPECIFIED SITES

415 p = O.R. PROCEDURE FOR INFECTIOUS & PARASITIC
 DISEASES
 416 m &a SEPTICEMIA AGE >17
 418 m = POSTOPERATIVE & POST-TRAUMATIC INFECTIONS
 419 m &3 FEVER OF UNKNOWN ORIGIN
 421 m &a VIRAL ILLNESS
 423 m = OTHER INFECTIOUS & PARASITIC DISEASES
 DIAGNOSES

MDC 19: MENTAL DISEASES & DISORDERS

424 p = O.R. PROCEDURE W PRINCIPAL DIAGNOSES OF
 MENTAL ILLNESS
 425 m = ACUTE ADJUST REACT & DISTURBANCES OF
 PSYCHOSOCIAL DYSFUNCTION
 426 m = DEPRESSIVE NEUROSES
 427 m = NEUROSES EXCEPT DEPRESSIVE
 428 m = DISORDERS OF PERSONALITY & IMPULSE
 CONTROL
 429 m = ORGANIC DISTURBANCES & MENTAL RETARDATION
 430 m = PSYCHOSES
 431 m = CHILDHOOD MENTAL DISORDERS
 432 m = OTHER MENTAL DISORDER DIAGNOSES

MDC 20: ALCOHOL/DRUG USE & ALCOHOL/DRUG INDUCED ORGANIC MENTAL DISORDERS

743 m A= OPIOID ABUSE OR DEPENDENCE LEFT AGAINST
 MEDICAL ADVICE
 744 m A&c OPIOID ABUSE OR DEPENDENCE
 747 m A# COCAINE ABUSE OR DEPENDENCE
 748 m A% OTHER DRUG ABUSE OR DEPENDENCE
 750 m A&c+ ALCOHOL ABUSE OR DEPENDENCE

MDC 21: INJURIES, POISONINGS & TOXIC EFFECTS OF DRUGS

439 p = SKIN GRAFTS FOR INJURIES
 791 p A= WOUND DEBRIDEMENTS FOR INJURIES FOR OPEN
 WOUNDS
 440 p A= WOUND DEBRIDEMENTS FOR INJURIES EXCEPT
 OPEN WOUNDS
 441 p = HAND PROCEDURES FOR INJURIES
 442 p &c OTHER O.R. PROCEDURES FOR INJURIES
 444 m * INJURIES TO UNSPECIFIED OR MULTIPLE SITES
 447 m &a ALLERGIC REACTIONS
 449 m &3 POISONING & TOXIC EFFECTS OF DRUGS
 452 m &c COMPLICATIONS OF TREATMENT
 752 m A= LEAD POISONING
 454 m % OTHER INJURY, POISONING & TOXIC EFFECT
 DIAG

MDC 22: BURNS

472 p = EXTENSIVE BURNS W O.R. PROCEDURE
 458 p = NON-EXTENSIVE BURNS W SKIN GRAFT
 459 p = NON-EXTENSIVE BURNS W WOUND DEBRIDEMENT
 OR OTHER O.R. PROC
 456 m = BURNS, TRANSFERRED TO ANOTHER ACUTE CARE
 FACILITY
 457 m = EXTENSIVE BURNS W/O O.R. PROCEDURE
 460 m = NON-EXTENSIVE BURNS W/O O.R. PROCEDURE

MDC 23: FACTORS INFLUENCING HLTH STAT & OTHR CONTACTS WITH HLTH SERVCS

461 p = O.R. PROC W DIAGNOSES OF OTHER CONTACT W
 HEALTH SERVICES
 462 m = REHABILITATION
 463 m &c SIGNS & SYMPTOMS
 465 m &c+ AFTERCARE
 633 m A&c MULTIPLE, OTHER AND UNSPECIFIED CONGENITAL
 ANOMALIES
 467 m % OTHER FACTORS INFLUENCING HEALTH STATUS

OTHERS

- 468 p = EXTENSIVE O.R. PROCEDURE UNRELATED TO PRINCIPAL DIAGNOSIS
 476 p = PROSTATIC O.R. PROCEDURE UNRELATED TO PRINCIPAL DIAGNOSIS
 477 p = NON-EXTENSIVE O.R. PROCEDURE UNRELATED TO PRINCIPAL DIAGNOSIS
 469 m = PRINCIPAL DIAGNOSIS INVALID AS DISCHARGE DIAGNOSIS
 470 m = UNGROUPABLE

- 702 p A* HIV W O.R. PROCEDURE W MAJOR RELATED DIAGNOSIS
 703 p A* HIV W O.R. PROCEDURE W/O MAJOR RELATED DIAGNOSIS
 704 m A* HIV W MULTIPLE MAJOR HIV RELATED INFECTIONS
 705 m A* HIV W MAJ HIV REL DIAG W MULT MAJ OR SIGNIF HIV REL DIAG
 706 m A* HIV W MAJ HIV REL DIAG W/O MULT MAJ OR SIGNIF HIV REL DIAG
 707 m A* HIV W SIGNIFICANT HIV RELATED DIAGNOSIS
 708 m A* HIV W/O MAJOR OR SIGNIFICANT HIV RELATED DIAGNOSIS

EXCEPTIONS

- 480 p = LIVER TRANSPLANT
 481 p = BONE MARROW TRANSPLANT
 482 p = TRACHEOSTOMY FOR FACE, MOUTH & NECK DIAGNOSES
 483 p = TRACHEOSTOMY EXCEPT FOR FACE, MOUTH & NECK DIAGNOSES
 495 p = LUNG TRANSPLANT

MDC 25: MULTIPLE SIGNIFICANT TRAUMA

- 730 p A= CRANIOTOMY FOR MULTIPLE SIGNIFICANT TRAUMA
 731 p A= SPINE, HIP, FEMUR OR LIMB PROC FOR MULT SIGNIF TRAUMA
 732 p A= OTHER O.R. PROCEDURES FOR MULTIPLE SIGNIFICANT TRAUMA
 733 m A= HEAD, CHEST & LOWER LIMB DIAGNOSES OF MULT SIGNIF TRAUMA
 734 m A% OTHER DIAGNOSES OF MULTIPLE SIGNIFICANT TRAUMA

MDC 24: HIV INFECTIONS

- 700 p A= TRACHEOSTOMY FOR HIV INFECTION
 701 p A* HIV W O.R. PROCEDURE W MULTIPLE MAJOR HIV RELATED INFECTIONS

4 Listen zu den Patient Management Categories

4.1 Liste der Patient Management Categories, Version 5.0

Legende: Mit * bezeichnete PMC's werden aufgrund des Vorliegens von Eingriffen bestimmt.

Die anschliessend folgende PMC-Liste untersteht dem Copyright des *Pittsburgh Health Research Institute (PHRI)*. Sie wird hier mit freundlicher Erlaubnis des PHRI abgedruckt.

0000 NONSPECIFIC DIAGNOSES

Module 01: DIVERTICULAR DISEASE

0101* G I BLEEDING W OPERATION
 0102 G I BLEEDING W/O OPERATION
 0103 UNCOMPLICATED
 0104 PERITONITIS/PERFORATION
 0105 ABSCESS
 0106 OBSTRUCTION
 0107 FISTULA
 0108* ELECTIVE OPERATION

Module 02: BREAST NEOPLASM:

0201 BENIGN BREAST MASS
 0203* MALIGNANT BREAST MASS
 0204 LOCAL METASTASIS
 0205 PULMONARY METASTASIS
 0206 SKELETAL METASTASIS W FRACTURE
 0207 SKELETAL METASTASIS W/O FRACTURE
 0208 HEPATIC METASTASIS
 0209 NEUROLOGICAL METASTASIS
 0210 CHEMOTHERAPY EVALUATION
 0211* CHEMO & RADIOTHERAPY EVALUATION

Module 03: AMI

0301 ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION
 0302 TACHYRHYTHMIA
 0303 BRADYRHYTHMIA/HEART BLOCK
 0304 HYPERTENSION
 0306* CONGESTIVE HEART FAILURE W OPERATION
 0307 CONGESTIVE HEART FAILURE W/O OPERATION
 0308 CARDIOGENIC SHOCK
 0390* CARDIAC CATHETERIZATION/PTCA

Module 04: COPD

0401 CHRONIC BRONCHITIS/ASTHMA
 0402 ACUTE ASTHMA ATTACK
 0403 ACUTE RESPIRATORY FAILURE
 0404 COR PULMONALE
 0405 BRONCHIECTASIS
 0406 PNEUMONIA
 0407 SPONTANEOUS PNEUMOTHORAX
 0408 HISTORY OF OBSTRUCTIVE CHRONIC BRONCHITIS

Module 05: BURN

0501 PARTIAL THICKNESS < 10% W VITAL SITE
 0502 PARTIAL THICKNESS 10-30% W/O VITAL SITE
 0503 PARTIAL THICKNESS 10-30% W VITAL SITE

0504 PARTIAL THICKNESS > 30%
 0505 FULL THICKNESS <= 10% W VITAL SITE
 0506 FULL THICKNESS <= 10% W/O VITAL SITE
 0507 FULL THICKNESS > 10%
 0508 SMOKE INHALATION W INHALATION INJURY
 0509 SMOKE INHALATION W/O INHALATION INJURY
 0510 INFECTED WOUND
 0511 SCARRING/CONTRACTURES/GRAFT FAILURE
 0512 UNSPECIFIED/MINOR BURN
 0513 ELECTROCUTION INJURY W MINOR BURN

Module 06: GALLBLADDER

0601* GALLBLADDER CALCULUS/DYSFUNCTION/CARCINOMA W OPERATION
 0602 GALLBLADDER CALCULUS/DYSFUNCTION/CARCINOMA W/O OPERATION
 0603* BILE DUCT CALCULUS/OBSTRUCTION/CARCINOMA W OPERATION
 0604* GALLBLADDER CALCULUS WITH LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY
 0606* BILIARY OBSTRUCTION W COMPLICATION W OPERATION
 0609 BILIARY OBSTRUCTION W COMPLICATION W/O OPERATION
 0610 BILE DUCT CALCULUS/OBSTRUCTION/CARCINOMA W/O OPERATION

Module 07: RENAL

0701 AZOTEMIA W OBSTRUCTION
 0702 AZOTEMIA W/O OBSTRUCTION
 0703* ACUTE RENAL FAILURE, UREMIA W DIALYSIS
 0704 ACUTE RENAL FAILURE, UREMIA W/O DIALYSIS
 0705* CHRONIC RENAL FAILURE, UREMIA
 0706* GRAFT COMPLICATION W OPERATION
 0707 GRAFT COMPLICATION W/O OPERATION
 0708* PERITONEAL DIALYSIS
 0709* KIDNEY TRANSPLANT
 0710 RENAL ANGIOGRAPHY (POTENTIAL DONOR)
 0711* DONOR NEPHRECTOMY
 0712 KIDNEY TRANSPLANT COMPLICATION

Module 08: COLORECTAL NEOPLASM

0801* BENIGN/MALIGNANT NEOPLASM IN SITU
 0802* MALIGNANT NEOPLASM
 0803* BENIGN NEOPLASM
 0804 MALIGNANT NEOPLASM W OBSTRUCTION
 0805* G I METASTASIS W OBSTRUCTION
 0806 G I METASTASIS W/O OBSTRUCTION

0808* SKELETAL METASTASIS
 0809 PULMONARY METASTASIS
 0810 NEUROLOGICAL METASTASIS
 0811 CHEMO OR RADIOTHERAPY EVALUATION
 0812* CHEMO & RADIOTHERAPY EVALUATION

Module 09: MIDDLE EAR DISORDER

0901 OTITIS MEDIA W FACIAL PARALYSIS
 0902* OTITIS MEDIA W CONVULSIONS & OPERATION
 0903 OTITIS MEDIA W CONVULSIONS W/O OPERATION
 0904 PERFORATION/CHOLESTEATOMA W/O OPERATION
 0905* PERFORATION/CHOLESTEATOMA W OPERATION
 0906* MASTOIDITIS/FISTULA
 0907 OTITIS MEDIA

Module 10: TONSILS & ADENOIDS

1001 ACUTE EXUDATIVE TONSILLITIS
 1002* ABSCESS/CELLULITIS W OPERATION
 1003 ABSCESS/CELLULITIS W/O OPERATION
 1004* ELECTIVE OPERATION
 1005 UNSPECIFIED/CHRONIC TONSILLITIS

Module 11: APPENDICITIS

1101 UNCOMPLICATED
 1102 APPENDICEAL PERFORATION
 1103* APPENDICEAL PERFORATION & ABSCESS
 1104 OTHER APPENDICITIS

Module 12: HERNIA - ABDOMINAL

1201 INCARCERATED, UNCOMPLICATED
 1202* INCARCERATED W OBSTRUCTION & INFARCTION
 1203 FEMORAL/INGUINAL/UMBILICAL HERNIA
 1205 VENTRAL HERNIA

Module 13: NEPHROLITHIASIS

1301* UTI W CYSTOSCOPIC EXTRACTION
 1302* UTI W OPERATION
 1304 UTI W/O STONE EXTRACTION
 1305* UTI W PERCUTANEOUS NEPHROSTOMY
 1306* UTI W ESWL

Module 14: PROSTATIC DISORDER

1401 BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY
 1402 PROSTATITIS/ABSCESS
 1403 MALIGNANT NEOPLASM W LOCAL METASTASIS
 1404* MALIGNANT NEOPLASM W OPERATION
 1405* MALIGNANT NEOPLASM W RADIOTHERAPY & OPERATION
 1406 MALIGNANT NEOPLASM W/O RADIOTHERAPY/OPERATION
 1407 SKELETAL METASTASIS W FRACTURE
 1408 SKELETAL METASTASIS W/O FRACTURE
 1409 PULMONARY METASTASIS
 1410 HEPATIC METASTASIS
 1411 NEUROLOGICAL METASTASIS
 1412* SURGICAL ABLATION
 1413 CHEMOTHERAPY

Module 15: DELIVERY

1501 VAGINAL DELIVERY
 1502* CESAREAN DELIVERY
 1503 FALSE LABOR
 1504* REPEAT CESAREAN
 1505 PLACENTA PREVIA W VAGINAL DELIVERY
 1506* PLACENTA PREVIA W CESAREAN DELIVERY
 1507 PLACENTA PREVIA W/O DELIVERY

1508 ABRUPTIO PLACENTA W VAGINAL DELIVERY
 1509* ABRUPTIO PLACENTA W CESAREAN DELIVERY
 1510 ECTOPIC PREGNANCY
 1511 . PREECLAMPSIA W VAGINAL DELIVERY
 1512* PREECLAMPSIA W CESAREAN DELIVERY
 1513 PREECLAMPSIA W/O DELIVERY
 1514 ECLAMPSIA W VAGINAL DELIVERY
 1515* ECLAMPSIA W CESAREAN DELIVERY
 1516 SPONTANEOUS ABORTION
 1518 THREATENED ABORTION
 1519 PREMATURE LABOR W VAGINAL DELIVERY
 1520* PREMATURE LABOR W CESAREAN DELIVERY
 1521 PREMATURE LABOR W/O DELIVERY
 1522 HYPEREMESIS GRAVIDARUM
 1523 BLIGHTED OVUM/MOLE/MISSED ABORTION
 1524 DIABETES MELLITUS, INSULIN REGULATION
 1525 DIABETES MELLITUS W VAGINAL DELIVERY
 1526* DIABETES MELLITUS W CESAREAN DELIVERY
 1527 CERVICAL INCOMPETENCE
 1528 FAILED INDUCTION OF LABOR
 1529 POSTPARTUM HEMORRHAGE

Module 16: DIABETES

1601 DIABETES MELLITUS W OTHER COMPLICATIONS
 1602 KETOACIDOSIS/COMA
 1603* RETINOPATHY/OPHTHALMIC MANIFESTATION
 1604 PERIPHERAL NEUROPATHY
 1605* AUTONOMIC NEUROPATHY W OPERATION
 1606 AUTONOMIC NEUROPATHY W/O OPERATION
 1607 UNCOMPLICATED DIABETES MELLITUS
 1608 DIABETES INSIPIDUS

Module 17: CEREBROVASCULAR

1701* EMBOLUS/INTRACEREBRAL BLEED W OPERATION
 1702 EMBOLUS/INTRACEREBRAL BLEED W/O OPERATION
 1703* TRANSIENT ISCHEMIA W OPERATION
 1704 TRANSIENT ISCHEMIA W/O OPERATION
 1705* SUBARACHNOID HEMORRHAGE W VENTRICULOSTOMY
 1706* SUBARACHNOID HEMORRHAGE W MULTIPLE OPERATIONS
 1707 SUBARACHNOID HEMORRHAGE W/O OPERATION

Module 18: BRAIN NEOPLASM

1801 BENIGN NEOPLASM
 1802 PRIMARY MALIGNANT NEOPLASM
 1803 PITUITARY NEOPLASM

Module 19: AIDS

1901 MALIGNANT NEOPLASM
 1902 INFECTIOUS DISEASE
 1903 AIDS SYNDROME
 1904 ARC W CNS MANIFESTATIONS
 1905 ARC W IMMUNE MECHANISM DISORDER
 1906 ARC W SYSTEMIC MANIFESTATIONS
 1907 AIDS RELATED COMPLEX
 1908 HIV W ACUTE INFECTION
 1909 HIV SEROPOSITIVE

Module 20: SCOLIOSIS

2001 IDIOPATHIC/ROUTINE
 2002 CONGENITAL
 2003 OTHER DEFINED CONDITIONS
 2004* FAILED TREATMENT, IDIOPATHIC/CONGENITAL
 2005* FAILED TREATMENT, OTHER CONDITIONS

2006 CAST REMOVAL

Module 21: DENTAL

2101 IMPACTION/ABSCESS/PERICORONITIS
 2102 CARIES/TUMORS/CYSTS
 2103 ATROPHIC ALVEOLAR RIDGE

Module 22: MAXILLOFACIAL FRX

2201* MANDIBLE/MAXILLA FRACTURE
 2202* NASAL FRACTURE
 2203* ORBITAL FRACTURE W OPERATION
 2204 ORBITAL FRACTURE W/O OPERATION
 2205* ZYGOMATIC FRACTURE
 2206* MULTIPLE FACIAL FRACTURES
 2210 HARDWARE REMOVAL
 2211 MAXILLOFACIAL FRX: SUPERFICIAL FACIAL INJURY

Module 23: LUNG NEOPLASM

2301* BENIGN NEOPLASM W OPERATION
 2302 BENIGN NEOPLASM W/O OPERATION
 2303* MALIGNANT NEOPLASM W OPERATION
 2304 MALIGNANT NEOPLASM W/O OPERATION OR CHEMOTHERAPY
 2305* MALIGNANT NEOPLASM W CHEMOTHERAPY
 2306 PLEURAL METASTASIS
 2307 NEUROLOGICAL METASTASIS
 2308 HEPATIC METASTASIS
 2309 SKELETAL METASTASIS W FRACTURE
 2310 SKELETAL METASTASIS W/O FRACTURE
 2311 CHEMOTHERAPY

Module 24: RESPIRATORY DISORDER

2401 BACTERIAL PNEUMONIA
 2402 VIRAL PNEUMONIA
 2403 OTHER TYPES OF PNEUMONIA
 2404 PNEUMONIA W EFFUSION/EMPYEMA
 2405 PNEUMONIA W LUNG ABSCESS
 2406* CROUP W COMPLICATIONS & OPERATION
 2407 CROUP W COMPLICATIONS W/O OPERATION
 2408 ACUTE BRONCHITIS
 2409* PULMONARY FIBROSIS W OPERATION
 2410 PULMONARY FIBROSIS W/O OPERATION
 2411* SPONTANEOUS PNEUMOTHORAX W OPERATION
 2412 SPONTANEOUS PNEUMOTHORAX W/O OPERATION
 2413 UPPER RESPIRATORY INFECTIONS/MONO

Module 25: THYROID DISORDER

2501 PITUITARY HYPOFUNCTION
 2502 MYXEDEMA COMA
 2503 MYXEDEMA W CARDIAC DISEASE
 2504 THYROTOXICOSIS
 2505 THYROID STORM/CRISIS
 2506* ELECTIVE THYROIDECTOMY, MALIGNANT NEOPLASM
 2507* ELECTIVE THYROIDECTOMY, BENIGN CONDITION
 2508* ELECTIVE OPEN BIOPSY, BENIGN CONDITION
 2509 RADIOTHERAPY/CHEMOTHERAPY
 2510 LOCAL METASTASIS

Module 26: FEMALE REPRODUCTIVE

2601* BLEEDING, BENIGN UTERINE NEOPLASM W OPER
 2602 BLEEDING, BENIGN UTERINE NEOPLASM W/O OPER
 2603* BLEEDING, MALIGNANT UTERINE NEOPLASM W OPER
 2604 BLEEDING, MALIGNANT UTERINE NEOPLASM W/O OPER

2605 BENIGN OVARIAN NEOPLASM/ENDOMETRIOSIS

2606 MALIGNANT OVARIAN NEOPLASM
 2607 URINARY OBSTRUCTION, MALIGNANT NEOPLASM
 2608* LOCAL METASTASIS W OPERATION
 2609 LOCAL METASTASIS W/O OPERATION
 2610 PULMONARY METASTASIS
 2611 SKELETAL METASTASIS W FRACTURE
 2612 SKELETAL METASTASIS W/O FRACTURE
 2613 G I METASTASIS W OBSTRUCTION
 2614 G I METASTASIS W/O OBSTRUCTION
 2615 NEUROLOGICAL METASTASIS
 2616 CHEMOTHERAPY
 2617 RADIOTHERAPY
 2618 OTHER SPECIFIED CONDITIONS
 2619* ELECTIVE OPERATION, CERVICAL CA IN SITU
 2620* ELECTIVE OPERATION, INVASIVE CARCINOMA
 2621* ELECTIVE BIOPSY, INVASIVE CARCINOMA
 2622* ELECTIVE HYSTERECTOMY, UTERINE CARCINOMA
 2623 HISTORY OF MALIGNANT OVARIAN NEOPLASM
 2624 MALIGNANT NEOPLASM, VULVA
 2625* PELVIC INFLAMMATORY DISEASE W OPERATION
 2626 PELVIC INFLAMMATORY DISEASE W/O OPERATION
 2627 ELECTIVE STERILIZATION
 2628 DYSMENORRHEA
 2629* ELECTIVE TUPOPLASTY, INFERTILITY W OBSTRUCTION
 2630 INFERTILITY W/O OBSTRUCTION
 2631* ELECTIVE OPERATION, PERITONEAL ADHESIONS
 2632 EVALUATION FOR PERITONEAL ADHESIONS

Module 27: OPHTHALMIC DISORDER

2701 CATARACT/APHAKIA
 2702* CHRONIC GLAUCOMA
 2703* CORNEAL TRANSPLANT
 2704 STRABISMUS
 2705 VITREOUS HEMORRHAGE/OPACITY
 2706 MINOR EYELID TUMOR/PTOSIS
 2707* MAJOR EYELID TUMOR
 2708 LACRIMAL SYSTEM DISORDER
 2709 RETINAL DETACHMENT
 2710 RETINAL DETACHMENT W INFLAMMATION
 2711 RETINAL DETACHMENT, MALIGNANT MELANOMA
 2712 ACUTE GLAUCOMA
 2713 ENDOPHTHALMITIS
 2714 CORNEAL ULCER W/O OPERATION
 2715 UVEITIDES
 2716 OPTIC NEURITIS
 2717* VISUAL PATHWAY LESION W OPERATION
 2718 VISUAL PATHWAY LESION W/O OPERATION
 2719* ORBITAL DISEASE W OPERATION
 2720 ORBITAL DISEASE W/O OPERATION

Module 28: OPHTHALMIC INJURY

2801 EYE BURN
 2802 LACRIMAL SYSTEM LACERATION
 2803 LACERATION/RUPTURE OF CORNEA/SCLERA
 2804* BLUNT GLOBE TRAUMA W OPERATION
 2805 BLUNT GLOBE TRAUMA W/O OPERATION

Module 29: UPPER EXTREMITY

2901* DISLOCATED ELBOW/SHOULDER W ORIF
 2902 DISLOCATED ELBOW/SHOULDER W/O ORIF
 2903* CLOSED FRX PROXIMAL/HEAD HUMERUS W ORIF

2904 CLOSED FRX PROXIMAL/HEAD HUMERUS W/O ORIF
 2905* CLOSED FRX SHAFT HUMERUS W ORIF
 2906 CLOSED FRX SHAFT HUMERUS W/O ORIF
 2907* CLOSED FRX DISTAL HUMERUS/ELBOW W ORIF/PINNING
 2908* CLOSED FRX DISTAL HUMERUS W TRACTION
 2909 CLOSED FRX DISTAL HUMERUS W CLOSED REDUCTION
 2910 CLOSED FRX ULNA W DISLOCATED RADIAL HEAD
 2911* CLOSED FRX FOREARM/WRIST W ORIF
 2912 CLOSED FRX FOREARM/WRIST W/O ORIF
 2913 OPEN FRACTURE HAND, CRUSH INJURY FINGERS
 2914 OPEN FRACTURE RADIUS/ULNA/HUMERUS
 2915 CRUSH INJURY HAND/ARM
 2916 NERVE LACERATION, UPPER EXTREMITY
 2917* FINGERTIP EVULSION W PEDICLE GRAFT
 2918* FINGERTIP EVULSION W/O PEDICLE GRAFT
 2919* DIGIT LOSS W REATTACHMENT
 2920 DIGIT LOSS W/O REATTACHMENT
 2921 OTHER TRAUMATIC AMPUTATION
 2922* PERIARTICULAR SOFT TISSUE INJURY W OPERATION
 2923 PERIARTICULAR SOFT TISSUE INJURY W/O OP
 2924* HARDWARE REMOVAL
 2925* CLOSED FRX/DISLOCATION HAND W ORIF
 2926 CLOSED FRX/DISLOCATION HAND W/O ORIF
 2927 VASCULAR INJURY

Module 30: LOWER EXTREMITY

3001 TORN MENISCUS/KNEE CARTILAGE
 3002* PERIARTICULAR SOFT TISSUE INJURY W OPERATION
 3003* COMPARTMENT SYNDROME
 3004 DISLOCATED KNEE
 3005 DISLOCATED PATELLA
 3006* CLOSED FRX PATELLA W OPERATION
 3007 CLOSED FRX PATELLA W/O OPERATION
 3008* CLOSED FRX TIBIAL PLATEAU W ORIF
 3010 CLOSED FRX TIBIAL PLATEAU W/O ORIF
 3011* CLOSED FRX TIBIA/FIBULA SHAFT W ORIF
 3012 CLOSED FRX TIBIA/FIBULA SHAFT W/O ORIF
 3013 ANKLE DISLOCATION/CLOSED FRACTURE
 3014* CALCANEUS FRACTURE W ORIF
 3016 CALCANEUS FRACTURE W/O ORIF
 3017* CLOSED FRX/DISLOCATION FOOT W ORIF
 3018 CLOSED FRX/DISLOCATION FOOT W/O ORIF
 3019 OPEN FRX ANKLE/TIBIA/FIBULA
 3020 CRUSH INJURY FOOT/LEG
 3021 TRAUMATIC AMPUTATION FOOT/LEG
 3022 PERIARTICULAR SOFT TISSUE INJURY W/O OP
 3023 OPEN FRX FOOT, CRUSH INJURY/AMPUTATION TOES
 3024* HARDWARE REMOVAL
 3025 VASCULAR INJURY

Module 31: PHYSICAL/CHEMICAL INJURY

3101 ADVERSE EFFECT/MEDICINAL AGENT
 3102 TOXIC EFFECT/NONMEDICINAL SUBSTANCE
 3103 NEAR DROWNING
 3104 FROSTBITE
 3105 HYPOTHERMIA
 3106* CAUSTIC INJURY OF GI TRACT W OP
 3107 CAUSTIC INJURY OF GI TRACT W/O OP

Module 32: ABDOMINAL INJURY

3201 MINOR ORGAN W/O OP
 3202* MINOR ORGAN W EXP

3203* MINOR ORGAN W OP
 3204 MAJOR ORGAN INJURY
 3205 VASCULAR INJURY
 3206 ABD/PERINEAL LAC/CONTUSION

Module 33: THORACIC INJURY

3301 LACERATION/CONTUSION OF CHEST WALL
 3303 RIB FRX/PULMONARY CONTUSION
 3304 MYOCARDIAL CONTUSION
 3305* PNEUMOTHORAX/HEMOTHORAX W OPERATION
 3306 PNEUMOTHORAX/HEMOTHORAX W/O OPERATION
 3307 VASCULAR INJURY
 3308 PENETRATING CARDIAC INJURY
 3309* TRACH/BRON/ESOPH INJ W OP
 3310 TRACH/BRON/ESOPH INJ W/O OP
 3312* PENETRATING NECK INJ W OP
 3313 PENETRATING NECK INJ W/O OP
 3314 FLAIL CHEST
 3315* FOREIGN BODY TRACH/BRONC/ESOPH

Module 34: SPINE INJURY

3401 VERTEBRAL DISLOCATION
 3402 CORD INJURY W/O FRACTURE/DISLOCATION
 3403* FRACTURE W CORD INJURY W OPERATION
 3404 FRACTURE W CORD INJURY W/O OPERATION
 3405* FRACTURE W/O CORD INJURY W OPERATION
 3406 FRACTURE W/O CORD INJURY W/O OPERATION

Module 35: HEAD INJURY

3501 SUPERFICIAL HEAD INJURY
 3502 LINEAR FX/CONCUSSION W NO/BRIEF LOC
 3503 LINEAR FX/CONCUSSION W MOD/PRO LOC
 3504* DEPRESSED SKULL FX W OP
 3505* HEM W NO/BRIEF LOC W OP
 3506 HEM W NO/BRIEF LOC W/O OP
 3507* HEM W MOD/PRO LOC W OP
 3508 HEM W MOD/PRO LOC W/O OP

Module 36: BONE & JOINT

3601 ARTHRITIS, GONOCOCCAL
 3602* SEPTIC ARTHRITIS W OPERATION
 3603 SEPTIC ARTHRITIS W/O OPERATION
 3604 NONPYOGENIC ARTHRITIS
 3605* OTHER ARTHRITIS W MAJOR REPAIR
 3606 OTHER ARTHRITIS W/O OPERATION
 3607 BUNION/OTHER TOE DEFORMITY
 3608 TARSAL TUNNEL/FOOT DEFORMITY
 3609 HAND DEFORMITY
 3610* BENIGN BONE NEOPLASM W OPERATION
 3611 BENIGN BONE NEOPLASM W/O OPERATION
 3612 BENIGN SOFT TISSUE NEOPLASM
 3613* MALIGNANT BONE NEOPLASM W OPERATION
 3614 MALIGNANT BONE NEOPLASM W/O OPERATION
 3615 ELECTIVE CHEMOTHERAPY OR RADIOTHERAPY
 3616* ELECTIVE CHEMOTHERAPY & RADIOTHERAPY
 3617* PULMONARY METASTASIS W OPERATION
 3618 PULMONARY METASTASIS W/O OPERATION
 3619* BACK PAIN, DISC W OPERATION
 3620 BACK PAIN, DISC W/O OPERATION
 3621* METABOLIC BONE DISEASE W OPERATION
 3622 METABOLIC BONE DISEASE W/O OPERATION
 3623 ACUTE OSTEOMYELITIS W ABSCESS
 3624 CHRONIC OSTEOMYELITIS W NONUNION FRACTURE

3625 CHRONIC OSTEOMYELITIS
 3626 NONOPERATIVE ORTHOPEDIC THERAPY
 3627 SYNOVIAL CYSTS
 3628* OTHER ARTHRITIS W MINOR REPAIR
 3629* BACK PAIN, DISC W/PERCUTANEOUS DISSECTOMY

Module 37: NEONATAL

3701 NORMAL NEWBORN
 3702 CLEFT LIP/PALATE
 3703 PHYSIOLOGIC JAUNDICE
 3704 HEMOLYTIC JAUNDICE
 3705 HYDROPS FETALIS
 3706* NEONATAL HEPATITIS W OPERATION
 3707 NEONATAL HEPATITIS W/O OPERATION
 3708* CHOLEDOCHAL CYST
 3709 BILIARY ATRESIA
 3710 BIRTH TRAUMA, SKELETAL
 3711* BIRTH TRAUMA, HEAD/SPINE INJURY W OPERATION
 3712 BIRTH TRAUMA, HEAD/SPINE INJURY W/O OPERATION
 3713 BIRTH TRAUMA, HEAD/ SPINE INJURY NON-
 NEUROLOGICAL
 3714* BIRTH TRAUMA, ABDOMEN
 3717 ASPHYXIA, UNCOMPLICATED
 3718 ASPHYXIA, CARDIAC COMPLICATION W SHOCK
 3719 ASPHYXIA, CARDIAC COMPLICATION W/O SHOCK
 3720 ASPHYXIA, RESPIRATORY COMPLICATION
 3721* ASPHYXIA, RENAL COMPLICATION W DIALYSIS
 3722 ASPHYXIA, RENAL COMPLICATION W/O DIALYSIS
 3723 ASPHYXIA, NEUROLOGICAL COMPLICATION
 3724 SEPSIS, UNCOMPLICATED
 3725 SEPSIS W SHOCK
 3726 SEPSIS W MENINGITIS
 3727* MENINGITIS W SHUNT
 3728 MENINGITIS W/O SHUNT
 3729* HYALINE MEMBRANE DISEASE & PDA W OPERATION
 3730 HYALINE MEMBRANE DISEASE & PDA W/O OPERATION
 3731 HYALINE MEMBRANE DISEASE W OTHER COMPLICATION
 3732 HYALINE MEMBRANE DISEASE, UNCOMPLICATED
 3733 MECONIUM ASPIRATION W COMPLICATION
 3734 MECONIUM ASPIRATION, UNCOMPLICATED
 3735 PNEUMONIA
 3736 INFANT OF DIABETIC MOTHER
 3737* CONGENITAL HEART DISEASE W OPERATION
 3738 CONGENITAL HEART DISEASE W/O OPERATION
 3739 SPINA BIFIDA
 3740 PYLORIC STENOSIS
 3741* CONGENITAL HYDROCEPHALUS W OPERATION
 3742 CONGENITAL HYDROCEPHALUS W/O OPERATION
 3743 DRUG/ALCOHOL WITHDRAWAL SYNDROME
 3744 EXTREMELY LOW BIRTH WEIGHT
 3745 MODERATELY LOW BIRTH WEIGHT
 3746 LOW BIRTH WEIGHT
 3747 HYPOGLYCEMIA

Module 39: CARDIAC

3901* STABLE ANGINA/CAD W PTCA
 3902* STABLE ANGINA/CAD W PTCA & OPERATION
 3903 STABLE ANGINA/CAD W/O OPERATION
 3904* UNSTABLE ANGINA/CAD W OPERATION
 3905* UNSTABLE ANGINA/CAD W PTCA
 3906* UNSTABLE ANGINA/CAD W PTCA & OPERATION
 3907 UNSTABLE ANGINA/CAD W/O OPERATION
 3908* OPEN HEART OPERATION, ELECTIVE

3909* PERICARDITIS W OPERATION
 3910 PERICARDITIS W/O OPERATION
 3911* PRIMARY NEOPLASM W OPERATION
 3912 PRIMARY NEOPLASM W/O OPERATION
 3913* METASTATIC NEOPLASM W OPERATION
 3914* BRADYRHYTHMIA/HEART BLOCK W OPERATION
 3915 BRADYRHYTHMIA/HEART BLOCK W/O OPERATION
 3916* PACEMAKER FAILURE
 3917 TACHYRHYTHMIA
 3918* VALVULAR/CONGENITAL DISEASE W OPERATION
 3919* VALVULAR/CONGENITAL DISEASE W PACEMAKER
 3920 VALVULAR/CONGENITAL DISEASE W/O OPERATION
 3921* ENDOCARDITIS W OPERATION
 3922 ENDOCARDITIS W/O OPERATION
 3923* CARDIOMYOPATHY/HYPERTENSIVE DISEASE W
 TRANSPLANT
 3924* CARDIOMYOPATHY/HYPERTENSIVE DISEASE W OP
 3925 CARDIOMYOPATHY/HYPERTENSIVE DISEASE W/O OP
 3926* CARDIAC TRANSPLANT
 3927* THORACIC AORTIC ANEURYSM W OPERATION
 3928 THORACIC AORTIC ANEURYSM W/O OPERATION
 3929* VALVULAR/CONGENITAL DISEASE W PERCUTANEOUS
 VALVULOPLASTY
 3930 CONGESTIVE HEART FAILURE
 3990* CARDIAC CATHETERIZATION

Module 40: HEMATOLOGIC DISORDER

4001 ANEMIA - B12, FOLATE DEFICIENCY
 4002 ANEMIA - IRON DEFICIENCY
 4004* APLASTIC ANEMIA W MARROW TRANSPLANT
 4005 APLASTIC ANEMIA
 4006 BLEEDING DISORDER
 4007 IDIOPATHIC THROMBOCYTOPENIA/LUPUS
 4008 THROMBOTIC THROMBOCYTOPENIA PURPURA
 4009 HEREDITARY SPHEROCYTOSIS
 4010 POLYCYTHEMIA VERA
 4011 SICKLE CELL ANEMIA
 4016* LEUKEMIA W MARROW TRANSPLANT
 4017* LEUKEMIA W INDUCTION REMISSION THERAPY
 4018 LYMPHOCYTIC LEUKEMIA W COMPLICATION
 4019 ELECTIVE CHEMOTHERAPY, ACUTE LEUKEMIA
 4020 MYELOPROLIFERATIVE SYNDROME
 4021* MYELOPROLIFERATIVE SYNDROME W OPERATION
 4022 MULTIPLE MYELOMA W FRACTURE
 4023 MULTIPLE MYELOMA W/O FRACTURE
 4024* LYMPHOMA W STAGING LAPAROTOMY
 4025* LYMPHOMA W LAPAROSCOPY & BIOPSY
 4026* LYMPHOMA W MARROW TRANSPLANT
 4027 LYMPHOMA W/O PROCEDURES
 4028* LYMPHOMA, CORD COMPRESSION W OPERATION
 4029 LYMPHOMA, CORD COMPRESSION W/O OPERATION
 4030 LYMPHOMA, OTHER NEUROLOGICAL INVOLVEMENT
 4031 LYMPHOMA, VENA CAVA COMPRESSION
 4032 LYMPHOMA, PLEURAL EFFUSION
 4033 LYMPHOMA, PERICARDIAL EFFUSION
 4034 LYMPHOMA, URETER OBSTRUCTION
 4035* LYMPHOMA, FRACTURE W OPERATION
 4036 LYMPHOMA, FRACTURE W/O OPERATION
 4037* LYMPHOMA, BOWEL OBSTRUCTION W OPERATION
 4038 LYMPHOMA, BOWEL OBSTRUCTION W/O OPERATION
 4039 COMPLICATION OF THERAPY -
 ESOPHAGITIS/MUCOSITIS
 4040 COMPLICATION OF THERAPY - OTHER INFECTION

4041 COMPLICATION OF THERAPY - BLEEDING
 4042 VENOUS ACCESS COMPLICATION
 4043 BONE MARROW DONOR
 4044 LYMPHOMA, ELECTIVE CHEMOTHERAPY/RADIOTHERAPY
 4045 COMPLICATION OF THERAPY - GI
 4046 LEUKEMIA W/O OPERATION

Module 41: VASCULAR DISORDER

4101* PERIPHERAL W OPERATION
 4102 PERIPHERAL W/O OPERATION
 4105* PERIPHERAL W ANGIOPLASTY
 4106* PERIPHERAL W OP & ANGIOPLASTY
 4107* THORACIC OUTLET SYNDROME W OPERATION
 4109 THORACIC OUTLET SYNDROME W/O PROCEDURE
 4110* THORACIC OUTLET SYNDROME W PHYSICAL THERAPY
 4111* BUERGER'S DISEASE W OPERATION
 4112 BUERGER'S DISEASE W/O OPERATION
 4113* EMBOLUS/THROMBOSIS W OPERATION
 4116 EMBOLUS/THROMBOSIS W/O PROCEDURE
 4117 ABDOMINAL AORTIC ANEURYSM W OPERATION
 4119 RUPTURED ABDOMINAL AORTIC ANEURYSM
 4120* VISCERAL ANEURYSM W OPERATION
 4121 VISCERAL ANEURYSM W/O OPERATION
 4122* RENOVASCULAR STENOSIS W OPERATION
 4123 RENOVASCULAR STENOSIS W/O OPERATION
 4124 CAROTID/PERIPHERAL ANEURYSM
 4125* PULMONARY EMBOLUS W OPERATION
 4127 PULMONARY EMBOLUS W/O OPERATION/FIBRINOLYTIC
 4128* AV FISTULA, PERIPHERAL W OPERATION
 4130 AV FISTULA, PERIPHERAL W/O OPERATION
 4134 DEEP VENOUS THROMBOSIS
 4135 SUPERFICIAL VENOUS THROMBOSIS
 4136* VARICOSE VEINS
 4137* VENOUS INSUFFICIENCY W OPERATION
 4138 VENOUS INSUFFICIENCY W/O OPERATION
 4140 LYMPHEDEMA W/O OPERATION
 4141* GANGRENE W OPERATION
 4142 GANGRENE W/O OPERATION
 4143* ABDOMINAL AORTIC ANEURYSM W/O OPERATION
 4144 BENIGN ESSENTIAL HYPERTENSION

Module 42: UROLOGICAL DISORDER

4201 IMPOTENCE
 4202 STERILITY/PREVIOUS VASECTOMY
 4203 MALE INFERTILITY
 4204 MALE INFERTILITY W VARICOCELE
 4205 CRYPTORCHIDISM
 4206 URETHRAL MEATOTOMY
 4207* URETHRAL MEATOTOMY W OTHER OPERATION
 4208 FEMALE STRESS INCONTINENCE
 4209* URETHRAL STRICTURE W OPERATION
 4210 URETHRAL STRICTURE W/O OPERATION
 4211* URETHRAL OBSTRUCTION W TUR
 4212* URETHRAL OBSTRUCTION W OPERATION
 4213 URETHRAL OBSTRUCTION W/O OPERATION
 4214* URETERAL REFLUX W OPERATION
 4215 URETERAL REFLUX W/O OPERATION
 4216 RETROPERITONEAL FIBROSIS
 4217 ACUTE PYELONEPHRITIS
 4218* RENAL/PERINEPHRIC ABSCESS W OPERATION
 4219* RENAL/PERINEPHRIC ABSCESS W ASPIRATION
 4220 RENAL/PERINEPHRIC ABSCESS
 4221* SEMINAL INFECTION W OPERATION

4222 SEMINAL INFECTION W/O OPERATION
 4223* PENILE FISTULA W INFECTION & FISTULECTOMY
 4224 PENILE FISTULA W INFECTION
 4225 PENILE FISTULA W/O INFECTION
 4226* ADRENAL NEOPLASM W OPERATION
 4227 ADRENAL NEOPLASM W/O OPERATION
 4228 RENAL CARCINOMA W OPERATION
 4229* RENAL CARCINOMA W OPER & EMBOLOTHERAPY
 4230* RENAL CYST W ASPIRATION
 4231 RENAL CYST W/O ASPIRATION
 4232* POLYCYSTIC DISEASE W OPERATION
 4233 POLYCYSTIC DISEASE W/O OPERATION
 4234 BLADDER CARCINOMA, IN SITU W/O TUR/CYSTECTOMY
 4235* BLADDER CARCINOMA IN SITU W TUR
 4236* BLADDER CARCINOMA IN SITU W CYSTECTOMY
 4237 BLADDER CARCINOMA W/O OPERATION
 4238* BLADDER CARCINOMA W TUR
 4239* BLADDER CARCINOMA W OTHER OPERATION
 4240* BLADDER CARCINOMA W RADIOTHERAPY & OTHER OPER
 4241 PENILE CARCINOMA W BIOPSY
 4242* PENILE CARCINOMA W RESECTION
 4243* PENILE CA W RESECTION & LYMPHADENECTOMY
 4244* TESTICULAR CARCINOMA W ORCHIECTOMY
 4245* TESTICULAR CARCINOMA W COMBINED THERAPY
 4246* TESTICULAR CA W LYMPHADENECTOMY & CHEMO
 4247 TESTICULAR CARCINOMA W CHEMOTHERAPY

Module 43: HEAD/NECK/PLASTICS

4301* CLEFT LIP/PALATE
 4302 CA FACE/LIP/SCALP W/O RECONSTRUCTION
 4303* CA FACE/LIP/SCALP W RECONSTRUCTION
 4304* CA FACE/LIP/SCALP W RADICAL DISSECTION
 4305 BENIGN LESION, FLOOR OF MOUTH/FACE/NECK
 4306 TONGUE CA, CHEMO/RADIATION EVALUATION
 4307* TONGUE CA W FLAP RECONSTRUCTION
 4308* TONGUE CA W/O FLAP RECONSTRUCTION
 4309* TONGUE CA, MALNUTRITION W RECONSTRUCTION
 4310* TONGUE CA, MALNUTRITION W/O RECONSTRUCTION
 4311 PAROTID TUMOR W/O RADICAL DISSECTION
 4312* PAROTID TUMOR W RADICAL DISSECTION
 4313* SIALADENITIS W EXCISION
 4314* SIALADENITIS W DRAINAGE
 4315 SIALADENITIS W/O OPERATION
 4316 BENIGN SALIVARY TUMOR
 4317 MALIGNANT SALIVARY TUMOR
 4318* EPISTAXIS W OPERATION
 4319 EPISTAXIS W/O OPERATION
 4320* VERTIGO W TRANSMASTOIDAL OPERATION
 4321* VERTIGO W TRANSCRANIAL OPERATION
 4322 VERTIGO W/O OPERATION
 4323* LABYRINTHINE FISTULA W OPERATION
 4324 LABYRINTHINE FISTULA W/O OPERATION
 4325 BACTERIAL/TOXIC LABYRINTHITIS
 4326 ACOUSTIC NEUROMA
 4327* SINUSITIS W OPERATION
 4328 SINUSITIS W/O OPERATION
 4329 MALIGNANCY OF MIDDLE EAR
 4330 MALIGNANT OTITIS EXTERNA
 4331* HEARING LOSS, ELECTIVE OPERATION
 4332* HEAD/NECK ABSCESS W OPERATION
 4333 HEAD/NECK ABSCESS W/O OPERATION
 4334* FACIAL PARALYSIS/COMPRESSION SYNDROME W OP
 4335 FACIAL PARALYSIS/COMPRESSION SYNDROME W/O OP

4336 BENIGN LARYNGEAL LESION
 4337* LARYNX CA W HEMILARYNGECTOMY
 4338* LARYNX CA W TOTAL LARYNGECTOMY
 4339* LARYNX CA W SUPRAGLOTTIC LARYNGECTOMY
 4340* LARYNX CA W FLAP RECONSTRUCTION
 4341 LARYNX CA W/O OPERATION
 4342* LARYNX CA, MALNUTRITION W HEMILARYNGECTOMY
 4343* LARYNX CA, MALNUTRITION W TOTAL LARYNGECTOMY
 4344* LARYNX CA, MALNUTRITION W SUPRAGLOTTIC
 4345* LARYNX CA, MALNUTRITION W RECONSTRUCTION
 4346 LARYNX CA, MALNUTRITION W/O OPERATION
 4347* DENTOFACIAL ABNORMALITY W OSTEOTOMY
 4348 DENTOFACIAL ABNORMALITY W/O OSTEOTOMY
 4349 CERVICO-CRANIOFACIAL DEFORMITY
 4350 TEMPOROMANDIBULAR JOINT DISORDER
 4351 PROMINENT EARS
 4352 MICROTIA/TRAUMATIC EAR
 4353* ELECTIVE RECONSTRUCTION, NONFACIAL
 4354 FACIAL SOFT TISSUE DEFECTS
 4355 RECONSTRUCTION EVALUATION, NON-FACIAL
 4356* ELECTIVE BLEPHAROPLASTY
 4357* ELECTIVE FACIAL TISSUE REVISION
 4358* NASAL DEFORMITY W GRAFTING
 4359* NASAL DEFORMITY W/O GRAFTING
 4360* NASAL DEFORMITY W CLOSED REDUCTION
 4361* MACROMASTIA
 4362 MICROMASTIA
 4363* PTOSIS OF BREASTS, ELECTIVE OPERATION
 4364* ASYMMETRICAL BREASTS, ELECTIVE OPERATION
 4365* POSTMASTECTOMY RECONSTRUCTION, ELECTIVE
 4366* ABDOMINAL WALL RECONSTRUCTION, ELECTIVE
 4367* GENITALIA OPERATION, MALE TO FEMALE
 4368* GENITALIA OPERATION, FEMALE TO MALE
 4369 AMBIGUOUS GENITALIA, ENDOCRINE EVALUATION
 4370 HYPERTROPHIED SCAR
 4371 PRESSURE SORE/DECUBITUS ULCER
 4372 CONGENITAL HAND DEFORMITY
 4373 OTHER PLASTIC REPAIR/AFTERCARE

Module 44: SURGICAL COMPLICATION

4401 WOUND DEHISCENCE
 4402 POSTOPERATIVE WOUND INFECTION
 4403* POSTOPERATIVE HEMORRHAGE W OP
 4404 POSTOPERATIVE HEMORRHAGE W/O OP
 4410 MALUNION/NONUNION
 4411* THORACIC/ABDOMINAL HEMORRHAGE
 4413* ANASTOMOTIC LEAK
 4415* ANASTOMOTIC OBST W OPERATION
 4416 ANASTOMOTIC OBST W/O OPERATION
 4417* OSTOMY MALFUNCTION W OPERATION
 4418 OSTOMY MALFUNCTION W/O OPERATION
 4419* MECHANICAL COMP OF ORTHO DEV W OP.
 4420 MECHANICAL COMP OF ORTHO DEV W/O OP.
 4421* INFECTIONS SECNDARY ORTHOPEDIC DEVICE
 4422* DISLOCATION OF INTRAOCULAR LENS
 4423* HEMORRHAGE FOLLOWING TONSILLECTOMY

Module 45: PSYCH

4501* MAJOR DEPRESSION W ECT
 4502 MAJOR DEPRESSION W/O ECT
 4503 DYSTHYMIA/CYCLOTHYMIA - AGE > 18
 4504* BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER W ECT - AGE > 18
 4505 BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER W/O ECT - AGE > 18

4506 SCHIZOPHRENIC SPECTRUM
 4507 PERSONALITY DISORDER
 4508 CONVERSION DISORDER
 4509 ADJUSTMENT DISORDER - AGE > 18
 4511 ORGANIC MENTAL DISORDER
 4512 EATING DISORDER
 4513 ANXIETY DISORDER - AGE > 18
 4514 ANXIETY DISORDER - AGE <= 18
 4515* ALCOHOL/DRUG DEPENDENCE W DETOX
 4519* ALCOHOL/DRUG DEP W REHAB
 4520 DEVELOPMENTAL/ATTENTION/CONDUCT DISORDER
 4521 OPPOSITIONAL DISORDER
 4522 MENTAL RETARDATION
 4523 DYSTHYMIA/CYCLOTHYMIA - AGE <= 18
 4524 BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER - AGE <= 18
 4525 ADJUSTMENT DISORDER - AGE <= 18

Module 46: NEUROLOGIC DISORDER

4601 ADULT HYDROCEPHALUS
 4602* MOVEMENT DISORDER W OPERATION
 4603 MOVEMENT DISORDER W/O OPERATION
 4604 VIRAL MENINGITIS
 4605 OTHER MENINGITIS/ENCEPHALITIS
 4606* OTHER NEUROLOGIC INFECTION W OPERATION
 4607 OTHER NEUROLOGIC INFECTION W/O OPERATION
 4608 STATUS EPILEPTICUS/GRAND MAL SEIZURE
 4609 OTHER SEIZURES/EPILEPSY
 4610 MULTIPLE SCLEROSIS
 4611 MOTOR NEURON DISEASE
 4612 HEREDITARY DEGENERATIVE DISORDER

Module 47: SUPPLEMENTARY CATEGORY

4703 G I BLEEDING, UNKNOWN ETIOLOGY
 4707 PATHOLOGICAL FRACTURE
 4708 MUSCULOSKELETAL PAIN, UNKNOWN ETIOLOGY
 4711 FEVER, UNKNOWN ETIOLOGY
 4712 NONSPECIFIC METASTATIC DISEASE
 4713 HYPERPLASTIC LYMPH NODE/LYMPHADENITIS
 4714 CHEST PAIN, UNKNOWN ETIOLOGY
 4716 RENAL COLIC/HEMATURIA
 4717 ABDOMINAL PAIN, UNKNOWN ETIOLOGY
 4718 HEADACHE
 4719* ELECTIVE MYELOGRAPHY, NEUROMUSCULAR DISORDER
 4720 UNCOMPLICATED CONTUSIONS/SUPERFICAL WOUND
 4721 UNCOMPLICATED SPRAIN/STRAIN
 4722 NONSPECIFIC CONVULSIONS/SYNYCOPE
 4723 MAINTENANCE CHEMOTHERAPY
 4724 MAINTENANCE RADIOTHERAPY
 4725 OBSERVATION/AFTERCARE

Module 48: FEMUR/PELVIC FRX

4801* CLOSED PELVIC RING FRX W ORIF
 4802 CLOSED PELVIC RING FRX W/O ORIF
 4803 OPEN PELVIC RING FRX
 4804* ACETABULAR FRX W ORIF
 4805 ACETABULAR FRX W/O ORIF
 4806 DISLOCATED HIP
 4807 TRANSCERVICAL/INTERTROCHANTERIC FRX
 4808* IMPACTED SUBCAPITAL FRX W OPERATION
 4809 IMPACTED SUBCAPITAL FRX W/O OPERATION
 4810* SUPRACONDYLAR/INTRAONDYLAR FRX W ORIF
 4811 SUPRACONDYLAR/INTRAONDYLAR FRX W/O ORIF
 4813* SHAFT/DISTAL FEMUR FRX W ORIF

4814 SHAFT/DISTAL FEMUR FRX W/O ORIF > AGE 5
 4815 SHAFT/DISTAL FEMUR FRX W/O ORIF <= AGE 5
 4821 CAST REMOVAL
 4822 HARDWARE REMOVAL
 4823 VASCULAR INJURY

Module 49: DERMATOLOGIC DISORDER

4901 INFECTIOUS
 4902 BENIGN NEOPLASM
 4903 DERMATOSES
 4904 SKIN APPENDAGES
 4905 MALIGNANT MELANOMA

Module 50: COMPLICATION/OUTCOME

5001 PERITONITIS
 5004 SEPTICEMIA
 5005 ELECTROLYTE IMBALANCE/VOLUME DEPLETION
 5006 RESPIRATORY INSUFFICIENCY/FAILURE
 5007* CARDIAC TAMPONADE
 5008* CARDIORESPIRATORY ARREST
 5009 DISSEMINATED INTRAVASCULAR COAGULATION
 5010 FAT EMBOLUS
 5011 SEPTIC/CARDIOGENIC/TRAUMATIC SHOCK
 5012 URINARY TRACT INFECTION
 5013 HEPATIC ENCEPHALOPATHY/COMA
 5090* DECEASED ORGAN DONOR

Module 51: ESOPHAGEAL/GASTRIC

5101* BLEEDING VARICES W OPERATION
 5102* BLEEDING VARICES W SCLEROSING
 5103 BLEEDING VARICES W/O OPERATION
 5104* NONBLEEDING VARICES W/ SCLEROSING
 5105* BENIGN ESOPHAGEAL CONDITION W OPERATION
 5106 BENIGN ESOPHAGEAL CONDITION W/O OPERATION
 5107* GASTRITIS W OPERATION
 5108 GASTRITIS W/O OPERATION
 5109* POSTGASTRECTOMY SYNDROME W OPERATION
 5110 POSTGASTRECTOMY SYNDROME W/O OPERATION
 5111* PEPTIC ULCER W OPERATION
 5112 PEPTIC ULCER W/O OPERATION
 5113* MORBID OBESITY
 5114* GE REFLUX/HIATAL HERNIA W OPERATION
 5115 GE REFLUX/HIATAL HERNIA W/O OPERATION
 5116* ABDOMINAL ABSCESS W OPERATION
 5117 ABDOMINAL ABSCESS W/O OPERATION
 5118 FUNCTIONAL GASTRIC DISORDERS/PYLOROSPASM

Module 52: LIVER

5201* LIVER NEOPLASM W OPERATION
 5202* LIVER NEOPLASM W LIVER BIOPSY
 5203 LIVER NEOPLASM W/O OPERATION
 5204 CIRRHOSIS, ALCOHOLIC/NONALCOHOLIC

5205 CIRRHOSIS, PRIMARY BILIARY
 5206* CIRRHOSIS, ELECTIVE LAPAROSCOPY
 5207* CIRRHOSIS, ELECTIVE HEPATIC SHUNT
 5208 CHRONIC ACTIVE HEPATITIS
 5209 ACUTE VIRAL/ALCOHOLIC HEPATITIS
 5210* LIVER TRANSPLANT
 5211 ORGAN REJECTION W/O TRANSPLANT

Module 53: PANCREATIC

5301* ACUTE PANCREATITIS W OPERATION
 5302 ACUTE PANCREATITIS W/O OPERATION
 5303* CHRONIC PANCREATITIS W OPERATION
 5304 CHRONIC PANCREATITIS W/O OPERATION
 5305* PANCREATIC PSEUDOCYST W OPERATION
 5306 PANCREATIC PSEUDOCYST W/O OPERATION

Module 54: INTESTINAL

5401* MESENTERIC INSUFFICIENCY
 5402 SMALL BOWEL NEOPLASM W OBSTRUCTION
 5403 SMALL BOWEL NEOPLASM W/O OBSTRUCTION
 5404* SHORT BOWEL SYNDROME
 5405 COLOSTOMY/GASTROSTOMY AFTERCARE
 5406* BOWEL OBSTRUCTION W OPERATION
 5407 BOWEL OBSTRUCTION W/O OPERATION
 5408* REGIONAL ENTERITIS W OPERATION
 5409 REGIONAL ENTERITIS W/O OPERATION
 5410* ISCHEMIC COLITIS W OPERATION
 5411 ISCHEMIC COLITIS W/O OPERATION
 5412 GASTROENTERITIS/INTESTINAL INFECTIOUS DISORDERS
 5413* ULCERATIVE COLITIS W OPERATION
 5414 ULCERATIVE COLITIS W/O OPERATION
 5415 BENIGN CONDITION OF RECTUM
 5416* G I FISTULA W OPERATION
 5417 G I FISTULA W/O OPERATION
 5418 MOTILITY DISTURBANCES/IRRITABLE BOWEL SYNDROME

Module 55: GI CARCINOMA

5501* ESOPHAGEAL CARCINOMA W OPERATION
 5502 ESOPHAGEAL CARCINOMA W/O OPERATION
 5503* GASTRIC CARCINOMA W OPERATION
 5504 GASTRIC CARCINOMA W/O OPERATION
 5505* PANCREATIC CARCINOMA W OPERATION
 5506 PANCREATIC CARCINOMA W/O OPERATION
 5507* G I METASTASIS W OBSTRUCTION, G I CARCINOMA
 5508 G I METASTASIS W/O OBSTRUCTION, G I CARCINOMA
 5509 BONE METASTASIS, G I CARCINOMA
 5510 PULMONARY METASTASIS, G I CARCINOMA
 5511 NEUROLOGICAL METASTASIS, G I CARCINOMA
 5512 CHEMOTHERAPY EVALUATION, G I CARCINOMA

4.2 PMC's mit grossem Anteil multipler PMC-Zuordnung

Es folgt eine Liste von PMC's, die in der NCMO-Studie¹ mindestens 30 Fälle aufwiesen und die in mindestens 20% der Fälle gleichzeitig zusammen mit einer weiteren PMC zugeteilt wurden. Im weiteren werden auch häufige PMC's (über 100 Fälle) mit multipler PMC-Zuordnung in über 15% der Fälle aufgeführt.

Anz. Fälle	% mehr als 1		Bezeichnung
	PMC	PMC	
844	29	0103	DIVERTICULAR DISEASE: UNCOMPLICATED
7248	24	0401	COPD: CHRONIC BRONCHITIS/ASTHMA
470	25	0406	COPD: PNEUMONIA
848	19	0602	GALLBLADDER: GALLBLADDER CALCULUS/DYSFUNCTION/CARCINOMA W/O OPERATION
48	54	0701	RENAL: AZOTEMIA W OBSTRUCTION
1407	38	0702	RENAL: AZOTEMIA W/O OBSTRUCTION
329	48	0704	RENAL: ACUTE RENAL FAILURE, UREMIA W/O DIALYSIS
1148	16	0907	MIDDLE EAR DISORDER: OTITIS MEDIA
2047	17	1001	TONSILS & ADENOIDS: ACUTE EXUDATIVE TONSILLITIS
2465	16	1401	PROSTATIC DISORDER: BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY
572	19	1406	PROSTATIC DISORDER: MALIGNANT NEOPLASM W/O RADIOTHERAPY/OPERATION
492	34	1601	DIABETES: DIABETES MELLITUS W OTHER COMPLICATIONS
38	34	1801	BRAIN NEOPLASM: BENIGN NEOPLASM
66	36	1903	AIDS: AIDS SYNDROME
72	47	2001	SCOLIOSIS: IDIOPATHIC/ROUTINE
45	20	2204	MAXILLOFACIAL FRX: ORBITAL FRACTURE W/O OPERATION
703	37	2211	MAXILLOFACIAL FRX: SUPERFICIAL FACIAL INJURY
4288	43	2401	RESPIRATORY DISORDER: BACTERIAL PNEUMONIA
31	19	2402	RESPIRATORY DISORDER: VIRAL PNEUMONIA
368	32	2403	RESPIRATORY DISORDER: OTHER TYPES OF PNEUMONIA
97	39	2404	RESPIRATORY DISORDER: PNEUMONIA W EFFUSION/EMPYEMA
281	33	2410	RESPIRATORY DISORDER: PULMONARY FIBROSIS W/O OPERATION
39	87	2501	THYROID DISORDER: PITUITARY HYPOFUNCTION
182	55	2503	THYROID DISORDER: MYXEDEMA W CARDIAC DISEASE
209	30	2504	THYROID DISORDER: THYROTOXICOSIS
1582	24	2627	FEMALE REPRODUCTIVE: ELECTIVE STERILIZATION
347	20	2702*	OPHTHALMIC DISORDER: CHRONIC GLAUCOMA
31	42	2718	OPHTHALMIC DISORDER: VISUAL PATHWAY LESION W/O OPERATION
244	17	2902	UPPER EXTREMITY: DISLOCATED ELBOW/SHOULDER W/O ORIF
133	23	2904	UPPER EXTREMITY: CLOSED FRX PROXIMAL/HEAD HUMERUS W/O ORIF
176	23	2906	UPPER EXTREMITY: CLOSED FRX SHAFT HUMERUS W/O ORIF
232	19	2911	UPPER EXTREMITY: CLOSED FRX FOREARM/WRIST W ORIF
120	21	2913	UPPER EXTREMITY: OPEN FRACTURE HAND, CRUSH INJURY FINGERS
301	22	2926	UPPER EXTREMITY: CLOSED FRX/DISLOCATION HAND W/O ORIF
99	34	3018	LOWER EXTREMITY: CLOSED FRX/DISLOCATION FOOT W/O ORIF
418	22	3022	LOWER EXTREMITY: PERIARTICULAR SOFT TISSUE INJURY W/O OPERATION
47	38	3105	PHYSICAL/CHEMICAL INJURY: HYPOTHERMIA

¹ Bates (PMC/Eval):59ff.

Anz. Fälle	% mehr als 1		Bezeichnung
	PMC	PMC	
70	33	3201	ABDOMINAL INJURY: MINOR ORGAN W/O OP
156	21	3206	ABDOMINAL INJURY: ABD/PERINEAL LAC/CONTUSION
85	32	3301	THORACIC INJURY: LACERATION/CONTUSION OF CHEST WALL
433	46	3303	THORACIC INJURY: RIB FRX/PULMONARY CONTUSION
79	27	3306	THORACIC INJURY: PNEUMOTHORAX/HEMOTHORAX W/O OPERATION
65	23	3313	THORACIC INJURY: PENETRATING NECK INJ W/O OP
219	20	3406	SPINE INJURY: FRACTURE W/O CORD INJURY W/O OPERATION
142	23	3501	HEAD INJURY: SUPERFICIAL HEAD INJURY
404	45	3604	BONE & JOINT: NONPYOGENIC ARTHRITIS
3636	36	3606	BONE & JOINT: OTHER ARTHRITIS W/O OPERATION
286	42	3622	BONE & JOINT: METABOLIC BONE DISEASE W/O OPERATION
30	20	3623	BONE & JOINT: ACUTE OSTEOMYELITIS W ABSCESS
895	25	3703	NEONATAL: PHYSIOLOGIC JAUNDICE
101	23	3720	NEONATAL: ASPHYXIA, RESPIRATORY COMPLICATION
67	27	3724	NEONATAL: SEPSIS, UNCOMPLICATED
170	77	3732	NEONATAL: HYALINE MEMBRANE DISEASE, UNCOMPLICATED
45	24	3736	NEONATAL: INFANT OF DIABETIC MOTHER
34	62	3747	NEONATAL: HYPOGLYCEMIA
5773	23	3903	CARDIAC: STABLE ANGINA/CAD W/O OPERATION
830	17	3915	CARDIAC: BRADYRHYTHMIA/HEART BLOCK W/O OPERATION
2334	28	3917	CARDIAC: TACHYRHYTHMIA
1095	27	3920	CARDIAC: VALVULAR/CONGENITAL DISEASE W/O OPERATION
45	20	3928	CARDIAC: THORACIC AORTIC ANEURYSM W/O OPERATION
270	40	4001	HEMATOLOGIC DISORDER: ANEMIA - B12, FOLATE DEFICIENCY
1391	45	4002	HEMATOLOGIC DISORDER: ANEMIA - IRON DEFICIENCY
65	25	4005	HEMATOLOGIC DISORDER: APLASTIC ANEMIA
125	34	4006	HEMATOLOGIC DISORDER: BLEEDING DISORDER
297	20	4007	HEMATOLOGIC DISORDER: IDIOPATHIC THROMBOCYTOPENIA/LUPUS
103	38	4010	HEMATOLOGIC DISORDER: POLYCYTHEMIA VERA
1427	48	(4015)	EL BLOOD TRANSFUSION
25	60	4039	HEMATOLOGIC DISORDER: COMPLICATION OF THERAPY - ESOPHAGITIS/MUCOSITIS
1134	40	4102	VASCULAR DISORDER: PERIPHERAL W/O OPERATION
131	24	4116	VASCULAR DISORDER: EMBOLUS/THROMBOSIS W/O PROCEDURE
293	26	4117	VASCULAR DISORDER: ABDOMINAL AORTIC ANEURYSM W OPERATION
712	24	4127	VASCULAR DISORDER: PULMONARY EMBOLUS W/O OPERATION/FIBRINOLYTIC
835	26	[4134]	VASCULAR DISORDER: DEEP VENOUS THROMBOSIS W/O OP/FIBRIN
61	43	4135	VASCULAR DISORDER: SUPERFICIAL VENOUS THROMBOSIS
140	27	4138	VASCULAR DISORDER: VENOUS INSUFFICIENCY W/O OPERATION
30	33	4140	VASCULAR DISORDER: LYMPHEDEMA W/O OPERATION
184	21	4142	VASCULAR DISORDER: GANGRENE W/O OPERATION
508	18	4204	UROLOGICAL DISORDER: MALE INFERTILITY W VARICOCELE
1834	18	4208	UROLOGICAL DISORDER: FEMALE STRESS INCONTINENCE
296	20	4213	UROLOGICAL DISORDER: URETHRAL OBSTRUCTION W/O OPERATION
64	31	4215	UROLOGICAL DISORDER: URETERAL REFLUX W/O OPERATION
62	56	4231	UROLOGICAL DISORDER: RENAL CYST W/O ASPIRATION
52	40	4233	UROLOGICAL DISORDER: POLYCYSTIC DISEASE W/O OPERATION
43	23	4324	HEAD/NECK/PLASTICS: LABYRINTHINE FISTULA W/O OPERATION
127	24	4335	HEAD/NECK/PLASTICS: FACIAL PARALYSIS/COMPRESSION SYNDROME W/O OPERATI
47	34	4349	HEAD/NECK/PLASTICS: CERVICO-CRANIOFACIAL DEFORMITY
1554	47	4371	HEAD/NECK/PLASTICS: PRESSURE SORE/DECUBITUS ULCER
299	42	4373	HEAD/NECK/PLASTICS: OTHER PLASTIC REPAIR/AFTERCARE

Anz. Fälle	% mehr als 1		Bezeichnung
	PMC	PMC	
210	55	4401	SURGICAL COMPLICATION: WOUND DEHISCENCE
643	42	4402	SURGICAL COMPLICATION: POSTOPERATIVE WOUND INFECTION
40	48	4403*	SURGICAL COMPLICATION: POSTOPERATIVE HEMORRHAGE W OP
655	34	4404	SURGICAL COMPLICATION: POSTOPERATIVE HEMORRHAGE W/O OP
54	54	4413	SURGICAL COMPLICATION: ANASTOMOTIC LEAK
46	30	4418	SURGICAL COMPLICATION: OSTOMY MALFUNCTION W/O OPERATION
548	21	4507	PSYCH: PERSONALITY DISORDER
149	93	4509	PSYCH: ADJUSTMENT DISORDER - AGE > 18
3815	30	4511	PSYCH: ORGANIC MENTAL DISORDER
76	24	4512	PSYCH: EATING DISORDER
5729	77	4513	PSYCH: ANXIETY DISORDER - AGE > 18
120	97	4520	PSYCH: DEVELOPMENTAL/ATTENTION/CONDUCT DISORDER
1394	99	4522	PSYCH: MENTAL RETARDATION
79	29	4601	NEUROLOGIC DISORDER: ADULT HYDROCEPHALUS
1318	40	4603	NEUROLOGIC DISORDER: MOVEMENT DISORDER W/O OPERATION
828	42	4608	NEUROLOGIC DISORDER: STATUS EPILEPTICUS/GRAND MAL SEIZURE
1872	39	4609	NEUROLOGIC DISORDER: OTHER SEIZURES/EPILEPSY
68	24	4612	NEUROLOGIC DISORDER: HEREDITARY DEGENERATIVE DISORDER
294	56	4802	FEMUR/PELVIC FRX: CLOSED PELVIC RING FRX W/O ORIF
34	32	4805	FEMUR/PELVIC FRX: ACETABULAR FRX W/O ORIF
2236	10	4807	FEMUR/PELVIC FRX: TRANSCERVICAL/INTERTROCHANTERIC FRX
104	40	4821	FEMUR/PELVIC FRX: CAST REMOVAL
1994	22	4901	DERMATOLOGIC DISORDER: INFECTIOUS
236	79	5001	COMPLICATION/OUTCOME: PERITONITIS
647	78	5004	COMPLICATION/OUTCOME: SEPTICEMIA
676	74	5005	COMPLICATION/OUTCOME: ELECTROLYTE IMBALANCE/VOLUME DEPLETION
992	89	5008*	COMPLICATION/OUTCOME: CARDIORESPIRATORY ARREST
3062	56	5012	COMPLICATION/OUTCOME: URINARY TRACT INFECTION
64	81	5013	COMPLICATION/OUTCOME: HEPATIC ENCEPHALOPATHY/COMA
524	22	5108	ESOPHAGEAL/GASTRIC: GASTRITIS W/O OPERATION (3811)
488	42	5114/5	ESOPHAGEAL/GASTRIC: GE REFLUX/HIATAL HERNIA (3824)
160	34	(3825)	G I: EL CLOSURE OF OSTOMY
85	26	(3830)	G I: OTH MALABSORBTION SYNDROMES
61	25	5411	INTESTINAL: ISCHEMIC COLITIS W/O OPERATION (3832)
1768	29	(3833)	G I: IRRITABLE BOWEL SYNDROME
40	25	(3838)	G I: SIGMOID VOLVULUS W/O OP
183	24	5117	ESOPHAGEAL/GASTRIC: ABDOMINAL ABSCESS W/O OPERATION (3841)
32	34	5416*	INTESTINAL: G I FISTULA W OPERATION (3842)
144	27	5417	INTESTINAL: G I FISTULA W/O OPERATION (3843)
295	26	[5204]	LIVER: CIRRHOSIS, ALCOHOLIC (3855)
159	28	5205	LIVER: CIRRHOSIS, PRIMARY BILIARY (3856)
59	22	[5208]	LIVER: CHRONIC ACTIVE HEPATITIS/LIVER NEC (3860)
313	26	5302	PANCREATIC: ACUTE PANCREATITIS W/O OPERATION (5003)

5 Liste der Krankheiten nach Disease Staging, Version 4.0

Die folgende Liste der D.S.-Kategorien untersteht dem Copyright von *MEDSTAT Systems Inc.* Sie wird hier mit freundlicher Erlaubnis der *MEDSTAT Systems Inc.* abgedruckt.

<u>BR</u>	<u>Brust</u>	CV10	Diseases of the Aortic Valve
BR01	Mastitis	CV11	Pericarditis from Viral Infections and Trauma
BR02	Cancer of the Female Breast	CV12	Chronic Pericarditis
BR03	Benign Breast Lesions	CV13	Digoxin Toxicity
BR04	Cancer of the Male Breast	CV70	Malignant Neoplasm of Circulatory System,NEC
BR70	Disorders of Breast,NEC	CV71	Benign Neoplasm: Heart & Circulatory System, NEC
BR90	Nonspecific Disorders of Female Breast	CV72	Aneurysm of Heart and Coronary Vessels,NEC
<u>CN</u>	<u>Zentralnervensystem</u>	CV73	Heart Disease,NEC
CN01	Bacterial Meningitis	CV80	Congenital Anomalies of the Heart,NEC
CN02	Viral Meningitis Encephalitis and Myelitis	CV81	Conditions Related to Cardiac Surgery & Treatment
CN03	Reye's Syndrome	CV91	Nonspecific Heart Disease
CN04	Tetanus	<u>DE</u>	<u>Haut und Subcutis</u>
CN05	Poliomyelitis	DE01	Erythema Multiforme
CN06	Toxoplasmosis	DE02	Pemphigus Vulgaris
CN07	Trauma to Spine and Spinal Cord	DE03	Psoriasis
CN08	Head Injury	DE04	Pilonidal Cyst
CN09	Central Nervous System Neoplasia	DE05	Cellulitis
CN10	Defects of the Brain and Spinal Cord	DE06	Candida (Monilial) Infections
CN11	Primary Degenerative Dementia	DE07	Clostridium perfringens Infection
CN12	Huntington's Chorea	DE08	Mucormycosis
CN13	Multiple Sclerosis	DE09	Herpes Simplex Infections
CN14	Migraine and Muscle Tension Headache	DE10	Varicella (Chickenpox)
CN15	Mental Retardation	DE11	Leprosy
CN16	Epilepsy	DE12	Rickettsioses
CN17	Cerebrovascular Disease	DE13	Basal or Squamous Cell Carcinoma
CN18	Open/Blunt Trauma Head&Neck Exc Intracra	DE14	Melanoma
CN19	Conditions Related to Nervous Sys Treat	DE15	Pellagra
CN70	Brain Conditions Exc Cerebral Degene NEC	DE16	Burns Excl Head Neck Genitalia Perineum
CN71	Paralytic Syndromes,NEC	DE17	Burns of Genitalia or Perineum
CN72	Disorders of Central Nervous System,NEC	DE18	Burns of the Head or Neck
CN73	Cerebral Degeneration,NEC	DE19	Decubitus Ulcers
CN90	Nonspecific Conditions of Brain	DE20	Wound Infection & Complic of Incisions
CN91	Nonspecific Paralytic and Cns Disorders	DE70	Benign Neoplasm Skin & Subcut Tissue,NEC
<u>CV</u>	<u>Kardiovaskuläres System und Herz</u>	DE71	Diseases Skin & Subcutaneous Tissue,NEC
CV01	Infective Endocarditis	DE72	Noninfect Inflammat Skin&Subcut Tis, NEC
CV02	Cardiomyopathy	DE73	Chronic Ulcer of Skin Except Decubitus
CV03	Patent Ductus Arteriosus	DE74	Infection Skin& Subcutaneous Tissue, NEC
CV04	Coarctation of the Aorta	DE75	Congenital Anomalies of the Integument
CV05	Congenital Heart Disease	DE76	Conditions Rel To Treatment of Integument
CV06	Rheumatic Fever	DE90	Benign Neoplasm:Nonspec Site Skin& Subcut
CV07	Coronary Artery Disease	DE91	Nonspecific Disease of Skin& Subcutaneous
CV08	Disease of the Mitral Valve		
CV09	Arrhythmias and Conduction Disorders		

<u>EN</u>	<u>Ohren/Nase/Hals</u>	GI11	Shigellosis
EN01	Diphtheria	GI12	Hookworm Disease
EN02	Otitis Media	GI13	Gastritis
EN03	Streptococcal Pharyngitis	GI14	Intussusception
EN04	Labyrinthitis	GI15	Diverticular Disease
EN05	Cholesteatoma	GI16	Appendicitis
EN06	Sinusitis	GI17	Chemical Burn of Esophagus, Stomach, or Small Intestine
EN07	Non-Streptococcal Pharyngitis	GI18	Lacerations of the Esophagus
EN08	Deafness Secondary to Acoustic Trauma	GI19	Celiac Disease
EN09	Deafness Secondary to Aminoglycosides	GI20	Vascular Insufficiency of the Bowels
EN10	Benign Laryngeal Tumors	GI21	Adenomatous Polyps of the Colon
EN11	Cancer of the Larynx, Supraglottis	GI22	Benign Small Bowel Tumors
EN12	Cancer of the Subglottis	GI23	Malignant Small Bowel Tumors
EN13	Cancer of the Glottis	GI24	Cancer of the Colon and Rectum
EN14	Nasopharyngeal Carcinoma	GI25	Cancer of the Esophagus
EN15	Neoplasms of the Sinuses	GI26	Cancer of the Stomach
EN16	Hearing Loss due to Otosclerosis	GI27	External Hernia
EN17	Meniere's Disease	GI28	Hiatal Hernia/Reflux Esophagitis
EN18	Acoustic Neurinoma	GI29	Congenital Megacolon
EN19	Croup	GI30	Peptic Ulcer Disease
EN20	Gingival and Periodontal Disease	GI31	Ulcerative Colitis
EN21	Dental Disease	GI32	Tropical Sprue
EN22	Cancer of the Oral Cavity	GI33	Crohn's Disease
EN23	Cancer of the Oropharynx	GI34	Hemorrhoids
EN24	Cancer of the Hypopharynx	GI35	Anorectal Suppuration
EN25	Cleft Lip or Palate	GI36	Functional Digestive Disorders
EN26	Cancer of Salivary Glands and Mandible	GI70	Malignant Neoplasm: Gastrointestinal System, NEC
EN27	Diseases Salivary Gland/ Parotitis	GI71	Benign Neoplasm: Gastrointestinal System, NEC
EN70	Malignant Neoplasm ENT/Lip/OralCav/Sinus	GI72	Disorders of the Gastrointestinal Tract, NEC
EN71	Benign Neoplasm ENT/Sinus/OralCav/LipNEC	GI73	Hernia of Abdominal Cavity, NEC
EN72	Disease Ear/Mastoid Proc/Nose Throat NEC	GI74	Disorders of Stomach, NEC
EN73	Deviated Nasal Septum	GI75	Disorders of Intestine and Peritoneum, NEC
EN74	Disorders Oral Cavity, and Tongue, NEC	GI76	Disorders of the Esophagus, NEC
EN75	Dentofacial Anomalies, NEC	GI77	Conditions Related to Gastrointestinal Treatment
EN76	Hearing Loss of Unspecified Cause	GI78	Congenital Anomalies of Digestive Tract, NEC
EN77	Congenital Anomaly E N T Oral Cavity NEC	GI79	Foreign Body In Digestive Tract
EN78	Foreign Body In E N T Sinus Oral Cavity	GI90	Malig Neopla: Nonspec Site Gastrointestinal Syst
EN90	Malig Neopla: Nonspec Site E/N/T/Sinus	GI91	Nonspecific Disorder: Gastrointestinal Tract
EN91	Nonspecific Disease ENT, Mastoid, NEC	GI92	Nonspecific Hernia of Abdominal Cavity
EN92	Nonspecific Hearing Loss		
EN93	Nonspecific Disorders: Oral Cavity Tongue		
EN94	Nonspecific Dentofacial Anomalies		
EN95	Nonspec Congen Anomaly: E/N/T, Oral Cavity		
<u>GI</u>	<u>Gastrointestinales System</u>	<u>GY</u>	<u>Reproduktive Systeme der Frau</u>
GI01	Food Poisoning due to C. perfringens	GY01	Vulvovaginitis
GI02	Food Poisoning due to S. aureus	GY02	Bartholinitis
GI03	Salmonellosis	GY03	Gonorrhea - Female
GI04	Gastroenteritis	GY04	Uterine Infection
GI05	Amebiasis	GY05	Pelvic Inflammatory Disease
GI06	Trichinosis	GY06	Trophoblastic Disease
GI07	Cholera	GY07	Benign Ovarian Tumors
GI08	Typhoid Fever	GY08	Uterine Leiomyomas
GI09	Anal Fissure	GY09	Cancer of the Vulva
GI10	Malabsorption from Blind Loop Syndrome	GY10	Cancer of the Vagina

GY11	Endometrial Carcinoma	HE02	Polycythemia Vera
GY12	Carcinoma of the Ovaries	HE03	Acute Lymphocytic Leukemia
GY13	Cancer of Cervix Uteri	HE04	Acute Nonlymphoblastic Leukemia
GY14	Anomalies of External Female Genitalia	HE05	Acute Monocytic Leukemia
GY15	Anomalies of the Uterus	HE06	Chronic Lymphocytic Leukemia
GY16	Dysfunctional Uterine Bleeding	HE07	Chronic Myelocytic Leukemia
GY17	Uterovaginal Prolapse	HE08	Multiple Myeloma
GY18	Endometriosis	HE09	Anemia Secondary to Iron Deficiency
GY19	Toxic Shock Syndrome	HE10	Anemia Secondary to Folic Acid Deficiency
GY70	Malignant Neoplasm:Female Reproductive System,NEC	HE11	Anemia Secondary to Vitamin B12 Deficiency
GY71	Benign Neoplasm: Female Reproductive System, NEC	HE12	Hemophilia
GY72	Disorder:Ovary,Fallop Tube & Broad Ligament, NEC	HE13	Thalassemias
GY73	Menopausal and Postmenopausal Disorders,NEC	HE14	Sickle Cell Anemia
GY74	Female Infertility	HE15	Hemolytic Disease of the Newborn
GY75	Disorders of the Uterus,NEC	HE16	Aplastic Anemia
GY76	Disorders of the Cervix,Vagina,and Vulva,NEC	HE17	Hemolytic Anemias
GY77	Disorders: Female Genital Tract & Organs, NEC	HE18	Agranulocytosis
GY78	Pain & Other Symptoms: Female Genital Organs	HE19	Waldenstrom's Macroglobulinemia
GY90	Malig Neoplasm:Nonspec Site Female Reproduct Syst	HE70	Leukemias,NEC
GY91	Benign Neoplasm:Nonspec Site Female Reproduct Sys	HE71	Diseases of Blood and Blood Forming Organs,NEC
GY92	Nonspecific Menopausal & Postmenopausal Disorders	HE72	Anemia,NEC
GY93	Nonspecific Disorders of the Uterus	HE90	Nonspecific Leukemias
GY94	Nonspec Disorder: Female Genital Tract & Organs	HE91	Nonspecific Anemias
		HE92	Nonspec Disease: Blood & Blood-Forming Organs
<u>HB</u>	<u>Hepatobiliäres System</u>	<u>IM</u>	<u>Immunologisches System</u>
HB01	Acetaminophen Toxicity	IM01	Immunodeficient Disorders
HB02	Chemical Hepatitis	IM02	Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection
HB03	Viral Hepatitis		
HB04	Cirrhosis of the Liver	<u>LY</u>	<u>Lymphsystem</u>
HB05	Wilson's Disease	LY01	Hodgkin's Lymphoma
HB06	Disorders of Bilirubin Excretion	LY02	Lymphocytic Lymphoma
HB07	Cholecystitis and Cholelithiasis	LY70	Benign Neopl: Lymphatic & Hemapoietic Tissue, NEC
HB08	Pancreatitis	LY71	Malig Neopl: Lymphatic & Hemapoietic Tissue, NEC
HB09	Cancer of the Pancreas	LY90	Nonspec Malig Neopl:Lymphatic & Hemapoietic Tissu
HB70	Malig Neopl:Hepatobiliary & Pancreatic System,NEC	<u>MG</u>	<u>Reproduktive Systeme des Mannes</u>
HB71	Benign Neopl:Hepatobiliary & Pancreatic Syst, NEC	MG01	Carcinoma of the Prostate
HB72	Diseases of Pancreas,NEC	MG02	Prostatitis
HB73	Disorders of Biliary Tree,NEC	MG03	Gonorrhoea - Male
HB74	Disorders of the Liver,NEC	MG04	Testicular Carcinoma
HB90	Malig Neopl:Nonspec Site Hepatobil & Pancreat Sys	MG05	Cryptorchidism
HB91	Nonspecific Diseases of Pancreas	MG06	Benign Prostatic Hypertrophy
HB92	Nonspec Disorder: Liver or Biliary Tree	MG70	Malignant Neoplasm of Male Genital Organs,NEC
<u>HE</u>	<u>Blut und blutbildende Organe</u>	MG71	Benign Neoplasm of Male Genital Organs,NEC
HE01	Glucose 6-Phosphate Dehydrogenase Deficiency	MG72	Disorders of the Prostate,NEC
		MG73	Orchitis and Epididymitis
		MG74	Disorder:Penis or Other Male Genital Organs, NEC
		MG90	Malignant Neoplasm Nonspec Site Male Genital Organ

MG91	Benign Neoplasm:Nonspec Site Male Genital Organ	MS41	Scoliosis of the Lumbar Spine
MG92	Nonspecific Disorders of the Prostate	MS42	Scoliosis of the Thoracic Spine
MG93	Nonspec Disorder:Penis or Other Male Genitals	MS43	Open Wound or Blunt Trauma of Upper Extremity
		MS44	Open Wound or Blunt Trauma of Lower Extremity
		MS45	Open Wound or Blunt Trauma to Abdomen or Trunk
<u>MS</u>	<u>Bewegungsapparat</u>	MS46	Lyme Disease
MS01	Pyogenic Arthritis	MS70	Malignant Neoplasm of Musculoskeletal System,NEC
MS02	Osteomyelitis	MS71	Benign Neoplasm: Musculoskeletal System, NEC
MS03	Fracture of the Skull	MS72	Trauma/Late Effects,NEC
MS04	Herniated Intervertebral Disk	MS73	Multiple Fracture or Dislocation,NEC
MS05	Fracture, Dislocation, or Sprain of Facial Bones	MS74	Collagen Disease,NEC
MS06	Trauma to the Chest Wall or Breast, Including Fracture of Ribs and Sternum	MS75	Fractures or Dislocations,NEC
MS07	Fracture, Dislocation, or Sprain of the Hip or Pelvis	MS76	Infections Involving Bone,NEC
MS08	Fracture of the Acetabulum	MS77	Arthropathies,NEC
MS09	Fracture of the Head or Neck of the Femur	MS78	Disorders of Intervertebral Disc,NEC
MS10	Fracture of the Femur Except Head and Neck	MS79	Abnormalities of Bone Development,NEC
MS11	Patellar Dislocation or Fracture	MS80	Conditions Related to Orthopedic Treatment
MS12	Dislocation of the Knee	MS81	Bone Disorders,Excluding Bone Development,NEC
MS13	Ligamentous Injury of the Knee	MS82	Joint Degenerations and Disorders,NEC
MS14	Injury to the Semilunar Cartilages	MS83	Muscle and Ligament Disorders,NEC
MS15	Fracture of the Tibia with or without Fracture of the Fibula	MS84	Acquired & Congenital Deformities of Extremities
MS16	Fracture of the Fibula	MS85	Disorders of Spinal Column,NEC
MS17	Ankle Injuries	MS86	Disorders of the Musculoskeletal System,NEC
MS18	Fracture of the Calcaneus	MS87	Back Disorders,NEC
MS19	Fracture, Dislocation, or Sprain of Foot	MS88	Disorders of Synovium and Bursa,NEC
MS20	Fracture, Dislocation, or Sprain of Shoulder or Head of Humerus	MS90	Malig Neoplasm: Nonspec Site Musculoskeletal Syst
MS21	Fracture of the Shaft of the Humerus	MS91	Benign Neopla:Nonspec Site of Musculoskeletal Sys
MS22	Supracondylar Fractures of the Humerus	MS92	Nonspecific Trauma
MS23	Dislocation and Fracture of the Elbow	MS93	Nonspecific Infections Involving Bone
MS24	Fracture of the Shaft of the Radius or Fracture of the Ulna or Olecranon	MS94	Nonspecific Bone Disorders
MS25	Fracture of the Head and Neck of the Radius with or without Fracture of the Ulna	MS95	Nonspecific Arthropathies and Joint Disorders
MS26	Fracture of Lower End of the Radius with or without Fracture of the Ulna	MS96	Nonspecific Disorders of Intervertebral Disc
MS27	Fracture, Dislocation, or Sprain of Wrist, Hand, or Fingers	MS97	Nonspec Condition Related to Orthopedic Treatment
MS28	Primary Malignant Bone Tumors	MS98	Nonspecific Disorders of the Back
MS29	Muscular Dystrophy	MS99	Nonspecific Musculoskeletal Disorders
MS30	Hallux Deformities	<u>ND</u>	<u>Endokrines und metabolisches System</u>
MS31	Osteochondrodysplasia	ND01	Obesity
MS32	Progressive Systemic Sclerosis	ND02	Thyroid Cancer
MS33	Systemic Lupus Erythematosus	ND03	Euthyroid Goiter
MS34	Myasthenia Gravis	ND04	Hypothyroidism
MS35	Spondylitis, Ankylosing	ND05	Parathyroid Adenomas and Hyperparathyroidism
MS36	Gout	ND06	Cushing's Disease
MS37	Rheumatoid Arthritis	ND07	Congenital Adrenal Hyperplasia
MS38	Vitamin D Deficiency	ND08	Klinefelter's Syndrome
MS39	Osteoarthritis	ND09	Turner's or Noonan's Syndrome
MS40	Bursitis	ND10	Primary Hyperaldosteronism
		ND11	Thyroiditis
		ND12	Diabetes Mellitus

ND13	Pheochromocytoma	OB	<u>Entbindung und Wochenbett</u>
ND14	Acromegaly	OB01	Vaginal Delivery
ND15	Hyperthyroidism	OB02	Delivery, Cesarean Section
ND16	Adrenal Insufficiency	OB03	Pregnancy-Induced Hypertension
ND17	Hypopituitarism	OB04	Spontaneous Abortion
ND18	Hypoglycemia	OB05	Placenta Previa
ND19	Primary Amyloidosis	OB06	Abruptio Placentae
ND70	Malignant Neoplasm of Endocrine System,NEC	OB07	Ectopic Pregnancy
ND71	Benign Neoplasm of Endocrine System,NEC	OB08	Elective Abortion
ND72	Disorders of Endocrine System,NEC	OB09	Obstructed Labor
ND73	Nutritional,Immune,and Metabolic Disorders,NEC	OB10	Antepartum Complications
ND74	Disorder:Fluid,Electrolyte, Acid-Base Balance,NEC	OB70	Disorders and Complications of Pregnancy, NEC
ND90	Malignant Neoplasm: Nonspec Site Endocrine System	OP	<u>Augen</u>
ND91	Benign Neoplasm:Nonspec Site of Endocrine System	OP01	Detachment of the Retina
ND92	Nonspecific Disorders of Endocrine System	OP02	Dacryostenosis or Dacryocystitis
ND94	Nonspecific Nutritional and Metabolic Disorders	OP03	Pterygium
NN	Neugeborene	OP04	Glaucoma
NN01	Trauma to the Newborn During Delivery	OP05	Strabismus
NN02	Sepsis of the Newborn	OP06	Macular Degeneration
NN03	Premature Infant	OP07	Cataract
NN04	Neonatal Distress	OP08	Injury/Lacer Eyelids Peri Area Cornea Co
NN05	Postmaturity	OP09	Blow-Out Fracture of the Orbit
NN06	Full Term Infant with Abnormal Birth Weight	OP10	Retrobulbar Orbital Hemorrhage
NN07	Drug Withdrawal Syndromes In Neonates	OP11	Orbital Foreign Body
NN70	Newborn Infant without Mention of Complication or with Complication Classified Elsewhere	OP12	Contusion of the Globe
NN71	Fetal Malnutrition,NEC	OP13	Radiation Injury to the Eyes
NN72	Neonatal/Perinatal/Congenital Conditions,NEC	OP14	Nonionizing Radiation Injury to the Eyes
NN73	Perinatal Jaundice	OP15	Orbital Cellulitis
NN74	Hematologic Disorders of Newborn,NEC	OP16	Bacterial Keratitis
NN75	Digestive System Disorders of Newborn,NEC	OP17	Bacterial Conjunctivitis
NN90	Unspecified Newborn without Complication	OP18	Endophthalmitis
NN91	Nonspecific Fetal Malnutrition	OP19	Adenovirus Keratitis
NN92	Nonspec Neonatal/Perinatal/Congenital Conditions	OP20	Herpes Virus Ocular Infection
NN93	Nonspecific Hematologic Disorders of Newborn	OP21	Orbital Mucormycosis
NN94	Nonspecific Digestive System Disorders of Newborn	OP22	Fungal Infection of the Eye
NS	<u>Nicht näher bezeichnete übrige Fälle</u>	OP23	Ocular Onchocerciasis
NS90	Nonspecific Malignant Neoplasm	OP24	Acanthamoeba Keratitis
NS91	Benign Neoplasm of Unspecified Site	OP25	Trachoma
NS92	Nonspecific Infectious & Parasitic Diseases	OP26	Ocular Melanoma
NS93	Nonspecific Effects of External Conditions	OP27	Retinoblastoma
NS94	Conditions Related to Nonspecific Surgery & Treatment	OP28	Retinopathy of Prematurity
NS95	Nonspecific Symptoms,Signs,Other Conditions	OP29	Hypovitaminosis A
NS96	Preventive or Administrative Health Encounters	OP30	Chemical Keratoconjunctivitis
		OP70	Disorders of Eye,NEC
		OP71	Benign Neoplasm of Eye,NEC
		OP72	Malignant Neoplasms of Eye,NEC
		OP90	Nonspecific Disorders of Eye
		OP91	Benign Neoplasm: Nonspecific Site of Eye
		OT	<u>Andere</u>
		OT70	Admission For Chemotherapy
		OT71	Malignant Neoplasm of Other Sites,NEC
		OT72	Benign Neoplasm of Other Sites,NEC

OT73 Bacterial Disease Not Staged Elsewhere
 OT74 Viral Diseases Not Staged Elsewhere
 OT75 Other Infectious and Parasitic Diseases Not Staged Elsewhere
 OT76 Effects of External Conditions Not Staged Elsewhere
 OT77 Donor Status
 OT78 General Rehabilitation
 OT79 Conditions Related to Medical Treatment
 OT80 Conditions Related to Surgery or Treatment Not Staged Elsewhere
 OT81 Symptoms, Signs, Other Conditions
 OT82 General Reproductive

PN Peripheres Nervensystem

PN01 Herpes zoster
 PN02 Botulism
 PN03 Guillain-Barre Syndrome
 PN04 Thiamine Deficiency, Beriberi
 PN05 Von Recklinghausen's Disease
 PN06 Parkinson's Disease
 PN07 Amyotrophic Lateral Sclerosis
 PN70 Carpal Tunnel Syndrome
 PN71 Disorders of Peripheral Nervous Sys, NEC
 PN90 Nonspecific Peripheral Nervous Sysm Dis

PS Psychiatrische Krankheiten

PS01 Barbiturates: Abuse Dependence, Overdose
 PS02 Amphetamine: Abuse, Dependence, Overdose
 PS03 Hallucinogen: Abuse, Dependence, Overdose
 PS04 Opioid: Abuse, Dependence, Overdose
 PS05 Tetrahydrocannabinol Abuse or Dependence
 PS06 Cocaine Abuse or Dependence
 PS07 Antisocial Behavior
 PS08 Depression
 PS09 Alcoholism
 PS10 Anorexia Nervosa
 PS11 Anxiety Disorder
 PS12 Bipolar Disorder - Manic Episode
 PS13 Bipolar Disorder-Major Depressive Episod
 PS14 Obsessive-Compulsive Neurosis
 PS15 Schizophrenia
 PS70 Psychoses, NEC
 PS71 Drug Dependence, NEC
 PS72 Neurotic Personality & Nonpsych Dis, NEC
 PS73 Bulimia
 PS90 Nonspec Neurotic Personal & Nonpsych Dis
 PS91 Nonspecific Psychoses
 PS92 Nonspecific Drug Dependence

RN Urologisches System

RN01 Urinary Tract Infections
 RN02 Renal Failure
 RN03 Cancer of the Urinary Bladder
 RN04 Cancer of the Kidneys

RN05 Congenital Defects of Genitourinary Systems
 RN06 Calculus of the Urinary Tract
 RN07 Nephrotic Syndrome
 RN08 Glomerulonephritis, Acute
 RN09 Trauma of the Urinary Tract
 RN10 Bladder Disorders
 RN11 Urethritis
 RN12 Syphilis
 RN13 Lymphogranuloma Venereum
 RN14 Chancroid
 RN15 Congenital Syphilis
 RN70 Malignant Neoplasm of Urinary System, NEC
 RN71 Benign Neoplasm of Urinary System, NEC
 RN72 Conditions Related to Urinary System Treatment
 RN73 Kidney Dialysis and Transplant
 RN74 Disorders of Ureter, NEC
 RN75 Disorders of the Kidney, NEC
 RN76 Disorders of the Urethra, NEC
 RN77 Disorders of the Genitourinary Tract, NEC
 RN90 Malignant Neoplasm: Nonspecific Site Urinary Tract
 RN91 Benign Neoplasm: Nonspec Site of Urinary System
 RN92 Nonspecific Disorders of the Kidney
 RN93 Nonspecific Disorders of the Urinary Tract

RS Atmungsorgane

RS01 Parainfluenza Viral Infection
 RS02 Influenza
 RS03 Rhino, Adeno, Corona, Resp Syncytial Virus
 RS04 Tuberculosis
 RS05 Pulmonary Alveolar Proteinosis
 RS06 Silicosis
 RS07 Byssinosis
 RS08 Berylliosis
 RS09 Radiation Pneumonitis
 RS10 Coal Miner's Pneumoconiosis
 RS11 Asbestosis
 RS12 Hypersensitivity Pneumonitis
 RS13 Chronic Obstructive Pulmonary Disease
 RS14 Bronchial Foreign Body
 RS15 Cancer of Lungs, Bronchi, Mediastinum
 RS16 Pulmonary Embolism
 RS17 Asthma
 RS18 Tracheoesophageal Malformations
 RS19 Cystic Fibrosis
 RS20 Pneumocystis carinii Pneumonia
 RS21 Mycoplasma Pneumonia Infection
 RS30 Bacterial Pneumonia, Other
 RS70 Malignant Neoplasm of Resp System, NEC
 RS71 Benign Neoplasm of Respiratory System, NEC
 RS72 Acute Respiratory Failure/Distress/Insuf
 RS73 Acute Bronchitis and Acute Bronchiolitis
 RS74 Pleurisy

RS75	Chronic Diseases of the Lung,NEC	SY72	Chromosomal,Genetic,Multisystem Anomalies,NEC
RS76	Acute Diseases of the Lung,NEC	SY73	Poisoning from Antidepressants or Benzodiazepines
RS77	Aspiration Pneumonia	SY74	Medicinal or Drug Poisoning Except Antidepressants or Tranquilizers
RS80	Respiratory System Disease,Exc. Upper Respir,NEC	SY75	Toxic Effects of Nonmedicinal Agents
RS81	Conditions Related to Respiratory Syst Treatment	SY76	Radiation Injuries,NEC
RS90	Malig Neopla: Nonspec Site Respiratory System	SY91	Nonspecific Medicinal, Drug or Bio-Substance Poisoning
RS91	Benign Neopl:Nonspec Site Respiratory/Intrathorac	SY92	Toxic Effects of Nonspecific Nonmedicinal Agents
RS92	Nonspecific Acute Disease of the Lung		
RS93	Nonspec Disease:Respiratory System,Exc. Upper Resp	VS	<u>Übriges vaskuläres System</u>
SY	<u>Krankheiten, die mehrere Systeme betreffen</u>	VS01	Periarteritis Nodosa
SY01	Down's Syndrome	VS02	Tibial,Iliac,Femoral, or Popliteal Artery Disease
SY02	Infectious Mononucleosis	VS03	Aneurysm, Thoracic
SY03	Lead Poisoning	VS04	Aneurysm, Abdominal
SY04	Adverse Effects of Salicylates	VS05	Varicose Veins of Lower Extremities
SY05	Cryptococcosis	VS06	Raynaud's Disease
SY06	Adverse Drug Reactions	VS07	Thrombophlebitis
SY07	Aspergillosis	VS08	Thromboangiitis Obliterans
SY08	Histoplasmosis	VS70	Diseases of Pulmonary Circulation,NEC
SY09	Coccidioidomycosis	VS71	Diseases of the Aorta,NEC
SY10	Measles or Rubeola	VS72	Disease: Arteries, Arterioles,& Capillaries, NEC
SY11	Coxsackie and ECHO Infections	VS73	Disease: Veins,Lymphatic & Circulatory System,NEC
SY12	Cytomegalic Viral Disease	VS74	Congenital Anomaly:Circulatory Syst,Exc Heart,NEC
SY13	Listeriosis	VS80	Condition Related to Circulatory Therapy, Exc Hrt
SY14	Sarcoidosis	VS90	Nonspecific Diseases of Pulmonary Circulation
SY15	Chlamydial Infection	VS91	Nonspec Disease:Arteries,Arterioles,& Capillaries
SY16	German Measles,Rubella	VS92	Nonspecific Diseases of Veins,Lymphatics and Circulatory System
SY17	Alpha-1-Antitrypsin Deficiency		
SY18	Schistosomiasis		
SY19	Essential Hypertension		
SY20	Metastatic Malignancies with Unstated Primary		
SY70	Hypotension		
SY71	Secondary Hypertension		

6 Kontaktadressen

6.1 Ausländische Patientenklassifikationssysteme

6.1.1 Diagnosis Related Groups (DRG; S. 179)

*HCFA-DRG,
AP-DRG,
APR-DRG*

U.S.A.: Richard F. Averill, 3M Health Information Systems, 3M Health Care, 100 Barnes Road. P.O. Box 5007, Wallingford CT 06492.

Tel: +1 203 949 0303. Fax: +1 203 949 6331.

Europa: Marc Lippens, 3M Belgien, Health Information Systems, Hermeslaan 7, B-1731 Diegem. Tel: +32 2 722 5417. Fax: +32 2 722 5022.

Schweiz: Philipp Hayoz, 3M Schweiz, Eggstr. 96, CH-8803 Rüslikon. Tel: 01 724 9074.

RDRG

Karen C. Schneider, Health Systems Consultants Inc., 340 Whitney Avenue, New Haven CT 06511. Tel: +1 203 785 0650.

Fax: +1 203 787 5496.

6.1.2 Patient Management Categories (PMC; S. 211)

The Pittsburgh Health Research Institute (PHRI), Duquesne University, Mendahl Hall, Pittsburgh PA 15282, U.S.A. Tel: +1 412 396 4500.

Fax: +1 412 396 4519. E-mail: info@phri.informed.net.

Personen:

- MD Dr. Sean McLinden, Director.
- Dottie Joyce, Responsible for Research. Tel: +1 412 396 4502.
- Robert N. Sughrue, Director of Finance and Operations.
Tel: +1 412 396 4501.

6.1.3 Disease Staging (D.S.; S. 231)

Prof. Joseph Gonella, Senior Vice President and Dean, Thomas Jefferson University, Jefferson Medical College, 1025 Walnutstreet, Philadelphia PA 19017.

Prof. Daniel Z. Louis, Managing Director, Center for Research in Medical Education and Health Care, Jefferson Medical College, 1025 Walnutstreet (Room 119), Philadelphia PA 19017. Tel: +1 215 955 8907. Fax: +1 215 923 6939. E-mail: louis@jeflin.tju.edu.

Verkauf: Frank Condurelis, Senior Vice President, Sales & Services, Inforum Inc., 424 Church Street, Suite 2600, Nashville TN 37219.
Tel: +1 615 742 8844 / +1 800 829 0600. Fax: +1 615 742 0908.

6.1.4 Fallgruppen/Fallpauschalen (S. 257)

Bundesministerium für Gesundheit, Hauptgebäude, Am Propsthof 78a, D-53108 Bonn.

6.1.5 Leistungsorientierte Diagnose-Fallgruppen (LDF; S. 265)

Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz (BMGK),
Strukturkommission, Radetzkystrasse 2, A-1031 Wien.
Tel: 0043 1 711 72 4700. Fax: 0043 1 715 8118.
Internet: <http://www.bmg.gv.at/bmg/> .

6.1.6 Health Benefit Groups und Health Resource Groups (HBG + HRG; S. 275)

Dr. Hugh Sanderson, Director, National Casemix Office, Highcroft, Romsey Road, Winchester SO22 5DH. Tel: +44 1962 844 588.
Fax: +44 1962 844 711.

6.1.7 Patient Related Groups (PRG; S. 289)

Dr. Hong Fung, Senior Executive Manager, Hospital Authority, 25/F World Trade Centre, 280 Gloucester Road, Hongkong.
Tel: +852 2805 6305. Fax: +852 2881 8058. E-mail: fungh@ha.org.hk.

6.1.8 RAI/RUG (S. 329)

Prof. Brant E. Fries, Institute of Gerontology, University of Michigan, 300 North Ingalls, Ann Arbor, Michigan 48109-2007.
Dr. med. R. Gilgen, Stadtspital Waid, Klinik für Geriatrie und Rehabilitation, Tièchestr. 99, CH-8037 Zürich. Tel: 01 3662 211. Fax: 01 366 2181.

6.1.9 FIM und FIM-FRG

(1) FIM (S. 124)

Prof. Carl V. Granger, Center of Functional Assessment Research, Department of Rehabilitation Medicine, State University of New York at Buffalo, 82 Farber Hall, SUNY South Campus, Buffalo NY 14214.

Dr. med. Mark Mäder, Chefarzt Rehabilitationszentrum Basel REHAB, Burgfelderhof 40, 4055 Basel. Tel: 061 326 7777 . Fax: 061 321 0104.

(2) FIM-FRG (S. 335)

Prof. Margaret G. Stineman, Department of Rehabilitation Medicine, University of Pennsylvania, 101 Ralston-Penn Center, 3615 Chestnut Street, Philadelphia PA 19104-2676.

6.2 Schweizer PCS-Projekte

6.2.1 PCS-KSA (S. 285)

Herr Erwin Rieben, Patientenadministration, Kantonsspital Aarau, CH-5001 Aarau.

Tel: 062 838 4004. Fax: 062 838 6745.

Dr. med. H.P. Müller, Kantonsspital Aarau, CH-5001 Aarau.

Tel: 062 838 4577. Fax: 062 838 6745.

Frau Osr. O. Bernd, Chirurgie, Kantonsspital Aarau, CH-5001 Aarau.

Tel: 062 838 4544. Fax: 062 838 4981.

6.2.2 TAR (S. 336)

Dr. Ludwig Bapst, Zentralstelle für Medizinaltarife UVG, Postfach 4358, CH-6002 Luzern. Tel: 041 419 5843. Fax: 041 419 5704.

Dr. med. J. Blanco Chefarzt Rehabilitationsklinik, CH-8588 Zihlschlacht.

Tel: 071 424 3333. Fax: 071 424 3434.

Dr. med. F.M. Conti, Bethesda, Klinik für Epilepsie und Neurorehabilitation, CH-3233 Tschugg. Tel: 032 338 0111. Fax: 032 338 0101.

Dr. med. Mark Mäder, Chefarzt Rehabilitationszentrum Basel REHAB, Burgfelderhof 40, 4055 Basel. Tel: 061 326 7777. Fax: 061 321 0104.

Dr. med. Peter Zangger, Rehabilitationsklinik der SUVA, CH-5454 Bellikon.

Tel: 056 485 5111. Fax: 056 485 5444.

6.2.3 NPKS-Studie (S. 338)

Prof. Werner Popp, Institut für internationales Innovationsmanagement,
Sennweg 2, CH-3012 Bern. Tel: 031 641 8041. Fax: 031 631 4991.

Frau Dr. med. R. Cerny-Provaznikova, Nervenkrankenhaus des Bezirks
Oberfranken, Nordring 2, D-95445 Bayreuth. Tel: +49 921 283 325.
Fax: +49 921 283 326.

6.3 Basisdaten Psychiatrie

6.3.1 Grundmodul Psychiatrie (S. 155)

Dr. Urs Fromm, externer Psychiatrischer Dienst des Kt. Aargau, Brugg.

6.3.2 Basisdokumentation für psychiatrische PatientInnen im Kanton Basel-Stadt (S. 157)

Prof. Dr. med. Ursula Ackermann-Liebrich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der
Universität Basel, Steinengraben 49, CH-4051 Basel.

Dr. med. Philipp Eich, Psychiatrische Universitätsklinik, Wilhelm-Klein-Str. 27,
CH-4056 Basel.

Dr. med. Christian Fäh, Kinder- und Jugendpsychiatrische Universitätsklinik und -
poliklinik Basel, Schaffhauser Rheinweg 55, CH-4058 Basel.

Lic. phil. Jacqueline Frossard, Freiprakt. Psychotherapeutin FSP, Spalentorweg 12,
CH-4058 Basel.

Dr. med. Reinhard Kaiser, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität
Basel, Steinengraben 49, CH-4051 Basel. Tel: 061 267 6066.
Fax: 061 267 6190. E-mail: kaiserr@ubaclu.unibas.ch.

Theol. J. Merz, Tageszentrum PSAG, Wettsteinallee 42, CH-4058 Basel.

Dipl. Psych. Ruth Müllejans, Psychiatrische Universitätspoliklinik, Zweigstelle
Claragraben, Claragraben 95, CH-4058 Basel.

6.3.3 Die psychiatrische Basisdokumentation (BADO; S. 159)

Dr. Clemens Cording, Stv. Ärztlicher Direktor, Bezirkskrankenhaus, D-93042
Regensburg. Tel: +49 941 941 1007. Fax: +49 941 941 1009.

6.4 Codierungssysteme der Pflege

6.4.1 LEP (S. 252)

U. Bamert, Pflegedienstleitung, Fachstelle LEP, Kantonsspital,
CH-9007 St. Gallen. Tel: 071 494 2464.

S. Trachsel-Schumacher, Fachstelle LEP, Universitätsspital, CH-8091 Zürich.
Tel: 01 255 2088.

6.4.2 PRN (S. 253)

Prof. Charles Tilquin, EROS – Equipe de Recherche Opérationnelle en Santé.
Dep. Administration Santé. Université de Montreal.
C.P. 6128 Succursale A. Montreal H3C 3J7 Québec. Canada.
Tel: +1 514 343 5973. Fax: +1 514 343 2448.
E-mail: tilquin@ere.umontreal.ca.

Jean-Daniel Henchoz, Dépt. des Soins Infirmiers, Hôpital Cantonal
Universitaire, CH-1211 Genève 14. Tel: 022 372 7425.
Fax: 022 372 6100.

Anne Berthou, ISP, Rue du Bugnon 21, CH-1005 Lausanne. Tel: 021 314 7400.
Fax: 021 3147404. E-mail: anne.berthou@hospvd.ch.

6.4.3 NMDS (S. 167)

André Assimacopoulos, Hôpitaux Universitaires de Genève, Belle-Idée, Unité
d'information médico-économique, Chemin du Petit-Bel-Air 2,
CH-1225 Chêne bourg. Tel: 022 305 4071. Fax: 022 305 4162.
E-mail: assimaco@diogenes.hcuge.ch.

Patrick Weber, CH-1414 Rueyres. Tel: 021 887 6030. Fax: 021 887 60 32.
E-mail: 100645.1154@compuserve.com.

6.4.4 ICNP / ACENDIO (S. 127)

Randi Mortensen, Danish Institute of Health and Nursing Research,
Fensmarkgade 3, DK-2200 Kopenhagen, Dänemark.
Tel: +45 31 394 066. Fax: +45 31 390 331.

Weltbund der Krankenschwestern und Krankenpfleger (International Council of
Nurses), 3 Place Jean-Marteau, CH-1201 Genf. Tel: 022 731 2960.
Fax: 022 738 1036.

6.4.5 NIC (S. 136)

Center for Nursing Classification, Nursing Interventions Classification (NIC),
Nursing Building, Room 305, College of Nursing, The University of
Iowa, Iowa City, IA 52242-1121. Tel: +1 319 335 7051.
Fax: +1 319 335 990. E-mail: william-donahue@uiowa.edu.

PROJEKT PFLEGEKlassifikation SCHWEIZ

Rudolf Widmer, Stv. Pflegedienstleiter, Psychiatrische Klinik,
CH-3110 Münsingen. Tel: 031 720 8111. Fax 031 720 8800.
E-mail: widmerr@smb.sams.ch.

Paul Baartmans, Kaderschule für Krankenpflege, Mühlemattstr. 42,
CH-5001 Aarau. Tel: 062 837 5858. Fax: 062 837 5860.

Regula Ricka, Leiterin Ressort Entwicklung+Projekte, Kaderschule für
Krankenpflege, Mühlemattstr. 42, CH-5001 Aarau.
Tel: 062 837 5858. Fax: 062 837 5860.

6.4.6 Omaha-System (S. 130)

Karen S. Martin, The Visiting Nurse Association of Omaha,
10840 Harney Street, Omaha NE 68154.

6.4.7 HHCC (S. 127)

Prof. Virginia K. Saba, Clinical Associate Professor, Georgetown University,
School of Nursing, 3700 Reservoir Road NW,
Washington DC 20007-1069. Tel: +1 202 687 4647.
Fax: +1 202 687 5553.
E-mail: vsaba@gumedlib.dml.georgetown.edu.

7 Literaturverzeichnis

- 3M Health Information Systems (APR-DRG/12.0). All Patient Refined Diagnosis Related Groups (APR-DRGs), Version 12.0 – Definitions Manual. Wallingford 1995 (3M-HIS).
- 3M Health Information Systems (HCFA-DRG/10.0). DRG Definition Manual, Prototype CD-ROM Version, 1994 (3M-HIS).
- ADIES: Dept. statistique [Hrsg.] (CAREMS). Conférence sur l'allocation de ressources aux EMS et divisions C des hôpitaux vaudois. Project CAREMS. Prilly 1993.
- Anthony P, McGuire T, Bender J (HRG1+). The Refinement of Healthcare Resource Groups. In: 9th International PCS/E Working Conference, Proceedings Vol I, München 1993:10-6.
- APA: American Psychiatric Association (DSM-IV). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV™ – 4th ed. Washington 1994 (APA): 886 S.
- Ashcraft MLF, Fries BE, Nerenz DR, Facon SP, Srivastav SV, Lee CY, Berki SE, Erer P (PPC). A Psychiatric Patient Classification System - An Alternative to Diagnosis-Related Groups. In: Medical Care 1989(27)5:543-57.
- Averill R (DRG/Evolution). The Evolution of Case Mix Measurement Using DRGs: Past, Present and Future. Wallingford 1994 (3M Health Information Systems); AIM-Conference, Bruxelles June 1994.
- Averill RF (DRG/Evol+Use). The Evolution and Current Use of Casemix Measurement Using DRGs. In: Proceedings of the 11th PCS/E International Working Conference. Oslo, 1995:30-42.
- Averill R (DRG+Related Systems). Organisation of Data Collection and Analysis Using DRGs in USA. In: Roger France FH, Laires M [Eds.]. Communication of Health Care Resource Management Data in Europe. Recommendations of the Limelette Conference 1992. Bruxelles 1994 (Commission of the EU, XIII C-4: Telematics applied to healthcare):101-18.
- Bamert U, Maeder C (PAMS). Pflegeaufwand Mess-System PAMS – Ein Handbuch für die Leistungserfassung in der Krankenpflege im Akutspital. St. Gallen 1994 (Leitung Pflegedienst KSSG):80 S.
- Bates T (PMC/Eval). Evaluation of Patient Management Categories [PMCs] on English Data. A Report to the National Case Mix Office, NHSME. London 1992 (NCMO): 115 S.
- Bender JA, McGuire TE (L3H3). A focused look at the L3H3 exception policy. In: Proceedings of the 11th PCS/E International Working Conference. Oslo, 1995:266-77.
- BFS-CH: Bundesamt für Statistik (CHOP-2). Schweizerische Operationsklassifikation (ICD-9-CM, Volume 3). Ausgabe 1, 1996. Aarau 1996 (VESKA Verlag): 273 S.
- BFS-CH: Bundesamt für Statistik (Detailkonzept). Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens. Detailkonzept. 18.4.96 (BFS, Sektion Gesundheit):61 S + Anhänge 1 (Erhebungen bei den Krankenhäusern, betriebliche Daten), 2 (Medizinische Statistik der Krankenhäuser), 4 (Erhebungen bei den sozialmedizinischen Institutionen, betriebliche Daten).
- BMGK-A: Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz (ICD-9 BMGK 97). Diagnoseschlüssel ICD-9 BMGK 1997, nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten der WHO (ICD), 9. Revision. Wien 1996 (BMGK).
- BMGK-A: Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz (Leistungskatalog 97). Leistungskatalog BMGK 1997. Wien 1996 (BMGK).
- BMGK-A: Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz (LKF97). Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung – LKF – Systembeschreibung. Wien 1996 (BMGK).
- BMGK-A: Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz (LKF97/Programm). LKF'97 – Scoring Version 1.0. Wien 1996 (BMGK).
- Bolla F (AP-DRG/Test). Preliminary experience with AP-DRGs at Geneva University Hospital. In: Proceedings of the 11th PCS/E International Working Conference. Oslo, 1995:64-71.
- Bosing-Schwenkglens M, Swoboda A, Blumenstock G (Codierungsqualität). Qualität der Diagnostikcodierung am Beispiel von drei ausgewählten Fachabteilungen des Universitätsklinikums Tübingen. In: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus 1996(13)6:593-7.
- Bowling A (Gesundheitsmasse). Measuring Health: A Review of Quality of Life Measurement Scales. Milton Keynes, Philadelphia 1991 (Open University Press): 200 S.
- Brand S, Streubelt M, Expertengruppe für Krankenpflege (PPR). Pflegepersonalregelung. Stuttgart Jena New York 1993 (Gustav Fischer): 168 S.
- Breyer F, Paffrath D (Kostenpreise). Kostenpreise und fallbezogene Leistungsentgelte - Lehren aus einer WIdO-Studie. In: Neubauer/Sieben (Entgeltverfahren):449-81.

- Bundesminister für Gesundheit-BRD [Hrsg.] (Diagnosenstatistik): Arbeitsgemeinschaft Diagnosenstatistik (Diekmann F, Ehlers CT, Eichhorn S, Kolodzig C und weitere). Diagnosenstatistik - Einsatz im Krankenhaus und für Pflegesatzverhandlungen. Baden-Baden 1992 (Nomos): 243 S.
- Buschor E (Modelle). Organisationsmodelle für ein wirksameres öffentliches Gesundheitswesen. Zürich 1994 (Direktion des Gesundheitswesens und der Fürsorge des Kantons Zürich): 79 S.
- CAMIREMA (Handbook/1.0). The Camirema Handbook CD-ROM, Version 1.0. Leiden 1995 (Bazis).
- Casas M, Tomàs R, Varela J, Morales A, Ramos J (CAMISE). Key Note Address: The European CAMISE Project: Hospital Use, Case-Mix and Severity. In: Proceedings of the 10th PCS/E International Working Conference. Budapest, 1994:92-9.
- Casas M, Wiley MM (DRG/EU). Diagnosis Related Groups in Europe. Uses and Perspectives. Berlin u.w. 1993 (Springer): 207 S.
- Casas M, Tomàs R, Varela J (PCS). Patient Classification Systems, Which One? In: 9th International PCS/E Working Conference, Proceedings Vol I, München 1993:1-9.
- Charbonneau C, Ostrowski C, Poehner ET, Lindsay P, Panniers TL, Houghton P, Albright J (DS/PMC/DRG). Validity and Reliability Issues in Alternative Patient Classification Systems. In: Medical Care 1988(26)8:800-13.
- C International Ltd (HBG/Feasibility). C International Management Consultants. A Feasibility Study to Develop a Care Classification Matrix for National Case Mix Office. Feb. 1994 (NCMO; unveröffentlicht).
- Clark J, Lang N (ICNP). Nursing's Next Advance: An International Classification of Nursing Practice. In: International Nursing Review 1992(39)4:109-12.
- Commonwealth of Australia (AN-DRG). Australian National - Diagnosis Related Groups. Report on the Development of the Third Version of the AN-DRG Classification. Canberra 1994 (Commonwealth Department of Human Services and Health): 391 S.
- Commonwealth of Australia (CM Conference 95). The Seventh Casemix Conference in Australia "Managing Better with Casemix". Conference Proceedings. Adelaide 1995 (Commonwealth Department of Human Services and Health): 265 S.
- Cording C (BADO+Qualität). Basisdokumentation als Grundlage qualitätssichernder Massnahmen. In: Berg M, Gaebel W [Hrsg.]. Qualitätssicherung in der Psychiatrie. Tropon Symposium, Band XI. Berlin Heidelberg 1996 (Springer):33-51.
- Cording C, Gaebel W, Spengler A, Stieglitz RD, Geiselhart H, John U, Netzold DW, Schönell H (BADO95). Die neue psychiatrische Basisdokumentation. Eine Empfehlung der DGPPN zur Qualitätssicherung im (teil-)stationären Bereich. In: Spektrum 1995/(24)1:3-41.
- Cerny-Provaznikova R, Popp W, Sinz H, Tran-Ngoc-An (NPKS-Studie). "Neues Patientenklassifikationssystem" (NPKS) in der "Klinik SVK für neurologische Rehabilitation". Universität Bern 1995 (unveröffentlichtes Manuskript).
- Daley J (RiskAdj/Validity). Validity of Risk-Adjustment Methods. In: Iezzoni (RiskAdj):239-62.
- Delaney C, Mehmert PA, Prophet C, Bellinger SLR, Gardner Huber D, Ellerbe S (Nursing Language). Standardized Nursing Language for Healthcare Information Systems. In: Journal of Medical Systems 1992(16)4:145-59.
- Delaney C, Moorhead S (NMDS+quality). The Nursing Minimum Data Set, Standardized Language, and Health Care Quality. In: Journal of Nursing Care Quality 1995(10)1:16-30.
- Delesie L, Croes L, Sermeus W, Tanghe A, Vanden Boer G, Vanlanduyt J (NMDS). A Nursing Minimum Data Set in Production. In: ? 1991:819-23.
- Depelteau D (Finanzierung VD). Krankenhausfinanzierung nach Kosten pro Krankheitsgruppe und Situation im Kanton Waadt. In: PCS-News 1995/19/April:12-9.
- Depelteau D (Financement VD). Financement des hôpitaux par le coût des pathologies en Suisse (Vd). In: Financement des hôpitaux basé sur le coût des pathologies en Europe, Journée du 17 janvier 1995, Centre hospitalier intercommunal de Creteil.
- DIMDI (ICD-9/Bsp). Basiswissen ICD-9 für Morbiditätsstatistiken, mit Übungen. Bearbeitet von Berg-Schorn E. Köln 1989 (Kohlhammer): 69 S.
- DIMDI (ICD-10/I) [Hrsg.]. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Band 1 - Systematisches Verzeichnis. Bern Göttingen Toronto Seattle 1994 (Huber): 1329 S.
- DIMDI (ICD-10/II) [Hrsg.]. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Band II - Regelwerk. Herne (KHDV): 215 S.

- DIMDI (ICD-10/III) [Hrsg.]. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Band III – Alphabetisches Verzeichnis, Version 1.0 – Stand Oktober 1995. Köln 1996 (Deutscher Ärzteverlag): 1219 S.
- Dilling H, Siebel U (ICIDH+Psychiatrie). Kommentierung der ICIDH aus psychiatrisch-rehabilitativer Sicht. In: WHO (ICIDH):143-52.
- Doenges ME, Moorhouse MF (Pflege-diagnosen). Pflege-diagnosen und Massnahmen. 2., ergänzte Auflage, Bern Göttingen Toronto Seattle 1994 (Huber): 536 S.
- Eggl Y, Paccaud F (Pertinence). Pertinence des critères de partition de l'arbre de classification des DRG. IUMSP Cahier 42, Lausanne 1989: 62 S.
- Eggl Y, Grimm R, Paccaud F (VESKA→ICD-9-CM). Transcodage des codes opératoires et diagnostiques VESKA (Version 1979) en codes ICD-9-CM. Lausanne 1987 (IUMSP Cahier 14).
- Eichhorn S, Neubauer G; Baugut G, Philippi M, Rehmann P (Leitfaden FP+SE). Leitfaden zur Einführung von Fallpauschalen und Sonderentgelten gemäss Bundespflegegesetzverordnung 1995. Datenbedarf, Kalkulationsgrundlagen, Abrechnungsmodalitäten, Kostenausgliederung. Baden-Baden 1995 (Nomos): 210 S.
- EROS: Equipe de Recherche Opérationnelle en Santé (MAC11). MAC11 - Guide pour la classification des personnes dépendantes vivant en institution. Montréal 1991 (EROS).
- EROS: Equipe de Recherche Opérationnelle en Santé (PLAISIR). PLAISIR 93 - Profil bio-psycho-social des clients de soins prolongés et planification des soins infirmiers requis. Manuel de référence. Montréal 1992 (EROS).
- EROS: Equipe de Recherche Opérationnelle en Santé (PRN). Le système PRN de mesure de l'intensité des soins infirmiers requis ou donnés au patient. Montréal Bruxelles Paris Barcelone Florence Milan 1994 (EROS).
- EROS: Equipe de Recherche Opérationnelle en Santé (PRN87/d). Das PRN-System zur Messung des zeitlichen Pflegeaufwandes. Die Messung der erforderlichen Pflege-tätigkeiten für einen Patienten für eine Periode von vierundzwanzig Stunden. 5. überarbeitete Ausgabe, aus dem Französischen übersetzt von Knecht S. Montréal 1995 [1987].
- Evers GCM, Regeer L [Hrsg.] (ACENDIO/95). Abstracts – 2nd European Conference on Nursing Diagnoses and Interventions. Brüssel 1995 (ACENDIO, Universität Leuven, LEO Nursing Management).
- Fekete A (Typologie). Typologie des patients hospitalisés. Lausanne 1996 (unveröffentlicht).
- Fekete A, Beroud C, Eggl Y (GPH). Groupes de patients hospitalisés. Regroupement de DRG pour les hôpitaux de zone vaudois. IUMSP Cahier 68, Prilly 1991 (ADIES): 20 S.
- Fetter RB, Brand A, Dianne G [Hrsg.] (DRG). DRGs, Their Design and Development. Ann Arbor 1991 (Health Administration Press): 341 S.
- Fischer W (Fallpauschalen). Risikogerechte Vereinbarung von Fallpauschalen. In: Schweizer Spital 1995/4:25-9.
- Fischer W (Leistungsmessung). Möglichkeiten der Leistungsmessung in Krankenhäusern. Überlegungen zur Neugestaltung der Krankenhausstatistik. Bern 1994 (BSV: Beiträge zur sozialen Sicherheit: Forschungsbericht Nr. 1/94): 200 S.
- Fischer W (MDS). Vorschlag zur Struktur von minimalen Datenschnittstellen für die bedarfsgerechte Führung von Unternehmen des Gesundheitswesens. In: Abstracts der 10. Jahrestagung der SGMI (Schweizerischen Gesellschaft für Medizinische Informatik), Genf 1995:81-84.
- Fischer W (PCS-Concepts). PCS Construction – Some Ideas About Concepts and Instrument from an International Perspective. Beitrag zum: National Casemix Office International Workshop, London 15./16. April 1996.
- Fischer W (PCS/Pflege). Leistungserfassung und Patientenkategorisierung in der Pflege: Ein Überblick. Aarau 1995 (VESKA): 124 S.
- Fischer W (PCS+Qualität). Sind Patientenkategorisierungssysteme zur Qualitätsbeurteilung und -förderung verwendbar? Script zum Vortrag gehalten am Kongress der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft PCS mit dem Thema: 'PCS und Qualität: Welche Lösungen?' in Lugano, 16.9.94. 25 S.
- Fischer W (PCS-Types). PCS and Casemix Types. In: Proceedings of the 11th PCS/E International Working Conference. Oslo, 1995:50-7.
- Fischer W (PCS/Vers). Patientenkategorisierungssysteme: Wie kann der Versicherer sie nutzen? In: SKZ 1.11.1992/21:300-1.
- Fischer W (PMC). PMC - Patient Management Categories - eine Alternative zu den DRG? In: SVS-Bulletin 1993(10):1:33-40.

- Fischer W (RME). Das Kennzahlensystem des RME: Eine Hilfe bei der Überprüfung der Angemessenheit der Fallkosten. In: SVS-Bulletin 1993(10)3:25-29.
- Freeman JL, Fetter RB, Park H, Schneider KC, Lichtenstein JL, Hughes JS, Bauman WA, Duncan CC, Freeman DH, Palmer GR (RDRG). Diagnosis-Related Group Refinement with Diagnosis- and Procedure-Specific Comorbidities and Complications. In: Medical Care 1995(33)8:806-27.
- Fries BE, Nerenz DR, Falcon SP, Ashcraft MLF, Lee CZ (LPPC). A Classification System for Long-Staying Psychiatric Patients. In: Medical Care 1990(28)4:311-23.
- Fries BE, Mehr DR, Scheider P, Foley WJ, Burke R (RUG-III). Mental Dysfunction and Resource Use in Nursing Homes. In: Medical Care 1993(31)10:898-920.
- Fromm U (MedStatCH/Psy). Gesamtschweizerische Medizinische Statistik der psychiatrischen Institutionen. In: Bulletin SGMI-SSIM 1996(1)1/April:4-5.
- Frommelt P, de Langen EG (ICIDH + FIM). ICIDH und Funktionaler Selbständigkeitsindex (FIM). In: WHO (ICIDH):125-42.
- Frutiger P, Fessler JM (Gestion). La gestion hospitalière médicalisée, Paris 1991 (ESF): 570 S.
- Fung H, Chisholm K, Ip S, Chow B, Fok G, Tse N (PRG). Developing an Outcome Oriented Case-Mix System: The Hong Kong Approach. In: Proceedings of the 11th PCS/E International Working Conference. Oslo, 1995:200-5.
- Garin C (Neue Codes CH). Die Klassifikationen der Krankheiten und der operativen Eingriffe. Aarau Lausanne 1995 (GCI: Groupe de concertation intercantonal sur les objectifs de la politique sanitaire, Arbeitsgruppe «Statistik»; IFG; BFS): 16 S.
- Gaugg H, Embacher G (LKF/Info95). Projekt Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung. Informationsbroschüre des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds. Wien 1995 (KRAZAF): 24 S.
- Gerber P, Wicki O (Stadien). Stadien und Einteilungen in der Medizin. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage Stuttgart New York 1995 (Thieme): 312 S.
- Gonella JS, Hornbrook MC, Louis DZ (DS). Staging of Disease. A Case-Mix Measurement. In: JAMA 1984(251)5:637-644.
- Gonella JS, Louis DZ, Marvin EG (DS/ClinCrit). Disease Staging: Clinical Criteria. Forth Edition, Ann Arbor 1994 (MEDSTAT Systems): 834 S.
- Gordon M (Pflegethesen). Handbuch Pflegethesen. Einschliesslich aller von der Nordamerikanischen Pflegethesenvereinigung (NANDA) anerkannten Pflegethesen. Berlin Wiesbaden 1994 [1992] (Mosby):387 S.
- Granger CV, Brownschidle CM (FIM). Outcome Measurement in Medical Rehabilitation. In: International Journal of Technology Assessment in Health Care 1995(11)2:262-8.
- Granger CV, Hamilton BB, Linacre JM, Heinemann AW, Wright BD (FIM/Profiles). Performance Profiles of the Functional Independence Measure. Am J Phys Med Rehabil 1993(72):84-9.
- Granger CV, Ottenbacher KJ, Fiedler RC (UDSmr/93). The Uniform Data System for Medical Rehabilitation. Report of First Admissions for 1993. In: American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation 1995(74)1:62-6.
- Graubner B (Codes). Wesentliche Klassifikationen für die klinische Dokumentation. In: Köhler CO [Hrsg.]. Medizinische Dokumentation und Information. 13. Ergänzungslieferung, Landsberg/Lech 1993 (ecomed):161-207.
- Graubner B (Codes für D). Wesentliche Klassifikationen für die klinische Dokumentation in Deutschland und ihr Entwicklungsstand. In: WHO (ICIDH):42-69.
- Grimm R, Egli Y, Koehn V (VESKA + DRG). Programmes informatiques permettant l'adaptation des DRG aux statistiques médicales VESKA. Lausanne 1988 (IUMSP Cahier 25).
- Grimm R, Egli Y, Paccaud F (Grouper). Adaptation du "Grouper" aux statistiques médicales VESKA (1980-1986). Lausanne 1987 (IUMSP Cahier 22).
- Güntert BJ, Maeder C (SEP). Ein System zur Erfassung des Pflegeaufwandes. Darstellung der Methode SEP des Universitätsspitals Zürich. Muri 1994 (Schriftenreihe SGGP 37): 129 S.
- H+ Die Spitäler der Schweiz (Kostenträgerrechnung/HB1). H+-Handbuch Krankenhaus-Kostenträgerrechnung. Teil I: Berechnung der Kosten pro Patient. Aarau 1996, 0-Version (H+).
- Hartung J, Elpelt B, Klösener KH (Statistik). Statistik. Lehr- und Handbuch der angewandten Statistik. 9. Auflage, München Wien 1993 (Oldenbourg): 975 S.
- Heimverband Schweiz (BESA). BESA Bewohnerinnen-Einstufungs- und Abrechnungssystem. 2. Auflage 1996 (Heimverband Schweiz): 49 S.
- Hellmeier W, Brand H, Laaser U (Methoden). Epidemiologische Methoden der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann/Laaser (Gesundheitswissenschaften):91-110.

- Henchoz JD, Raë AC (PRN/CH). Implantation d'un système de mesure de la charge en soins infirmiers dans deux hôpitaux universitaires. In: Actes des 5ièmes Journées Francophones d'Informatique Médicale (Dossier Patient, Codage et Langages Médicaux), Genève 1994:188-93.
- Holler G (Fallkosten/A). Das Fallkostensystem – der Stand der Diskussionen in Österreich. In: Theurl/Dézszy (KH-Finanzierung):23-40.
- Horgan C, Jencks SF (PCS/Psy). Research on Psychiatric Classification and Payment Systems. In: Medical Care, 1987(25)9:S22-S36.
- Horn SD, Gassaway JV, Horn RA (CSI). CSI: Computerized Severity Index: It's Uses and Application. In: PCS-News 1992/9/Okt:3-9+20.
- Hornbrook MC (PCS/Framework). Hospital Case Mix: Its Definition, Measurement and Use: Part I. The Conceptual Framework. In: Med Car Rev 1982(39)1:1-43.
- Hornbrook MC (PCS/Measures). Hospital Case Mix: Its Definition, Measurement and Use: Part II. Review of Alternative Measures. In: Med Car Rev 1982(39):73-123.
- Huber F [Hrsg.] (Qualität/Geriatrie). Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle in der Geriatrie. Die ärztliche Betreuung von geriatrischen LangzeitpatientInnen in Kranken- und Pflegeheimen. Aktive Alterspolitik in der Gemeinde. Verhandlungsbericht der interdisziplinären Regionaltagung der Schweizerischen Gesellschaft für Gerontologie (SSG), Basel 1. und 2.12.94.
- Hughes JS, Ash AS (RiskAdj/Reliability). Reliability of Risk-Adjustment Methods. In: Iezzoni (RiskAdj):263-86.
- Hurrelmann K, Laaser U [Hrsg.] (Gesundheitswissenschaften). Gesundheitswissenschaften - Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim Basel 1993 (Beltz): 449 S.
- ICD-9/IA. Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD), 9. Revision, Band I Teil A: Systematisches Verzeichnis. Köln 1986 (Kohlhammer); 2. überarbeitete Auflage 1.1.93: 762 S.
- ICD-9/IB. Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD), 9. Revision, Band I Teil B: Zusätzliche Systematiken und Klassifizierungsregeln. Köln 1987 (Kohlhammer): 296 S.
- ICD-9/II. Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD), 9. Revision, Band II: Alphabetisches Verzeichnis. Köln 1986 (Kohlhammer); 2. überarbeitete Auflage 1.1.93: 730 S.
- ICD-9-CM/1996. International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification, Fourth Edition, 1996. Hospital Edition Volumes 1,2 & 3. Los Angeles 1995 (PMIC): 1681 S.
- Iezzoni LI, Daley J (CSI). A Description and Clinical Assessment of the Computerized Severity Index. In: Quality Review Bulletin 1992(18)2:44-52 und PCS-News 1992/9/Okt:10-20.
- Iezzoni LI [Hrsg.] (RiskAdj). Risk Adjustment for Measuring Health Care Outcomes. Ann Arbor 1994 (Health Administration Press): 423 S.
- IfG, Arbeitsgruppe "Dotation en personnel" unter Leitung von Anne Berthou (Pflegeaufwandmessung). Instrumente zur Messung des Pflegeaufwandes in Altersheimen und Akutspitalern. Aarau 1995 (IfG/ISP): 141 S.
- Ivarsson B, Arnlin M, Lindmark J (CHAINE/Report95). CHAINE (Comprehensive Hospital and Ambulatory Care Information Networking for Episodes Linkage). An initiative worked out by a European work group for preparing a proposal to the Telematics programme of the EU 4th Framework - progress report. In: CAMIREMA (Handbook/1.0):pcse/oslo/sess9.doc.
- Jencks SF, Horgan C, Goldman HH, Taube CA (PPS/Psy). Bringing Excluded Psychiatric Facilities Under the Medicare Prospective Payment System. A Review of Research Evidence and Policy Options. In: Medical Care, 1987(25)9:S1-S51.
- Johnson M, Maas M [Hrsg.] (NOC). Nursing Outcomes Classification (NOC). St. Louis 1997 (Mosby-Year Book; in Vorbereitung).
- Juchli L (Pflege). Krankenpflege. Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege. 7. neubearbeitete Auflage Stuttgart New York 1994 (Thieme): 1216 S.
- Kanton ZH (Kostenträgerrechnung/Konzept): Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich. Konzept der Kostenträgerrechnung für die kantonalen und staatsbeitragsberechtigten Krankenhäuser des Kantons Zürich. Zürich 1.3.95: 67 S.
- Kehr HH (KH-Vergleich). Leistungsorientierter Krankenhaus-Betriebsvergleich. Entwicklung eines Informations- und Kontrollsystems zur Vergleichbarkeit der Krankenhäuser hinsichtlich ihrer Wirtschaftlichkeit. München Mering 1995 (Rainer Hampp): 198 S.
- Kleiber (Plädoyer). Plädoyer für eine Reform des Gesundheitswesens. Bern Göttingen Toronto Seattle 1994 (Huber): 453 S.
- KSA (Fallkosten-Modell). Fallkosten-Modell Kantonsspital Aarau - Gesamtstrategie für die Einführung einer Kostenträgerrechnung im Kantonsspital Aarau. Aarau 1995 (KSA): ca. 294 S.
- KSA (Fallkosten-Modell/Info96). Gesamtstrategie Fallkosten-Modell. Aarau 1996 (KSA): 13 S.

- KOGES-CH (Grobkonzept). Statistiken der stationären Betriebe des Gesundheitswesens. Grobkonzept. 22.3.94 (SDK, EDI, KOGES).
- Kolodzig C, Thurmayr R, Diekmann F, Raskop AM (ICPM-GE-1). ICPM - Internationale Klassifikation der Prozeduren der Medizin, Deutsche Fassung Version 1.1 (Gesamtsystematik erarbeitet von der Friedrich-Wingert-Stiftung). Berlin 1994 (Blackwell): 672 S.
- Krankenhaus Umschau [Hrsg.] (BpflV'95). ku-Sonderheft Bundespflegesatzverordnung '95 mit Fallpauschalen- und Sonderentgeltkatalog inkl. 1., 2. und 3. Änderungsverordnung. Stand 18.12.95. Kulmbach 1996 (Baumann): 78 S.
- Kromrey H (Sozialforschung). Empirische Sozialforschung. Modelle und Methoden der Datenerhebung und Datenauswertung. Opladen 1980 (UTB 1040): 325 S.
- Kunze H, Kaltenbach L [Hrsg.] (Psych-PV). Psychiatrie-Personalverordnung. 2. erweiterte Auflage, Stuttgart Berlin Köln 1994 (Kohlhammer): 226 S.
- Kurtz NR (Statistics). Introduction to Social Statistics. Tokyo 1983 (McGraw-Hill): 368 S.
- Laborde A, Burdet A, Boutat A (codage/fiabilité). Fiabilité du codage VESKA à l'Hôpital de Payenne. Lausanne 1993 (IUMSP Cahier 97): 26 S.
- Linacre JM, Heinemann AW, Wright BD, Granger CV, Hamilton BB (FIM/Structure). The Structure and Stability of the Functional Independence Measure. Arch Phys Med Rehabil 1994/75:127-32.
- Mäder M (FIM). Der Funktionale Selbstständigkeitsindex (FIM). In: Huber (Qualität/Geriatrie): 103-13.
- Mäder M (Reha/Aessment). Qualitäts- und Verlaufskontrolle in der Rehabilitation. Bericht der SAR-Arbeitsgruppe "Assessment in der Rehabilitation". In: Rehabilitation 1994/1:32-5.
- Markson LE, Nash DB, Louis DZ, Gonella JS (DS). Clinical Outcomes Management and Disease Staging. In: Evaluation and the Health Professions 1991(14)2:201-27.
- Martin K, Leak G, Aden C (Omaha). The Omaha System: A Research-Based Model for Decision Making. In Journal of Nursing Administration 1992(22)11:47-52.
- Martin KS, Scheet NJ, Stegman MR (Omaha/Results). Home Health Clients: Characteristics, Outcomes of Care, and Nursing Interventions. In: American Journal of Public Health 1993(83)12:1730-4.
- Martin KS, Scheet NJ (Omaha/Guide). The Omaha System. A Pocket Guide for Community Health Nursing. Philadelphia 1992 (Saunders): 291 S.
- McCloskey JC, Bulechek GM [Hrsg.] (NIC/2). Nursing Interventions Classification (NIC). Second Edition, St. Louis 1996 (Mosby-Year Book): 739 S.
- McDowell I, Newell C (Gesundheitsmasse). Measuring Health. A Guide to Rating Scales and Questionnaires. New York Oxford 1987 (Oxford University Press): 342 S.
- McGuire TE (DRG/Evolution). DRG Evolution. In: Casas/Wiley (DRG/EU):30-45.
- McKee M, Petticrew M (DS/3rd). Evaluation of Disease Staging in the United Kingdom: A Report Prepared for the National Case-Mix Office, Departement of Health. London 1991 (NCMO): 147 S.
- McMahon LF, Hayward RA, Bernard AM, Rosevear JS, Weissfeld LA (APACHE-L). APACHE-L: A New Severity of Illness Adjuster for Inpatient Medical Care. In: Medical Care 1992(30)5: 445-52.
- Mennerat F (Amb.Episodes). Towards an Episode-Based Case-Mix Measure for Ambulatory Care. In: 9th International PCS/E Working Conference, Proceedings Vol I, München 1993:152-4.
- Mennerat F, Trombert-Paviot B, Rusch P, Rodrigues JM (CAMISE/F). Evaluation of Disease Staging versus US DRG groupers on the CAMISE French database. In: Proceedings of the 10th PCS/E International Working Conference. Budapest, 1994:100-12.
- Meurer U (BALK/96). Pflege braucht ein Bündnis - BALK-Kongress in Leipzig. In: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus 1996(13)6:562-3.
- Mills R, Fetter RB, Riedel DC, Averill R (AUTOGRP). AUTOGRP: An Interactive Computer System for the Analysis of Health Care Data. In: Medical Care 1976(14)7:603-15.
- Morfoisse JJ (FIM+PRN). Evaluation et PMSI dans les structures d'hébergement médicalisées pour personnes âgées. A propos de l'utilisation de la Mesure d'Indépendance Fonctionnelle (MIF) et du Projet de Recherche en Nursing (PRN). In: Journal d'économie médicale 1996(14)3:159-68.
- Morgan JN, Sonquist JA (VA). Problems in the Analysis of Survey Data and a Proposal. In: American Statistical Association Journal 1963(58)302:415-34.
- Moorhead SA, McCloskey JC, Bulechek GM (NIC-Vergleich). Nursing Interventions Classification: A Comparison with the Omaha System and the Home Healthcare Classification. In: Journal of Nursing Administration 1993(23)10:23-9.

- Morra F (Krankenhaus-Management). Wirkungsorientiertes Krankenhausmanagement. Ein Führungshandbuch. Bern Stuttgart Wien 1996 (Haupt).
- Morris JN, Hawes C, Murphy K, Nonemaker S, Phillips C, Fries BE, Mor V (RAI/Manual). Resident Assessment Instrument: Training Manual and Resource Guide. 1991 (Eliot).
- Morris JN, Hawes C, Murphy K, Nonemaker S et al.; DuPasquier JN, Gardent H, Roulet A [Trad.] (RAI/Manuel). RAI: Méthode d'évaluation du résident. Manuel de formation et guide d'utilisation. 1993.
- Mortensen RA, Nielsen GH (ICNP/Phenomena). Classification of Nursing Phenomena Influencing Health Status. Version 0.10, Genf 1996 (ICN).
- Mortensen RA, Nielsen GH (ICNP/Interventions). Classification of Nursing Interventions. Version 0.2, Genf 1996 (ICN).
- Mozes B, Easterling MJ, Sheiner LB, Melmon KL, Kline R, Goldman ES, Brown AN (Labor-PCS). Case-Mix Adjustment Using Objective Measures of Severity: The Case for Laboratory Data. In: Health Services Research 1994(28)6:689-712.
- Mullin B (DRG/Refinement). Refinement of Medicare DRG to Incorporate a Measure of Severity. Key Note Address at the 10th PCS/E International Working Conference. Budapest, 1994.
- Mullin RL (ICD-10-PCS). ICD-10 Procedure Coding System. In: Proceedings of the 11th PCS/E International Working Conference. Oslo, 1995:133-9.
- NCMO: National Casemix Office (HBG/Info95). HBG – Health Benefit Groups Development Project. Information Sheet. Winchester, May 1995 (NCMO): 6 S.
- NCMO: National Casemix Office (HBG/Info96). HBG – Health Benefit Groups Development Project. Information Sheet. Winchester, March 1996 (NCMO): 6 S.
- NCMO: National Casemix Office (HRG1). HRG - Health Resource Groups; Definitions Manual: Introduction. Winchester 1991 (Crown): 126 S.
- NCMO: National Casemix Office (Progress/11). Project Progress Report. Issue xi. Winchester 1996 (NHS/Executive): 19 S.
- Neubauer G (Ansätze). Von der Leistung zum Entgelt: Neue Ansätze zur Vergütung von Krankenhäusern. Stuttgart 1989.
- Neubauer G (Chancen). Möglichkeiten und Chancen diagnosebezogener Fallpauschalen und anderer alternativer Entgeltsysteme aus der Sicht der Wirtschaftswissenschaften. In: VVG: Wirtschaftlichkeitsanreize im Bereich der stationären Versorgung. Köln 1988:146-69.
- Neubauer G, Sonnenholzner-Roche A, Unterhuber H (Fallgruppenbildung). Die Problematik einer Fallgruppenbildung im Krankenhaus. In: Krankenhaus Umschau 1987/1:27-34.
- Neubauer G, Demmler G, Eberhard G, Rehmann P (PMC/Ergebnisse). Erprobung der Fallklassifikation "Patient Management Categories" für Krankenhauspatienten; Ergebnisbericht. Baden-Baden 1992: ca. 360 S.
- Neubauer G, Demmler G, Eberhard G (PMC/Prüfung). Erprobung der Fallklassifikation "Patient Management Categories" für Krankenhauspatienten; Anlagenbericht: Klinische Überprüfung der Plausibilität für die Bundesrepublik Deutschland. Baden-Baden 1992: 356 S.
- Neubauer G, Birkner B, Träger R (Reha/I). Entwicklung und Erprobung einer fallbezogenen Leistungs- und Kostensteuerung im Bereich der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung. Endbericht Phase I. München 1994 (Institut für Gesundheitsökonomik).
- Neubert D, Robbers J (Krankenhausrecht/D). Krankenhausrecht: Rechtsvorschriften des Bundes und der Länder. Ausgabe 1994. Düsseldorf 1994 (DKVG): 846 S.
- NHS/IMG: National Health Services/Information Management Group (Read Codes). What are the Read Codes? 1992 (Dept. of Health/UK):13 S.
- Oskam J, Hofdijk J (SurgProd). The Surgical Care Product. In: Proceedings of the 11th PCS/E International Working Conference. Oslo, 1995:58-63.
- Paccaud F, Schenker L (DRG). DRG Diagnosis Related Groups; Gültigkeit, Brauchbarkeit, Anwendungsmöglichkeiten. Bern Stuttgart Toronto 1990: 240 S.
- Peterson SO (Trimpoints). Hospital Costs and DRG – Effect of Lower Trimpoints. In: Proceedings of the 11th PCS/E International Working Conference. Oslo, 1995:164-71.
- PK-SLK: Paritätische Kommission Spitalleistungskatalog [Hrsg.] (SLK). Spitalleistungskatalog. Aarau Bern Luzern Solothurn 1994 (SUVA).
- Prakash S (HBG/Methodology). A Methodology for the HBG Project. (HBG Sub-Project 4B. Report - part I.) Winchester 12.12.1994 (NCMO; unveröffentlicht): 33 S.
- PRI (PMP/Bsp). Patient Management Paths. Sample Paths: Colorectal Neoplasms, Head Injuries. Pittsburgh 1992 (The Pittsburgh Research Institute): 9 S.

- PRI (PMC/Rel.5). Patient Management Categories - A Comprehensive Overview. Pittsburgh 1993 (The Pittsburgh Research Institute): ca. 65 S.
- PRI (PMC/Rel.5/Demo). The Patient Management Category Classification and Intensity Scoring System. Software Instructions. Demonstration Release 5.0. Pittsburgh 1994 (The Pittsburgh Research Institute): 24 S.
- PRI (PMC/Rel.5/Vol.I). Patient Management Categories, Release 5.0. Pittsburgh o.J. (The Pittsburgh Research Institute).
- Prosiegel M, König N, Vaney C, Garner CH (EBI). Interrater reliability and feasibility of the Extended Barthel Index (EBI) as compared to FIM and BI – results of a multicentre study on patients with MS or other neurological diseases. Paper presented at the M.A.R.C.H. meeting in Tenerife 12.3.94: 6 S.
- Psyhyrembel. Klinisches Wörterbuch. 257. Auflage, CD-ROM, Berlin Hamburg 1994 (de Gruyter und Porta Coeli).
- Reifferscheid M, Weller S (Chirurgie). Chirurgie. 7., neubearbeitete Auflage Stuttgart New York 1986 (Thieme): 857 S.
- Richardson PC, Barwick DE, Bagust A, Young RJ, Horsley SD, Allen DE (Behandlungsphasen). Dissection the Patient Stay in the U.K. In: International Journal of Health Planning and Management 1993(8):25-36.
- Rigby MJ, Robins SC (Plymouth). Efficiency of Service Through Linking Episodes of Care – The Plymouth Experience. In: Proceedings of the 11th PCS/E International Working Conference. Oslo, 1995:96-105.
- Robra BP, Böhlert I, Dembski U, Jakobs P, Leber WD, Scheider F, Swart E (AOK-Fälle 1994). Krankenhausfallanalyse. Die stationäre Versorgung von Versicherten der AOK Magdeburg. Sankt Augustin 1996 (Asgard): 195 S.
- Rodrigues JM (DRG/EU). Case-Mix International Perspectives – The European Case. In: Commonwealth of Australia (CM Conference 95):47-55.
- Roger France FH (MBDS/EU). Hospital Information Systems in Europe: Trends Towards Uniformity in Patient Record Summaries. In: Casas/Wiley (DRG/EU):3-16.
- Rosenbock R (Gesundheitspolitik). Gesundheitspolitik. In: Hurrelmann/Laaser (Gesundheitswissenschaften):317-46.
- Rosenheck R, Massari L (PCS/Psy/VA). Psychiatric inpatient care in the VA: before, during, and after DRG-based budgeting. In: Am-J-Psychiatry 1991(148)7:888-91.
- Saba VK (HHCC/D+I). Diagnoses and Interventions (The Classification of Home Health Care Nursing). In: Caring Magazine 1992/3:50-7.
- Saba VK, Zuckerman AE (HHCCS). A home health care classification system. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O [Hrsg.]. MedInfo92. Amsterdam 1992:344-8.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Bericht94). Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Baden-Baden 1994 (Nomos): 408 S.
- Sanderson H (DRGs in Europe). DRGs: How Well Do They Define Hospital Products in Europe. In: Casas/Wiley (DRG/EU):46-60.
- Sanderson H (HRG2+Costing). HRG Version 2 and Costing for Contracting. In: CAMIREMA (Handbook/1.0):pcse/budapest/session5.html.
- Sanderson HF, Anthony P, Mountney LM (HRG2). Healthcare Resource Groups – Version 2. Winchester 1996 (NCMO: Occasional Paper No. 6): 15 S.
- Schmidt KJ, Heuser U (PBL). Weiterentwicklung der Fallpauschalen zu Patientenbehandlungsleitlinien (PBLs). In: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus 1994(11)3:173-7.
- Schmidt KL, Drexel H, Jochheim KA (PhysMed+Reha). Lehrbuch der Physikalischen Medizin und Rehabilitation. Stuttgart Jena New York 1995 (Gustav Fischer): 498 S.
- Schneeweiss R, Rosenblatt RA, Cherkin CD, Kirkwood R, Hart G (DC). Diagnosis Clusters: A New Tool for Analyzing the Content of Ambulatory Medical Care. In: Medical Care 1983(21)1:105-22.
- Schneider P, Fries BE, Foley WJ, Desmond M, Gromley WJ (RUG-II). Case mix for nursing home payment: Resource utilization groups, version II. In: Health Care Financing Review 1988(Annual Supplement):39-52.
- Schwartz FW (Evaluation). Evaluation und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. In: Hurrelmann/Laaser (Gesundheitswissenschaften):399-420.
- Schweizerische Arbeitsgemeinschaft PCS (Projekte95). Übersicht über die kantonalen Projekte. In: PCS-News/19/April:21-3.
- Scotton RB, Owens HJ (PCS/Australia). Case payment in Australian Hospitals: Issues and Options. Melbourne 1990 (Monash University): 294 S.

- Sermeus W, Delesie L, Maricau P, Vanden Boer G (MPD). Verzeichnung der minimalen Pflegedaten in Belgien. Skript zum Vortrag gehalten am 18.3.93 an den X. Giessener Internationalen Fortbildungstagen für Krankenpflege.
- Sommer JH, Gutzwiller F (Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit). Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit im schweizerischen Gesundheitswesen. Bern Stuttgart Toronto 1986 (Huber): 259 S.
- Steinum O (Coding). A Correct DRG Allocation Presupposes Correct Diagnoses. In: Proceedings of the 11th PCS/E International Working Conference. Oslo, 1995:43-8.
- Stineman M, Escarce JJ, Goin JE, Hamilton BB, Granger CV, Williams SV (FIM-FRG). A Case-Mix Classification System for Medical Rehabilitation. In: *Medical Care* 1994(32)4:366-79.
- Stineman MG, Hamilton BB, Granger CV, Goin JE, Escarce JJ, Williams SV (FIM-FRG/Methods). Four methodes for characterizing disability in the formation of function related groups. In: *Arch-Phys-Med-Rehabil* 1994(75)12:1277-83.
- Stoskopf C, Horn SD (CPSI+Psychosen/1). The Computerized Psychiatric Severity Index as a predictor of inpatient length of stay for psychoses. In: *Med-Care* 1991(29)3:179-95.
- Stoskopf C, Horn SD (CPSI+Psychosen/2). Predicting Length of Stay for Patients with Psychoses. In: *Health Services Research* 1992(26)6:743-66.
- Stösser A (Pflegestandards). Pflegestandards. Erneuerung der Pflege durch Veränderung der Standards. 2., erweiterte Auflage Berlin Heidelberg 1993 (Springer): 242 S.
- Streiner DL, Norman GR (Scales Development). *Health Measurement Scales – A Practical Guide to Their Development and Use*. Second Edition 1995 Oxford New York Tokyo (Oxford University Press): 231 S.
- SGP/SVPC: Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie/Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Chefsärzte (Grundmodul). Grundmodul als gesamtschweizerische identischer Datensatz der medizinischen Statistik aller psychiatrischen Institutionen. Erste definitive Fassung (31.10.1995): 7 S.
- Taroni F, Louis DZ, Yuen EJ, Anemona A, Zappi A (Timeliness). Timeliness of Hospital Admissions. In: Proceedings of the 7th PCS/E International Working Conference. Lausanne, 1991.
- Taroni F, Louis DZ, Yuen EJ (D.S./Pilot). An Analysis of Health Services Using Disease Staging: A Pilot Study in the Emilia-Romagna Region of Italy. In: *Journal of Management in Medicine* 1992(6)2:53-66.
- Theurl E, Dézsy J (KH-Finanzierung). Modelle der Krankenhausfinanzierung. Beiträge des 12. Hochschulkurses aus Gesundheitsökonomik, 28.-30. September 1992. Innsbruck 1993 (Publikationsstelle der Universität): 121 S.
- Thomas JW, Ashcraft MLF (SI). Measuring Severity of Illness: Six Severity Systems and Their Ability to Explain Cost Variations. In: *Inquiry* 1991(28):39-55.
- Tilquin C, Michelon P, Protella E, Vanderstraeten G, Léonard G, Roussel B (MAC11). Un système de classification des patients des longs séjours en fonction de leur indépendance pour les AVQ et de leur mobilité (confinement). In: *La Revue Gériatrie* 1993(18)1:7-16.
- Trombert-Paviot B, Coca E, Mennerat F, Rusch P, Rodrigues JM (Equity+Efficiency). Equity and efficiency when resource allocation is not population needs neither case mix based. In: Proceedings of the 11th PCS/E International Working Conference. Oslo, 1995:86-95.
- Van Gele P (Pflegeklassifikationen). La standardisation et la classification des composantes des soins infirmiers: essentielles? In: *PCS-News* 1996/23/Mai:23-9.
- VBK (PKS), Arbeitsgruppe Patientenkategorisierung. Schlussbericht. Bern 1.11.94 (Verband Bernischer Krankenhäuser).
- VESKA (ICD-9). Diagnoseschlüssel 1979 nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten der WHO ICD 9. Revision. 5. Auflage, Aarau 1991.
- VESKA (Op). Operationsschlüssel 1986. Aarau 1986.
- VSA (BAK). Leitfaden zum System BAK: Organisations- und Führungshilfe für Alters-, Pflege- und Behindertenheime. Zürich 1986 (Verein für Schweizerisches Heimwesen VSA).
- Wake MM, Murphy M, Affara FA, Lang NM, Clark J, Mortensen R (ICNP). Toward an International Classification for Nursing Practice: a Literatur Review & Survey. In: *International Nursing Review* (40)3:77-80.
- Weber P (NMDS). Les données minimales de soins infirmiers. In: *Krankenpflege* 1996/4:13-7.
- Weed LL (KG). Das problemorientierte Krankenblatt. Stuttgart 1978 (Originalausgabe: *Medical Records, Medical Education, and Patient Care*. Chicago 1971): 256 S.
- Werley HH, Devine EC, Zorn CR, Ryan P, Westra BL (NMDS). The Nursing Minimum Data Set: Abstraction Tool for Standardized, Comparable, Essential Data. In: *American Journal of Public Health* 1991(81)4:421-6.

- WHO (ICIDH). ICIDH: International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps; Teil 1: Die ICIDH - Bedeutung und Perspektiven; Teil 2: Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen - Ein Handbuch zur Klassifikation der Folgeerscheinungen der Erkrankung. Berlin Wiesbaden 1995 (Ullstein Mosby).
- Wingert F, Rothwell D, Côté RA. Automated indexing into SNOMED and ICD. In: Scherrer JR, Côté RA, Mandil SH (Hrsg). Computerized natural medical language processing for knowledge representation. Amsterdam 1989:201-39 (North-Holland).
- Wingert F. Medizinische Informatik. Stuttgart 1979 (Teubner): 272 S.
- Wittchen HU (DSM-III-R). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen: DSM-III-R; übersetzt nach der Revision der 3. Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association (1987). Weinheim Basel 1989 (Beltz).
- Young WW, Kohler RN, Kowalski BA (PMC/Severity). PMC Patient Severity Scale: Derivation and Validation. 1993/Okt (PRI):29 S.
- Young WW, Swinkola RB, Hutton MA (AUTOGRP/Assessment). Assessment of the AUTOGRP Patient Classification System. Medical Care 1980/18:228-44.

8 Stichwortverzeichnis

- 3M Health Informations Systems (3M-HIS)..... 198
ACENDIO 128
Aktivitäten des täglichen Lebens
RUG 329
Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) 123
Akuter Myokardinfarkt
D.S. 241
Diagnosecodes 100
Fallvergleich 378
PCS-Vergleich 357
PMC 215, 226
Appendektomie
Behandlungspfade PMC 219
CAMISE-Projekt 394
Fallgruppen Deutschland 260
LDF 269
Operationscodes 109
PCS-Vergleich 350, 365
Arztkosten und Kostenhomogenität 88
Ausreisser 69
Australien (AN-DRG's) 183, 204
psychiatrische AN-DRG's 303
AUTOGRP 52
Averill Richard (DRG) 198
BAK für Alters-, Pflege- und Behindertenheime ... 321
Barthel-Index 123
Basisdaten 147
Basisdatensatz (s. a. Fallrekord)
der Europäischen Gemeinschaft 151
der Pflege (NMDS) 167
Résumé Infirmier Minimum (RIM) 167
Beeinträchtigungen, soziale
ICIDH 121
Behandlungsabschnitte 58
HBG/HRG 283
in der Rehabilitation 333
Behandlungsbedarf 33, 36
Behandlungseinheit 55
Behandlungserfolgsgruppen 34, 38
Behandlungsfallgruppen 25
Behandlungsmerkmale 35
Behandlungspfade 45
DRG-bezogen (APR-DRG) 182
Fallkosten-Modell KSA 287
NPKS 340
PMC 219
TAR 337
und Pflegekategorien 249
Behandlungsphasen 60
Behandlungsrichtlinien
Behandlungsnorm 45
PRG 290
Behandlungsrisiken 82
Behandlungsverlauf 35
Behandlungsepisode 58
Behandlungskarriere 155
Disease Staging 238
Fallregister 158
PRG 289
Behandlungsziele 38
Pflege 169
Psych-PV 315
Rehabilitation 334
Behinderungen 44
als Krankheitsfolge (PMC) 216
als Kriterien in psychiatrischen PCS 295
BAK 322
BESA 323
ICIDH 118
LEP 138
MAC 11 327
Rehabilitation 333
RUG-III 330
soziale (BADO) 160
Belastungsfaktoren, psychosoziale
DSM-III-R 103
Belgien 203
BESA (Bewohnerinnen-Einstufungs- und Abrech-
nungssystem) 323
Beschreibungsebenen 34
BMGK Leistungskatalog 110
CAMIREMA 391
CAMISE 391
CART-Algorithmus 52
HRG 277
Case-Mix 75
Case-Mix-Index 75
CGI (Clinical Global Impressions)
BADO 160
CHAINED-Projekt 318
Cholezystektomie
Fallvergleich 372
LDF 268
HCFA-/AP-/APR-DRG 193
PCS-Vergleich 353, 365
PMC 225
CHOP-2 106
CM = Clinical Modification 99
Computergestützte Codierung 114
CPHA-List-A (Hospital Diagnosis Groups) 177
CPSI (Computerized Psychiatric Severity Index) ... 306
CSI (Computerized Severity Index) 245
D.S. (Disease Staging) 231
Liste der D.S.-Kategorien 485

Deutschland	203	Fallkosten-Modell KSA	285
BADO	159	Fallkostenstatistik	153
Fallgruppen/-pauschalen	257	Fallpauschalen	
Diabetes mellitus		auf der Basis von AP-DRG's	199
PCS-Vergleich	362	bei multipler PMC-Zuordnung	227
Diagnosecodierung		in der Psychiatrie (USA)	297
als Patientenklassifikation?	144	in Deutschland	257
DSM-III-R	103	in Europa	201
DSM-IV	103	in Österreich	265
ICD-10	99	und Auswahl der Klassifikationskriterien	37
ICD-9-CM	99	und behandlungsbezogene Tagespauschalen	74
ICD-9-VESKA	97	und DRG's	181, 187
Kontextabhängigkeit von Bezeichnungen	114	und Grenzwerte	74
Pflege	127	und Kostengewichte	80
Synonymlisten	114	und Krankenhausstyp	296
TNM-Klassifikation	102	und Weiterbehandlungsbedarf (D.S.)	239
Transformationsprogramme	116	Fallrekord	148
Diktionär	27	der EU	151
Doppelklassifikation	97	in den USA	32
DRG (Diagnosis Related Groups)	179	in der Schweiz	152
ADRG's (Adjacent DRG's)	182	Falltypen	66
AN-DRG (Australien)	183, 204	Fetter Robert (DRG, RDRG)	198
AP-DRG	181, 190	FIM (Funktionaler Selbständigkeitsindex)	124
APR-DRG	182, 192	bei Langzeitpatienten	331
HCFA-DRG	180, 190	FIM-FRG	335
Liste der Basis-APR-DRG's	467	Frankreich	203
Liste der AP-DRG's	453	FRG (Functional Related Groups)	335
Liste der HCFA-DRG's	446	Fries Brant (RUG)	329
psychiatrische AN-DRG's	303	Functional Related Groups (FRG)	335
psychiatrische DRG's	299	Funktionaler Selbständigkeitsindex (FIM)	124
RDRG	182, 191	Funktionelle Einschränkung	
und HRG's	279	ICIDH	120
DSM-Klassifikationen	103	GAF (Global Assessment of Functioning Scale)	104
EBI (Erweiterter Barthel-Index)	123	BADO	160
Effektivität	34	Gemeindekrankenpflege	127
Definition	410	HHCC	127
Effizienz	33	Omaha-System	130
Beispiel	416	Geriatric	319
Definition	410	Gesundungspotential	34, 169
Elektronische Aufbereitung der Codelisten	114	und Zweckmässigkeit	412
Erfassungsstrukturen	147	Globalbudgets und Patientenklassifikations-	
Ergebniskriterien	38	systeme	80, 420
Ergebnisindikatoren in PRG	291	Goldfield Norbert (ARP-DRG)	199
Erweiterter Barthel-Index (EBI)	123	Gonella Joseph (D.S.)	243
Evaluation		GPH (Groupes de patients hospitalisés)	207
Checkliste	90	Granger Carl (FIM)	125
Evaluationsebenen	82	Grenzwerte	69
Fähigkeitsstörung, funktionelle		DRG/Medicare	71
ICIDH	120	HRG (U.K.)	277
Fall	55	LDF (Österreich)	269
administrativ/medizinisch	64	und Fallpauschalen	74
administrativer Fall	55	Grossbritannien	201
Fallmodell von H+	67	HBG's und HRG's	275
in der Fallkostenstatistik	154	Grouper	95, 115
in der medizinischen Statistik	152		
medizinischer Fall	58		

- Gruppierungsmethoden
 ein-/mehrdimensional 47
 Top down/Bottom up 52
 Verfeinerungsstufen 51
 Gruppierungsprogramme 115
 GSG-Fallgruppen 257
 Hauptdiagnose
 DRG 183, 197
 DSM-III-R 103
 im MBDS der EU 151
 in der Fallkostenstatistik (CH) 154
 HBG (Health Benefit Groups) 281
 HRG (Health Resource Groups) 277
 ICD-10 99
 ICD-10 PCS (ICD-10 Procedure Coding System) 112
 ICD-9 97
 ICD-9-CM
 Band 1 (Diagnosen) 99
 Band 3 (Operationen) 106
 ICIDH 118
 ICNP 127
 Pflegeinterventionen 137
 Pflegephänomene 132
 ICPM-GE 107
 Inguinalhernien
 DRG 194
 GPH 208
 Merkmale (Beispiel) 54
 PCS-Vergleich 346, 365
 PMC 214, 224
 Intensivpflege (IPS)
 Zuschläge im LDF-Modell 272
 Irland 201
 Italien 201
 Kantonsspital Aarau (Fallkosten-Modell KSA) 285
 Kinder
 Kinderkrankenpflege (PPR) 254
 Kinder- und Jugendpsychiatrie (Psych-PV) 315
 FIM für Kinder 124
 Klassifikation 27
 Konfidenzintervall 428
 Konzept 27
 Kostengewichte 76
 amerikanische Werte 83
 Disease Staging 236
 DRG 179
 LDF 271
 Kostenhomogenität 88
 Kostenträgerrechnung
 Falltypen in der H+ -Kostenträgerrechnung 66
 zur Bestimmung der Ist-Kosten 33
 Kreuz-Stern-Klassifikation 97
 KSA (Fallkosten-Modell) 285
 Kulturabhängigkeit 104
 Langzeitpatienten 319
 LDF (Leistungsorientierte Diagnosenfallgruppen) 265
 Leistungsbedarf
 s. Behandlungsbedarf 33
 und Leistungsorientierung 414
 Leistungsbereiche 40
 Leistungskatalog BMGK 110
 Leistungsorientierung 413
 LEP (Leistungserfassung in der Pflege) 138, 252
 im KSA-Modell 286
 LKF (Leistungsorientierte Krankenanstalten-
 Finanzierung) 265
 Logarithmisierung 431
 Louis Daniel (D.S.) 243
 LPPC (Long-Staying Psychiatric Patient Classes) 314
 MAC 11 327
 MBDS (Basisdatensätze)
 s. Basisdatensatz 145
 Median 431
 Medicare-Versicherung
 Grenzwerte 71
 Tagespauschalen für Ausreisser 74
 und DRG's 179
 MEDSTAT-Gruppe 243
 Mengenausweitung 420
 Mittel
 arithmetisches 427
 geometrisches 432
 robuster Mittelwert 73
 Mortalitätsrisiko
 APR-DRG 182, 192
 D.S. 236
 und Behandlungsaufwand 44
 Motivation des Patienten
 NPKS 340
 NANDA-Pflegediagnosen 129
 NIC (Nursing Interventions Classification) 136
 Nomenklatur 27
 Norwegen 201
 Notfall-Aufnahmen
 HRG 403
 und Tarifmodelle 419
 NPKS (Neues PCS) 338
 Omaha-System (Gemeindekrankenpflege) 130
 Problembewertungsskala 130
 Operationscodierung
 CHOP-2 106
 ICD-10 PCS 112
 ICD-9-CM, Band 3 106
 ICPM-GE 107
 Leistungskatalog BMGK 110
 VESKA-Op-Code 106

- Österreich
LDF 265
- Outlier (Ausreisser) 69
- Patientendokumentation 148
 problemorientiert, nach Weed 435
- Patientenkategorien 25
 nach Kostenarten 420
- Patientenkategorisierung 26
- Patientenklassifikation 26
- Patientenmerkmale 35
- PDG (Psychiatric Diagnostic Groups) 310
- Pflege
 Basisdaten 167
 Codierungssysteme 127
 Gruppierungskriterien 40
 Patientenkategorisierung 249
- Pflegeaufwandmesssysteme 135
- Pflegebedarf
 BAK 321
 BESA 324
 MAC 11 328
 Omaha-System 131
 und Pflegeaufwand 249
- Pflegediagnosen 129
 Ätiologische Faktoren 133
 HHCC 127
 NANDA 129
 Omaha-System 130
 Pflegephänomene in der ICNP 132
- Pflegeergebnisse (NMDS) 167
- Pflegeinterventionen
 ICNP 137
 LEP 138
 NIC 136
 Pflegeaufwandmesssysteme 135
 PRN 140
 RIM 142
- Pflegekategorisierung des VBK 256
- Pflegephänomene (ICNP) 132
- PHRI (Pittsburgh Health Research Institute) 230
- PLAISIR 164, 325
- PMC (Patient Management Categories) 211
 Liste der PMC's 473
 im KSA-Modell 286
 psychiatrische PMC's 304
- PMP (Patient Management Path) 219
- Portugal 201
- PPC (Psychiatric Patient Classes) 310
- PPR (Pflegepersonalregelung) 254
- Präsenzzeiten des Pflegepersonals 170, 250
- Prävention
 als Behandlungsabschnitt 58
- PRG (Patient Related Groups) 289
- PRN (Projet de recherche en nursing) 140, 253
 und FIM 331
- Problemtypen 41
- Prognose 34, 38
 als erwarteter Zustand 43
 NPKS 340
- Prozeduren
 chirurgische (s. Operationscodierung) 106
 der Pflege (s. Pflegeinterventionen) 135
- PSII (Psychiatric Severity of Illness Index) 306
- Psych-PV (Psychiatrie-Personalverordnung) 315
- Psychiatrie
 Basisdaten
 BADO (Deutschland) 159
 Basisdokumentation BS 157
 Grundmodul (CH) 155
 Codierungssysteme 103
 Kinder- und Jugendpsychiatrie (Psych-PV) 315
 Patientenklassifikation 293
- Qualität 33
 als Teil der Produktebeschreibung 405
 ambulanter Behandlungen (U.K.) 235
 Datenqualität 163, 421
 DRG (Qualitätsmodell) 187
 Ergebnisqualität 412
 KSA (Prozessqualität) 287
 PMC (Qualitätsindikatoren) 218
 und Effizienz 410
- Quartile 431
- Quartilsabstand 431
 zur Festlegung von Grenzwerten 72
- RAI (Resident Assessment Instrument) 163
- Rechtzeitigkeit von Hospitalisationen (D.S.) 235
- Rehabilitation 335
 als Behandlungsabschnitt 59
 in der Langzeitpflege 320
- Rehabilitationspotential 336
- Rehospitalisationen 67
 als Kriterium in psychiatrischen PCS 295
- Reliabilität 84
- Ressourcen
 Arbeitszeit und Material 30
 des Patienten 34, 168
- Ressourcen-Mix 76
- Restgruppen 50
- RIM (Résumé Infirmier Minimum
 NMDS) 167
- RIM (Résumé Infirmier Minimum)
 Interventionen 142
- Routinebehandlungen 50
- RUG (Resource Utilization Groups) 329
- Sanderson Hugh (HRG, HBG) 277
- Schubert Franz (Unvollendete) 423

- Schweden201
- Schweregrad 44
- CAMISE-Projekt391
- CSI.....245
- D.S.232
- DRG 181, 190
- HBG281
- Korrelation mit Aufwand in der Rehabilitation.339
- LDF268
- Omaha-System131
- PMC.....216
- PPC.....311
- von bösartigen Neubildungen (TNM-Code)102
- von Schädigungen (ICIDH).....119
- Sektorisierung293
- Sensitivität 87
- Soundex-Code153
- Soziale Kriterien 41
- Adresswechsel295
- BAK322
- Beispiele 29
- Belastungsfaktoren (DSM-III-R).....103
- Fallkosten-Modell KSA286
- ICIDH.....121
- in der Rehabilitation333
- psychosoziale Probleme (Omaha).....130
- psychosoziales Funktionsniveau (GAF)104
- psychosoziales Wohlbefinden (RAI)163
- soziale Behinderung (BADO)160
- soziale Interaktion
- EBI123
- NANDA.....129
- ICNP.....132
- soziales Umfeld von psychiatrischen Patienten.294
- soziales Verhalten
- BESA323
- FIM125
- Zivilstand.....295
- Spannweite.....431
- SSE/SST (Sum of Squares).....429
- Stadium der Erkrankung 44
- D.S.232
- Stadieneinteilungen 37
- Standardabweichung427
- zur Festlegung von Grenzwerten..... 71
- Systemetrics243
- Tagespauschalen
- behandlungsbezogen 74
- TAR (Tarifsystem für Rehabilitationskliniken)336
- Tarifmodelle und PCS419
- Taxonomie 27
- Terminologie 27
- Therapieerfolg
- NPKS..... 340
- Thesaurus 27
- Tilquin Charles (PRN, PLAISIR, MAC 11) 140
- TNM-Klassifikation 102
- Tod während des Spitalaufenthaltes
- D.S.232
- DRG 186
- PMC.....223
- Trimpoints 69
- Ungarn..... 201
- Validität 85
- Varianz 429
- minimale unerklärte 52
- Varianzreduktion.....392, 399, 429
- DRG 189
- HRG279
- Langzeitpatienten
- RUG-III 329
- FIM bezüglich PRN-Punkten 331
- PMC, Gesamtschweregrad 217
- Psychiatrie
- und Krankenhaustyp 296
- DRG 301
- AN-DRG 303
- PMC 305
- PSII.....306
- CPSI.....308
- PPC311
- LPPC.....314
- und minimaler Standardfehler52, 207
- Variationskoeffizient 427
- VBK-Pflegekategorisierung 256
- Verfeinerungsstufen (Gruppierungsmethode)..... 51
- VESKA-Operationscode 106
- Vokabular 27
- Weed Lawrence (Problemorientierte Krankengeschichte)..... 435
- Wirksamkeit 34
- Wirtschaftlichkeit 33
- Young Wanda (PMC) 230
- Zustandsbeschreibungen 43
- Zweckmässigkeit 411

9 Angaben zum Autor

Wolfram Fischer (1957)

- Beruf: Betriebswirtschafter und Informatiker.
- Tätigkeits- Medizinische Ökonomie, Medizinische Informatik, Forschung und Bera-
bereiche: tung im Gesundheitswesen.
- 1982 Lizentiat der Betriebswirtschaften mit Vertiefungsgebiet Operations
Research an der Hochschule St. Gallen.
- 1980 + 1983 Entwicklung und Vermarktung von Buchhaltungsprogrammen auf einem PC
und unter UNIX.
- 1982–1984 Mitarbeit am Nationalfondsprojekt "Pergyn" an der Frauenklinik
St. Gallen.
- 1985–1991 Konzeptionierung und Implementierung des Klinik-Informationssystems
"Hippocrates" an der Chirurgie St. Leonhard, St. Gallen. (Im Zentrum
dieses KIS stand die Krankengeschichte als Arbeitsinstrument des Arztes.
So viele administrative Daten wie möglich wurden mit Hilfe von Program-
men gewonnen, die die Patientendokumentation formal und inhaltlich aus-
werteten.)
- 1987/88 Kaufmännische Leitung im ersten Jahr der Chirurgie St. Leonhard,
St. Gallen.
- 1992 Gründung des Z/I/M: Zentrum für Informatik und wirtschaftliche Medizin,
Wolfertswil SG.
- 1992 Diagnosencodierungssystem für unsystematisch erfasste Diagnosentexte.
- 1992/93 Modelle zur Fokussierung auffälliger Rechnungssteller aus der Sicht der
Krankenversicherer.
- Seit 1992 Publikationen über Patientenklassifikationssysteme (DRG, PMC u.a.).
- 1993 Experimentelles System zur Codierungsunterstützung auf der Basis von
Information-Retrieval-Techniken.
- 1993/94 Informatikkonzept für eine Klinik und Softwareevaluation.
- 1993/94 Forschungsarbeit für das BSV: "Möglichkeiten zur Leistungsmessung in
Krankenhäusern – Überlegungen zur Neugestaltung der schweizerischen
Krankenhausstatistik".
- 1994/95 VESKA-Studie: "Leistungserfassung und Patientenkategorisierung in der
Pflege - eine Übersicht"
- 1994–1996 Wissenschaftliche Mitarbeit in der Arbeitsgruppe "Kostenträgerrechnung"
von H+ Die Spitäler der Schweiz.
- 1995 Entwicklung eines Vergütungsmodelles für Tagespauschalen unter Berück-
sichtigung von Wirtschaftlichkeitskennzahlen, basierend auf dem Spitaltax-
modell MTK/SDK/VESKA, im Auftrag von VESKA und SDK.
- Seit 1995 Wissenschaftliche Mitarbeit am Projekt "Fallkosten-Modell" des Kantons-
spitals Aarau (KSA).
- 1996 Forschungsarbeit für das BSV über Patientenklassifikationssysteme (vor-
liegende Arbeit).
- 1996 Wissenschaftliche Mitarbeit in der Arbeitsgruppe "Leistungsstatistik" von
H+ Die Spitäler der Schweiz.
- Seit 1996 Wissenschaftliche Mitarbeit am Projekt "Leistungsbedarfsbezogenes Tarif-
system für Rehabilitationskliniken (TAR)".

Beiträge zur sozialen Sicherheit

In dieser Reihe veröffentlicht das Bundesamt für Sozialversicherung Forschungsberichte (fett gekennzeichnet) sowie weitere Beiträge aus seinem Fachgebiet. Bisher wurden publiziert:

	Bezugsquelle Bestellnummer
Forschungsbericht: Wolfram Fischer, Möglichkeiten der Leistungsmessung in Krankenhäusern: Überlegungen zur Neugestaltung der schweizerischen Krankenhausstatistik. Nr. 1/94	EDMZ* 318.010.1/94 d
Rapport de recherche: André Bender, M. Philippe Favarger, Dr. Martin Hoesli: Evaluation des biens immobiliers dans les institutions de prévoyance. N° 2/94	OCFIM* 318.010.2/94 f
Forschungsbericht: Hannes Wüest, Martin Hofer, Markus Schweizer: Wohneigentumsförderung – Bericht über die Auswirkungen der Wohneigentumsförderung mit den Mitteln der beruflichen Vorsorge. Nr. 3/94	EDMZ* 318.010.3/94 d
Forschungsbericht: Richard Cranovsky: Machbarkeitsstudie des Technologiebewertungsregister. Nr. 4/94	EDMZ* 318.010.4/94 d
Forschungsbericht: BRAINS: Spitex-Inventar. Nr. 5/94	EDMZ* 318.010.5/94 d
Forschungsbericht: Jacob van Dam, Hans Schmid: Insolvenzversicherung in der beruflichen Vorsorge. Nr. 1/95	EDMZ* 318.010.1/95 d
Forschungsbericht: BASS: Tobias Bauer. Literaturrecherche: Modelle zu einem garantierten Mindesteinkommen. Nr. 2/95	EDMZ* 318.010.2/95 d
Forschungsbericht: IPSO: Peter Farago. Verhütung und Bekämpfung der Armut: Möglichkeiten und Grenzen staatlicher Massnahmen. Nr. 3/95	EDMZ* 318.010.3/95 d
Bericht des Eidgenössischen Departementes des Innern zur heutigen Ausgestaltung und Weiterentwicklung der schweizerischen 3-Säulen-Konzeption der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge. Oktober 1995	EDMZ* 318.012.1/95 d/i
Universität Zürich, Interdisziplinäre Vorlesungsreihe 1995/96: Das neue KVG – Was ändert sich im Gesundheitswesen? Die Referate. Teil I	BSV** 96.217
Universität Zürich, Interdisziplinäre Vorlesungsreihe 1995/96: Das neue KVG – Was ändert sich im Gesundheitswesen? Die Referate. Teil II	BSV** 96.538
Interdepartementale Arbeitsgruppe "Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen" (IDA FiSo): Bericht über die Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen (unter besonderer Berücksichtigung der demographischen Entwicklung).	EDMZ* 318.012.1/96 d
Forschungsbericht: Familien mit alleinerziehenden Eltern. Nr. 1/96	EDMZ* 318.010.1/96 d
Bericht der Arbeitsgruppe "Datenschutz und Analysenliste / Krankenversicherung". Nr. 2/96	BSV** 96.567

* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

* OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne

** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern

** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne

Beiträge zur sozialen Sicherheit

In dieser Reihe veröffentlicht das Bundesamt für Sozialversicherung Forschungsberichte (fett gekennzeichnet) sowie weitere Beiträge aus seinem Fachgebiet. Bisher wurden publiziert:

	Bezugsquelle Bestellnummer
Berufliche Vorsorge: Neue Rechnungslegungs- und Anlagevorschriften; Regelung des Einsatzes der derivativen Finanzinstrumente; Verordnungstext / Erläuterungen / Fachempfehlungen. Nr. 3/96	EDMZ* 318.010.3/96 d
Forschungsbericht: Martin Wechsler, Martin Savioz: Umverteilung zwischen den Generationen in der Sozialversicherung und im Gesundheitswesen. Nr. 4/96	EDMZ* 318.010.4/96 d