



**PMV**  
forschungsgruppe

versorgungsepidemiologie  
qualitätssicherung  
sekundärdatenanalyse

# Abschlussbericht für MedInform - Informations- und Seminarservice Medizintechnologie

Epidemiologie und Versorgung von Patienten mit  
chronischen Wunden. Eine Analyse auf der Basis der  
Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen.

Modul 1: Falldefinitionen und administrative  
Prävalenzschätzungen (UPDATE; Stand: 3. Dezember 2015)

**AutorInnen**

Ingrid Köster  
Dr. Ingrid Schubert

**Ansprechpartner**

Dr. Ingrid Schubert  
PMV forschungsgruppe  
Herderstraße 52-54  
50931 Köln  
Tel. 0221 - 478-6545  
Ingrid.Schubert@uk-koeln.de

[www.pmvforschungsgruppe.de](http://www.pmvforschungsgruppe.de)

**Danksagung**

Die Autoren danken der »AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen«, der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und dem Hessischen Sozialministerium – insbesondere dem »Begleitgremium Versichertenstichprobe« für die Datenbereitstellung und konzeptionelle Mitgestaltung der »Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen«.

Die PMV forschungsgruppe ist Mitgliedsorganisation im Zentrum für Versorgungsforschung der Universität zu Köln (Sprecher: Prof. Dr. Holger Pfaff)

Köln, 3. Dezember 2015

**Copyright 2015**

<b>1</b>	<b>Einführung</b>	<b>1</b>
1.1	Auftrag und Zielsetzung	1
<b>2</b>	<b>Material und Methoden</b>	<b>3</b>
2.1	Versichertenstichprobe AOK Hessen / KV Hessen	3
2.1.1	Stichprobenverfahren	3
2.1.2	Umfang der Stichprobe	4
2.1.3	Repräsentativität	4
2.1.4	Besonderheiten der Stichprobe	4
2.2	Die Daten	5
2.3	Beobachtungszeitraum und Bezugspopulation	7
2.4	Studienpopulation	8
2.5	Methode der internen Validierung	8
2.6	Relevante Leistungen und Verordnungen	13
2.6.1	ATC-Codes	15
2.6.2	EBM-Ziffern	16
2.6.3	OPS-Kodes	17
2.6.4	Sachleistungen	20
2.7	Fall-Kontroll-Ansatz	21
2.8	Definitionen	21
2.8.1	Multimorbidität	21
2.8.2	Charlson-Komorbiditätsindex	22
2.8.3	Multimedikation	24
2.9	Statistik	25
<b>3</b>	<b>Ergebnisse I: Kodierung, Validierung und Faldefinition</b>	<b>26</b>
3.1	Ziele	26
3.2	Kodierweise und Mengengerüst	27
3.2.1	Dekubitus	30
3.2.2	Ulcus cruris	37
3.2.3	Diabetischer Fuß	45
3.2.4	Posttraumatische Wunden	50
3.2.5	Verbrennung/Verätzung	60
3.2.6	Amputationswunden	68
3.2.7	Entzündungen, Abszesse und andere Infektionen	74
3.2.8	Postoperative Wunden bei bösartigen Neubildung	79
3.3	Validierung der wundrelevanten Diagnosen	85
3.3.1	Erfüllung der Validierungskriterien	85
3.3.2	Einteilung der Patienten nach epidemiologischer Sicherheit	90
3.4	Falldefinition für chronische Wundpatienten	93
<b>4</b>	<b>Ergebnisse II: Prävalenzschätzung und Hochrechnung</b>	<b>102</b>
4.1	Fragestellung	102

4.2	Administrative Prävalenz	102
4.2.1	Prävalenz und Hochrechnung nach Indikationsbereichen	105
4.2.2	Prävalenz nach Indikation	107
4.3	Charakterisierung von Patienten mit chronischen Wunden	113
<b>5</b>	<b>Ergebnisse III: Grunddaten der Inanspruchnahme</b>	<b>116</b>
5.1	Fragestellungen	116
5.2	Vertragsärztliche Versorgung	116
5.3	Arzneimittel	118
5.3.1	Verbandsstoffe	119
5.4	Stationäre Versorgung	120
5.5	Häusliche Krankenpflege	121
5.6	Pflege	122
<b>6</b>	<b>Schlussfolgerung</b>	<b>125</b>
<b>7</b>	<b>Literatur</b>	<b>127</b>
<b>8</b>	<b>Anhang</b>	<b>129</b>
8.1	Daten und verwendete Klassifikationssysteme	129
8.2	Diagnoseuntergruppen nach DIMDI	136
8.3	Zusammenstellen der relevanten ICD-Kodes	143
8.4	Häufigkeit der relevanten ICD-Kodes	167
8.4.1	Dekubitus	167
8.4.2	Ulcus cruris	169
8.4.3	Diabetischer Fuß	171
8.4.4	Posttraumatische Wunden	172
8.4.5	Verbrennung/Verätzung	178
8.4.6	Amputationswunden	180
8.4.7	Entzündungen, Abszesse und andere Infektionen	183
8.4.8	Postoperative Wunden bei bösartigen Neubildungen	185

**Abbildungsverzeichnis**

Abb. 1	Patienten mit Wundbehandlung: Prävalenz nach Altersgruppe und Geschlecht, 2012	103
Abb. 2	Patienten mit chronischen Wunden: Prävalenz nach Altersgruppe und Geschlecht, 2012	104
Abb. 3	Schätzung der administrativen Prävalenz für »chronische Wunden bei Dekubitus« (enge Definition) in 2012 nach Altersgruppe und Geschlecht	107
Abb. 4	Schätzung der administrativen Prävalenz für »chronische Wunden bei Ulcus cruris« (enge Definition) in 2012 nach Altersgruppe und Geschlecht	108
Abb. 5	Schätzung der administrativen Prävalenz für »chronische Wunden bei diabetischem Fuß« (enge Definition) in 2012 nach Altersgruppe und Geschlecht	109
Abb. 6	Schätzung der administrativen Prävalenz für »chronische posttraumatische Wunden« (enge Definition) in 2012 nach Altersgruppe und Geschlecht	110
Abb. 7	Schätzung der administrativen Prävalenz für »chronische Wunden bei Verbrennung/Verätzung« (enge Definition) in 2012 nach Altersgruppe und Geschlecht	111
Abb. 8	Schätzung der administrativen Prävalenz für »chronische Wunden bei anderen Krankheiten« (enge Definition) in 2012 nach Altersgruppe und Geschlecht	112
Abb. 9	Stationäre Aufenthalte bei Wundpatienten	120
Abb. 10	Verordnung häuslicher Krankenpflege bei Wundpatienten	121
Abb. 11	Anteil der Wundpatienten mit Pflegeleistungen (SGB XI)	122

**Tabellenverzeichnis**

Tab. 1	Alters- und Geschlechtsstruktur der Bezugspopulation der in 2012 durchgängig Versicherten und in 2012 Verstorbenen, die bis zu Ihrem Tod durchgängig versichert waren	7
Tab. 2	PMV-interne Gruppierung der relevanten Leistungen und Verordnungen	14
Tab. 3	Wundspezifische Wirkstoffgruppen nach der Anatomisch-Therapeutisch-Chemischen (ATC)-Klassifikation für den deutschen Arzneimittelmarkt	15
Tab. 4	Andere relevante Wirkstoffgruppen nach der Anatomisch-Therapeutisch-Chemischen (ATC)-Klassifikation für den deutschen Arzneimittelmarkt	15
Tab. 5	Wundspezifische Leistungen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) [18]	16
Tab. 6	Relevante indikationsbezogene Leistungen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) – Ulcus cruris [18]	16
Tab. 7	Andere relevante Leistungen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) [18]	16
Tab. 8	Wundspezifische Leistungen nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) [7]	17
Tab. 9	Relevante indikationsbezogene Leistungen nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) – Dekubitus [7]	18
Tab. 10	Relevante indikationsbezogene Leistungen nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) – Ulcus cruris [7]	19
Tab. 11	Relevante indikationsbezogene Leistungen nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) – Amputation [7]	19
Tab. 12	Relevante indikationsbezogene Leistungen nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) – Entzündungen, Abszesse und andere Infektionen [7]	19
Tab. 13	Wundspezifische Sachleistungen	20
Tab. 14	Relevante indikationsbezogene Sachleistungen - Dekubitus	20
Tab. 15	Relevante indikationsbezogene Sachleistungen - Ulcus cruris	20
Tab. 16	Relevante indikationsbezogene Sachleistungen - Diabetischer Fuß	21
Tab. 17	Charlson-Index: Erkrankungen und Gewichtung	24
Tab. 18	Leistungen und Verordnungen, die beim Zusammenstellen der relevanten ICD-Kodes herangezogen wurden	28

Tab. 19	Leistungen und Verordnungen, die bei der Überprüfung der Relevanz der ICD-Kodes herangezogen wurden	29
Tab. 20	Dekubitus - Einbezogene ICD-10-Diagnosen	30
Tab. 21	Indikationsbereich »Dekubitus«: Relevanz ausgewählter ICD-Kodes für die Identifikation von Patienten mit chronischen Wunden nach Art der Behandlung	31
Tab. 22	Indikationsbereich »Dekubitus«: Relevanz ausgewählter ICD-Kodes für die Identifikation von Patienten mit chronischen Wunden nach Dauer der Behandlung	31
Tab. 23	Indikationsbereich »Dekubitus«: Relevanz ausgewählter ICD-Kodes für die Identifikation von Patienten mit chronischen Wunden mit PMV-Kennzeichnung F nach Dauer der Behandlung	33
Tab. 24	Indikationsbereich »Dekubitus«: Einteilung der Patienten mit relevanten Diagnosen in 2012 nach ambulanter/ stationärer Diagnose	34
Tab. 25	Indikationsbereich »Dekubitus«: Relevanz ausgewählter ICD-Kodes für die Identifikation von Patienten mit chronischen Wunden nach Patientengruppen	35
Tab. 26	Indikationsbereich »Dekubitus«: Häufigkeit der Diagnose »Dekubitus« in 2012 nach Patientengruppen und Anzahl der Diagnosequartale	35
Tab. 27	Indikationsbereich »Dekubitus«: Anteil der Patienten mit Wundbehandlung nach Patientengruppe und Anzahl der Diagnosequartale	36
Tab. 28	Ulcus cruris - Einbezogene ICD-10-Diagnosen	37
Tab. 29	Indikationsbereich »Ulcus cruris«: Relevanz ausgewählter ICD-Kodes für die Identifikation von Patienten mit chronischen Wunden nach Art der Behandlung	38
Tab. 30	Indikationsbereich »Ulcus cruris«: Relevanz ausgewählter ICD-Kodes für die Identifikation von Patienten mit chronischen Wunden nach Dauer der Behandlung	40
Tab. 31	Indikationsbereich »Ulcus cruris«: Relevanz ausgewählter ICD-Kodes für die Identifikation von Patienten mit chronischen Wunden mit PMV-Kennzeichnung F nach Dauer der Behandlung	42
Tab. 32	Indikationsbereich »Ulcus cruris«: Einteilung der Patienten mit relevanten Diagnosen in 2012 nach ambulanter/ stationärer Diagnose	44
Tab. 33	Alters- und Geschlechtsstruktur der Diabetespatienten der Bezugspopulation (Bezugsjahr 2012)	45

Tab. 34	Diabetischer Fuß - Einbezogene ICD-10-Diagnosen bei Diabetespatienten	45
Tab. 35	Indikationsbereich »Diabetischer Fuß«: Relevanz ausgewählter ICD-Kodes für die Identifikation von Patienten mit chronischen Wunden nach Art der Behandlung	46
Tab. 36	Indikationsbereich »Diabetischer Fuß«: Relevanz ausgewählter ICD-Kodes für die Identifikation von Patienten mit chronischen Wunden mit nach Dauer der Behandlung	47
Tab. 37	Indikationsbereich »Diabetischer Fuß«: Relevanz ausgewählter ICD-Kodes für die Diagnose »Diabetischer Fuß« mit PMV-Kennzeichnung F nach Dauer der Behandlung	48
Tab. 38	Indikationsbereich »Diabetischer Fuß«: Einteilung der Patienten mit relevanten Diagnosen in 2012 nach ambulanter/ stationärer Diagnose	49
Tab. 39	Posttraumatische Wunden - Einbezogene ICD-10-Diagnosen	50
Tab. 40	Indikationsbereich »Posttraumatische Wunden«: Relevanz ausgewählter ICD-Kodes für die Identifikation von Patienten mit chronischen Wunden nach Art der Behandlung	52
Tab. 41	Indikationsbereich »Posttraumatische Wunden«: Relevanz ausgewählter ICD-Kodes für die Identifikation von Patienten mit chronischen Wunden nach Dauer der Behandlung	55
Tab. 42	Indikationsbereich »Posttraumatische Wunden«: Relevanz ausgewählter ICD-Kodes für die Identifikation von Patienten mit chronischen Wunden mit PMV-Kennzeichnung F nach Dauer der Behandlung	58
Tab. 43	Indikationsbereich »Posttraumatische Wunden«: Einteilung der Patienten mit relevanten Diagnosen in 2012 nach ambulanter/ stationärer Diagnose	60
Tab. 44	Verbrennung/Verätzung - Einbezogene ICD-10-Diagnosen	61
Tab. 45	Indikationsbereich »Verbrennung/Verätzung«: Relevanz ausgewählter ICD-Kodes für die Identifikation von Patienten mit chronischen Wunden nach Art der Behandlung	63
Tab. 46	Indikationsbereich »Verbrennung/Verätzung«: Relevanz ausgewählter ICD-Kodes für die Identifikation von Patienten mit chronischen Wunden nach Dauer der Behandlung	65
Tab. 47	Indikationsbereich »Verbrennung/Verätzung«: Einteilung der Patienten mit relevanten Diagnosen in 2012 nach ambulanter/ stationärer Diagnose	67



Tab. 48	Amputationswunden - Einbezogene ICD-10-Diagnosen	68
Tab. 49	Indikationsbereich »Amputationswunden«: Relevanz ausgewählter ICD-Kodes für die Identifikation von Patienten mit chronischen Wunden mit PMV-Kennzeichnung S und F nach Art der Behandlung	69
Tab. 50	Indikationsbereich »Amputationswunden«: Relevanz ausgewählter ICD-Kodes für die Identifikation von Patienten mit chronischen Wunden nach Dauer der Behandlung	70
Tab. 51	Indikationsbereich »Amputationswunden«: Relevanz ausgewählter ICD-Kodes für die Identifikation von Patienten mit chronischen nach Dauer der Behandlung	71
Tab. 52	Indikationsbereich »Amputationswunden«: Einteilung der Patienten mit relevanten Diagnosen in 2012 nach ambulanter/ stationärer Diagnose	73
Tab. 53	Entzündungen, Abszesse und andere Infektionen - Einbezogene ICD-10-Diagnosen	74
Tab. 54	Indikationsbereich »Entzündungen, Abszesse und andere Infektionen«: Relevanz ausgewählter ICD-Kodes für die Diagnose »Entzündungen, Abszesse und andere Infektionen« nach Art der Behandlung	75
Tab. 55	Indikationsbereich »Entzündungen, Abszesse und andere Infektionen«: Relevanz ausgewählter ICD-Kodes für die Diagnose »Entzündungen, Abszesse und andere Infektionen« nach Dauer der Behandlung	76
Tab. 56	Indikationsbereich »Entzündungen, Abszesse und andere Infektionen«: Relevanz ausgewählter ICD-Kodes für die Identifikation von Patienten mit chronischen Wunden mit PMV-Kennzeichnung F nach Dauer der Behandlung	77
Tab. 57	Indikationsbereich »Entzündungen, Abszesse und andere Infektionen«: Einteilung der Patienten mit relevanten Diagnosen in 2012 nach ambulanter/ stationärer Diagnose	78
Tab. 58	Postoperativen Wunden bei bösartigen Neubildungen - Einbezogene ICD-10-Diagnosen	79
Tab. 59	Indikationsbereich »Postoperative Wunden bei bösartigen Neubildung«: Relevanz ausgewählter ICD-Kodes für die Identifikation von Patienten mit chronischen Wunden nach Art der Behandlung	80
Tab. 60	Indikationsbereich »Postoperative Wunden bei bösartigen Neubildung«: Relevanz ausgewählter ICD-Kodes für die Identifikation von Patienten mit chronischen Wunden nach Dauer der Behandlung	81

Tab. 61	Indikationsbereich »Postoperative Wunden bei bösartigen Neubildungen«: Relevanz ausgewählter ICD-Kodes mit PMV-Kennzeichnung F nach Dauer der Behandlung	82
Tab. 62	Indikationsbereich »Postoperative Wunden bei bösartigen Neubildungen«: Relevanz des ICD-Kodes Z08 für die Identifikation von Patienten mit chronischen Wunden	83
Tab. 63	Indikationsbereich »Postoperative Wunden bei bösartigen Neubildung«: Einteilung der Patienten mit relevanten Diagnosen in 2012 nach ambulanter/ stationärer Diagnose	84
Tab. 64	Anteil der potentiellen Erkrankungsfälle in 2012, die die ausgewählten Validierungskriterien erfüllen, nach Indikationsbereichen	86
Tab. 65	Einteilung der potentiellen Erkrankungsfälle in 2012 nach epidemiologischer Sicherheit der Diagnose und nach Indikationsbereich	91
Tab. 66	Einbezogene Leistungen- und Verordnungsgruppen im Rahmen einer Wundbehandlung	94
Tab. 67	Posttraumatische Wunden – ICD-10-Kodes nach Lokalisation der Wunde	96
Tab. 68	Einteilung der ICD-10-Kodes des Indikationsbereichs »Ulcus cruris«	96
Tab. 69	Potentielle Erkrankungsfälle nach Indikationsbereichen und nach Diagnosesicherheit und Anzahl der Diagnosequartale: Wundrelevante Therapie und Chronizität	99
Tab. 70	Prävalenz nach Indikationsbereichen	105
Tab. 71	Mehrfachkodierung von Wunddiagnosen bei Patienten mit offenen Wunden	106
Tab. 72	Charlson-Index für Wundpatienten nach Indikationsbereich	113
Tab. 73	Anteil mit Multimorbidität unter den Wundpatienten nach Indikationsbereich	114
Tab. 74	Anteil mit Multimedikation unter den Wundpatienten nach Indikationsbereich	115
Tab. 75	Fachgruppe der in Anspruch genommenen Ärzte bei Wundpatienten und ihren Kontrollen (Rangliste 1-10 sortiert nach Exzess)	116
Tab. 76	Fachgruppe der Diagnosen stellenden Ärzte: Anteil [%] mit Diagnose nach Wundpatienten der Indikationsbereiche (Rangliste 1-10; sortiert nach Gesamt)	117
Tab. 77	Arzneimittelverordnungen bei Wundpatienten nach ATC-Hauptgruppen (ATC-1-Steller)	118
Tab. 78	Verordnung von Verbandstoffen bei Wundpatienten	119

Tab. 79	Anteil der Wundpatienten mit Pflegeleistungen (SGB XI) nach Pflegestufe	123
Tab. 80	Anteil der Wundpatienten mit Pflegeleistungen (SGB XI) nach Pflegeart	123
Tab. 81	Anteil der Wundpatienten mit Pflegeleistungen (SGB XI) nach Leistungsarten	124
Tab. 82	Diagnoseuntergruppen nach DIMDI [8]	137
Tab. 83	Relevanz ausgewählter ICD-Kodes für die Identifikation von Patienten mit chronischen Wunden: Anteil der ambulanten Behandlungsfälle mit ICD-Kode im Quartal I/2012 mit mindestens acht Wochen Wundbehandlung*	144
Tab. 84	Überprüfung der ICD-Kodes ohne Kennzeichnung S/F: Anteil der ambulanten Behandlungsfälle mit ICD-Kode im Quartal I/2012 mit mindestens acht Wochen Wundbehandlung*	157
Tab. 85	Überprüfung der ICD-Kodes ohne Kennzeichnung S/F: Anteil der Patienten mit mindestens einer wundrelevanten Verordnung/Leistung im Quartal I/2012 (Kriterium 1) und mindestens zwei wundrelevanten Verordnungen/Leistungen im Abstand von mindestens acht Wochen in 2012 (Kriterium 2)	162
Tab. 86	Indikationsbereich »Dekubitus«: Häufigkeit relevanter ICD-Kodes in 2012 nach Diagnoseart	167
Tab. 87	Indikationsbereich »Dekubitus«: Häufigkeit relevanter ICD-Kodes in 2012 nach Anzahl der Diagnose quartale	168
Tab. 88	Indikationsbereich »Ulcus cruris«: Häufigkeit relevanter ICD-Kodes in 2012 nach Diagnoseart	169
Tab. 89	Indikationsbereich »Ulcus cruris«: Häufigkeit relevanter ICD-Kodes in 2012 nach Anzahl der Diagnose quartale	170
Tab. 90	Indikationsbereich »Diabetischer Fuß«: Häufigkeit relevanter ICD-Kodes in 2012 nach Diagnoseart	171
Tab. 91	Indikationsbereich »Diabetischer Fuß«: Häufigkeit relevanter ICD-Kodes in 2012 nach Anzahl der Diagnose quartale	172
Tab. 92	Indikationsbereich »Posttraumatische Wunden«: Häufigkeit relevanter ICD-Kodes in 2012 nach Diagnoseart	173
Tab. 93	Indikationsbereich »Posttraumatische Wunden«: Häufigkeit relevanter ICD-Kodes in 2012 nach Anzahl der Diagnose quartale	175
Tab. 94	Indikationsbereich »Verbrennung/Verätzung«: Häufigkeit relevanter ICD-Kodes in 2012 nach Diagnoseart	178

Tab. 95	Indikationsbereich »Verbrennung/Verätzung«: Häufigkeit relevanter ICD-Kodes in 2012 nach Anzahl der Diagnosequartale	179
Tab. 96	Indikationsbereich »Amputationswunden«: Häufigkeit relevanter ICD-Kodes in 2012 nach Diagnoseart	181
Tab. 97	Indikationsbereich »Amputationswunden«: Häufigkeit relevanter ICD-Kodes in 2012 nach Anzahl der Diagnosequartale	182
Tab. 98	Indikationsbereich »Entzündungen, Abszesse und andere Infektionen«: Häufigkeit relevanter ICD- Kodes in 2012 nach Diagnoseart	183
Tab. 99	Indikationsbereich »Entzündungen, Abszesse und andere Infektionen«: Häufigkeit relevanter ICD- Kodes in 2012 nach Anzahl der Diagnosequartale	184
Tab. 100	Indikationsbereich »Postoperative Wunden bei bösartigen Neubildung«: Häufigkeit relevanter ICD- Kodes in 2012 nach Diagnoseart	185
Tab. 101	Indikationsbereich »Postoperative Wunden bei bösartigen Neubildung«: Häufigkeit relevanter ICD- Kodes in 2012 nach Anzahl der Diagnosequartale	186

## 1.1

**Auftrag und Zielsetzung**

Die PMV forschungsgruppe, Universität zu Köln, erhielt vom Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVmed) den Auftrag, auf der Basis der Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen eine Versorgungsforschungsstudie zum Thema »Chronische Wunden« durchzuführen (s. Vertrag vom 01.012.2011).

Chronische Wunden können bei einer Vielzahl von Erkrankungen als Komplikationen auftreten. An erster Stelle sind hier Ulcus cruris, das diabetische Fußsyndrom und Dekubitus zu nennen. Patienten mit chronischen Wunden erleiden in einem hohen Ausmaß einen Verlust an Lebensqualität. Neben den medizinischen Herausforderungen, die sich bei der Therapie chronischer Wunden stellen, entstehen durch die lange andauernde Behandlung hohe Kosten für die Krankenversicherung sowie auch hohe gesellschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit oder Frühberentung.

Angaben zur Häufigkeit des Auftretens chronischer Wunden insgesamt sowie differenziert nach den zugrunde liegenden Erkrankungen liegen nicht vor, allenfalls Schätzungen zu ausgewählten Erkrankungen, die mit dem Auftreten chronischer Wunden verbunden sind. Die S3 Leitlinie zur »Lokaltherapie chronischer Wunden bei Patienten mit den Risiken periphere arterielle Verschlusskrankheit, Diabetes mellitus, chronische venöse Insuffizienz« weist einige Prävalenzangaben auf, nicht ohne jedoch auf die Schwierigkeiten der Studienvergleiche aufgrund unterschiedlicher Definitionen und Methodik hinzuweisen.

- Aktive venöse Ulcera kommen schätzungsweise bei 0,08% bis 0,1% der erwachsenen Bevölkerung vor (zit. nach [1]). Erwartungsgemäß steigt die Prävalenz mit dem Alter deutlich an. In der Bonner Venenstudie wurde eine Prävalenz von 0,7% gefunden.
- Zur Häufigkeit chronischer Wunden bei PAVK konnten die Leitlinienautoren keine Studien identifizieren.
- Diabetische Fußulcera werden mit 2 bis 10% der Patienten mit Diabetes angegeben (ebd.). Patienten mit diabetischem Fuß weisen zu einem hohen Prozentsatz auch eine PAVK auf [19].

Auch Angaben zu den Behandlungskosten streuen weit bzw. beruhen meist auf Studien mit geringer Fallzahl und eingegrenztem Patientenklitel. So wurden beispielsweise in einer Primärerhebung im Mittel GKV-Behandlungskosten von 7.631 Euro für Patienten mit Ulcus cruris pro Jahr ermittelt [21].

Der Erfolg der Behandlung ist von zahlreichen Faktoren abhängig. Nach Angaben der Leitlinie Diagnostik und Therapie des Ulcus cruris venosum [19] kommt es bei ca. einem Drittel der Patienten zu Rezidiven.

Die Daten der gesetzlichen Krankenversicherung stellen eine gute Basis dar, um Prävalenzschätzungen für umschriebene chronische Wunden zu ermitteln. Die Daten erlauben eine Charakterisierung der Versicherten sowie Angaben zur Behandlung und den damit verbundenen Kosten.

## Modul 1

Die hier durchgeführte Untersuchung auf Basis der Daten des Jahres 2012 (Modul 1) hat folgende Ziele:

- Prävalenzschätzung chronischer Wunden gesamt sowie differenziert nach Erkrankungsgruppe auf Basis der ICD-10 kodierten Diagnosen,
- Charakterisierung der Patienten mit chronischen Wunden und
- Erhebung von Grunddaten zur Versorgung.

Die in diesem Modul 1 definierten Patienten mit chronischen Wunden stellen die Studienpopulation für weitere geplante Analysen dar.

Die Analyse wird für das Jahr 2012 durchgeführt.

Im Methodenteil in Kap. 2 werden zunächst die Datenbasis (Kap. 2.1 bis 2.4) und die methodische Vorgehensweise (Kap. 2.5 bis 2.9) beschrieben. Das Vorgehen zur internen Validierung der Diagnosen wird in Kap. 2.5 dargestellt (ausführliche Darstellung zu den Datensektoren befinden sich im Anhang 8.1).

Der Ergebnisteil teilt sich in drei Kapitel: In Kap. 3 werden Ergebnisse der Auswertungen zur Untersuchung der Kodierung von chronischen Wunden (Kap. 3.2) sowie die Ergebnisse der internen Validierung der wundrelevanten Diagnosen (Kap. 3.3) und die Definition der chronischen Wundpatienten (Kap. 3.4) dargestellt. Die Prävalenzschätzung sowie die Charakterisierung der Patienten mit chronischen Wunden werden in Kap. 4 dargestellt und Kap. 5 zeigt Grunddaten zur Inanspruchnahme.

Die Untersuchung wird als Sekundärdatenanalyse basierend auf den Daten der Gesetzlichen Kranken- (SGB V) und Pflegeversicherung (SGB XI) durchgeführt.

## 2.1

### **Versichertenstichprobe AOK Hessen / KV Hessen**

Datenbasis für die Untersuchung ist die »Versichertenstichprobe AOK Hessen/ KV Hessen« (VSH). An dem Projekt »Versichertenstichprobe AOK Hessen/ KV Hessen« sind die AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen (Bad Homburg v. d. H.), die Kassenärztliche Vereinigung Hessen (Frankfurt/Main), das Hessische Sozialministerium und die PMV forschungsgruppe (Universität zu Köln) beteiligt. Zielsetzung war die Schaffung einer Datenbasis, die das Versorgungsgeschehen versicherten- und leistungserbringerbeziehbar, periodenübergreifend und vollständig abbildet. Die VSH wird seit 1998 jährlich gezogen. Gegenwärtig steht sie für die Beobachtungsjahre 1998 bis 2012 zur Verfügung. Eine Verlängerung des Erhebungszeitraumes bis 2017 ist datenschutzrechtlich genehmigt.

### 2.1.1

#### **Stichprobenverfahren**

Die Stichprobenziehung erfolgte als Zufallsstichprobe aus Versicherten der AOK Hessen mit einem über die Beobachtungszeit konstantem Auswahlatz von 18,75%. Durch den konstanten Auswahlatz ist sichergestellt, dass die Stichprobe den natürlichen Bewegungen der zugrunde liegenden AOK-Versichertenpopulation folgt. Beginn von Versicherungen (Geburt, Eintritte) sowie Austritte aus der AOK oder Versterbende werden berücksichtigt. Für eine ausführliche Darstellung der VSH siehe [17].

Die Stichprobenziehung erfolgte nach einem Verfahren, welches von der PMV forschungsgruppe in einem Methodenforschungsprojekt »Versichertenstichprobe aus der Gesetzlichen Krankenversicherung« im Auftrag des Statistischen Bundesamts erarbeitet und vorgeschlagen wurde [16]. Danach wird allein aus der Krankenversicherungsnummer ein Kriterium abgeleitet, welches die Zugehörigkeit zur Stichprobe anzeigt. Hierbei wird aus der Krankenversicherungsnummer aller AOK-Versicherten durch Bildung eines MD5-Hashwertes [23] eine Pseudozufallszahl berechnet. Das Kriterium für die Stichprobenzugehörigkeit wurde aus einer bestimmten Stelle (in hexadezimaler Schreibweise) des Hashwertes berechnet. Drei von 16 möglichen Ausprägungen (0-9, A-F) wurden als Stichprobenkriterium festgelegt. Daraus ergab sich ein Auswahlatz von 3/16 bzw. 18,75%. Da zum Zeitpunkt der Datenerhebung ein Versicherter mehrere Versichertennummern haben konnte, musste das Verfahren modifiziert werden. Es musste festgelegt werden, welche Versichertennummer als Grundlage für die Ziehung zu verwenden war, damit jeder Versicherte mit der gleichen Wahrscheinlichkeit gezogen werden konnte. Die in der Krankenkasse und KV durchgeführte Selektion der Daten musste über eine Referenzliste erfolgen, die alle Versichertennummern eines Versicherten enthielt, um sicherzustellen, dass alle Daten eines Versicherten vollständig erfasst wurden.

### 2.1.2 Umfang der Stichprobe

Zum Stichtag 01.01.2012 umfasste die Stichprobe 277.462 Versicherte. Davon waren 255.271 (92,0%) im Kalenderjahr 2012 durchgängig versichert und 4.205 (1,5%) Verstorbene, die bis zu Ihrem Tod im Kalenderjahr durchgängig versichert waren.

### 2.1.3 Repräsentativität

Die Repräsentativität der Stichprobe für die Bevölkerung der AOK Hessen ist durch die Wahl des Stichprobenverfahren und den hohen Auswahlatz von 18,75% gewährleistet. Folgende weitere Charakteristika der Stichprobe müssen jedoch in ihrem Einfluss auf die Verallgemeinerung der Ergebnisse in Bezug auf die GKV Bevölkerung bzw. die Bevölkerung der Bundesrepublik berücksichtigt werden. Die Versichertenstichprobe entstammt einer Krankenkassenart (AOK) und einem Bundesland (Hessen). Von einer Repräsentativität der Stichprobenpopulation für die Bevölkerung Deutschlands kann nicht uneingeschränkt ausgegangen werden. So zeigt ein Vergleich der Alters- und Geschlechtsstruktur der beiden Populationen, dass in der AOK Hessen ältere Menschen überrepräsentiert sind. Dies lässt sich durch eine Alters- und Geschlechtsstandardisierung ausgleichen.

### 2.1.4 Besonderheiten der Stichprobe

Die »Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen« basiert auf den – primär zu administrativen Zwecken genutzten – Daten der Gesetzlichen Krankenversicherung. Diese Daten stehen – als Vorteil gegenüber Primärerhebungen – kostengünstig, zeitnah, ohne Erhebungs- und Selektionsbias, personen- und bevölkerungsbezogen auch über lange Beobachtungszeiträume zur Verfügung.

Die Stichprobenprobanden wurden wie zuvor dargestellt aus der Krankenversicherungsnummer aller AOK-Versicherten durch Bildung eines sog. HASH-Wertes, eine Pseudo-Zufallszahl, gezogen. Die auf diese Weise gezogenen Versicherten gehen vollständig in die Stichprobe ein. Ein Selektionsbias entfällt. Es gibt weder eine krankheitsbezogene Selektion (z. B. im Krankenhaus nach Schwere der Erkrankung), noch eine Selbstselektion (Antwortverweigerer).

Es handelt sich um eine versichertenbezogene Stichprobe und nicht um eine arztbezogene Stichprobe. Die Daten aller an der Behandlung eines Patienten beteiligten Ärzte und Einrichtungen werden erfasst. Die Datensätze je Patient enthalten alle Kontakte zu jeder aufgesuchten behandelnden Einrichtung mit allen jeweils erbrachten und über die GKV abgerechneten Leistungen. Ein Recallbias entfällt, da die Honorierung von der systematischen Erfassung der Kontakte und der dort erbrachten Leistungen abhängt.

Der Datensatz umfasst für jeden individuellen Versicherten die von der Krankenkasse erfassten Stammdaten (Alter, Geschlecht, Versicherungsstatus) und sämtliche zu Lasten der Krankenkasse verordneten Arzneimittel und Sachleistungen sowie Krankenhausaufenthalte, Arbeitsunfähigkeiten und Pflegezeiten. Selbstmedikation und andere privat bezahlte Leistungen sowie Angaben zu Schweregraden und Laborwerten werden in den Daten nicht abgebildet. Weiterhin enthält der Datensatz die bei der KV Hessen gespeicherten ambulanten Abrechnungsdaten, auf denen die durch niedergelassene Ärzte gestellten



Diagnosen und ärztlichen Leistungen verzeichnet sind. Die Stichprobe und der zugehörige Datensatz erlauben eine Langzeitbeobachtung von zurzeit 15 Jahren. Es können damit Behandlungsverläufe beobachtet werden. Da die Datensätze der Gesetzlichen Krankenkassen die Daten aller Einrichtungen, die der Patient zu Lasten der GKV aufsucht, erfassen, können die Wege der Patienten einrichtungsübergreifend verfolgt werden und die Kosten vollständig erfasst werden.

Voraussetzung für die epidemiologische und gesundheitsökonomische Arbeit mit GKV-Daten ist jedoch die genaue Kenntnis der Datendokumentation betreffenden Verwaltungsvorgaben und ihre Dokumentation. Darüber hinaus bedarf es methodischer Standards sowohl für die Datenerhebung, die Aufbereitung als auch für die Auswertung und Interpretation (siehe hierzu die Leitlinie Gute Praxis Sekundärdaten [1] sowie [28]).

## 2.2

### Die Daten

Ausführlich siehe Kap. 8.1 im Anhang.

### Zugang zu den Daten, Datenschutz

Die Erhebung der Versichertenstichprobe erfolgt auf der Basis des § 75, SGB X und wurde durch die Aufsichtsbehörde, Hessisches Sozialministerium, genehmigt. Datenschutzrechtlich wurde die Datenerfassung, Pseudonymisierung und Datenübermittlung durch den Hessischen Datenschutzbeauftragten geprüft und in Abstimmung mit den Datenschutzbeauftragten von AOK Hessen und KV Hessen durchgeführt.

Die in den Originalbelegen gespeicherten Krankenversicherernummern, Kassenarztnummern bzw. Institutionskennzeichen werden bei der Selektion durch eindeutige Identifikationsnummern (ID) des Versicherten, des Kassenarztes bzw. der Institution ersetzt. In der Treuhänderstelle – Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik der Universität zu Mainz – werden diese Identifikationsnummern (symmetrisch) verschlüsselt und in der PMV Forschungsgruppe abermals durch eine laufende, nicht sprechende Studiennummer ersetzt. Durch dieses mehrstufige Vorgehen werden sowohl datenschutzrechtliche Anforderungen erfüllt, als auch die Eindeutigkeit des Pseudonyms während des Beobachtungszeitraums sichergestellt. Eine Re-Identifikation dieses Pseudonyms durch die Auswertungsstelle ist nicht möglich.

### Erhobene Variablen

Die Besonderheit der Stichprobe liegt in der Möglichkeit, Diagnose-, Leistungs- und Verwaltungsdaten sowie Krankenhaus- und Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen und die Leistung »Pflege« personenbezogen sektorübergreifend über einen Zeitraum von derzeit 15 Jahren zu analysieren.

An versichertenbezogenen Daten stehen pseudonymisiert in einer Grundaufbereitung als SQL-Datenbank zur Verfügung:

- Stammdaten: Geschlecht, Alter (Jahr des Geburtsdatums), Nationalität, Postleitzahl des Wohnortes

- Mitgliedszeiten: Versicherungsbeginn und -ende, Versicherungsart, Abgabegrund der Meldung (z. B. Abgabegrund 32 = Tod des Versicherten)
- Daten zur ambulanten ärztlichen Versorgung mit Diagnosen (quartalsbezogen) und Leistungsziffern (mit Tag der Leistungserbringung) und Angabe des abrechnenden Arztes (Arztgruppe)
- Verordnungsdaten: z. B. Arzneimittelname, Packungsgröße, Stärke, Verordnungsdatum und Angabe des ausstellenden Arztes (Arztgruppe)
- Daten zur Krankenhausbehandlung und Rehabilitation (Dauer, Diagnose)
- Arbeitsunfähigkeitsdaten: Beginn, Ende, Diagnose
- Sachleistungen (z. B. Heil- und Hilfsmittel mit Angabe des Verordnungsdatums und des ausstellenden Arztes (Fachgruppe))
- Leistung der Pflegeversicherung (Pflegeart, Pflegestufe).

### Klassifikation und Verschlüsselung

#### Ambulante ärztliche Diagnosen

Die ambulanten ärztlichen Diagnosen (im Bericht auch als Krankenscheindiagnosen bezeichnet) liegen quartalsbezogen vor. Bis zum Quartal IV/1999 lag der Großteil der ambulanten ärztlichen Diagnosen als Klartext vor. Ab dem Quartal I/2000 und damit für den in diesem Projekt einbezogenen Beobachtungszeitraum liegen die ambulanten ärztlichen Diagnosen ICD-10 verschlüsselt vor (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision [6]).

#### Stationäre Diagnosen

Für die stationären Aufenthalte sind die Aufnahme-, die Hauptentlassungs- und Nebendiagnosen erfasst. Die stationären Diagnosen liegen ICD-10 verschlüsselt vor [6].

#### Verordnungen

Die PMV forschungsgruppe erhält die Verordnungsdaten edv-erfasst. Die Rohdaten enthalten für jede Verordnung die Pharmazentralnummer. Die PMV forschungsgruppe verfügt über eine projekteigene Datenbank, die in den vergangenen Jahren aufgebaut wurde und mit Hilfe der ABDA-Datenbank und der WIdO-Stammdaten (bis Ende 2004) gepflegt wird. Aus dieser Datenbank werden für jede Verordnung über die Pharmazentralnummer Informationen über das verordnete Fertigarzneimittel bzw. das Hilfsmittel und den Verbandstoff zugespielt. Die Wirkstoffe werden nach dem Anatomisch-Therapeutisch-Chemischen (ATC)-Klassifikationssystem, die Verordnungsmenge in definierten Tagesdosen angegeben [12].

#### Ärztliche Leistungen

Die vertragsärztlichen Leistungen werden dokumentiert als 4-stellige (bis Quartal I/2005) bzw. 5-stellige Leistungsziffern (ab Quartal II/2005) nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), KBV-spezifisch (KBV = Kassenärztliche Bundesvereinigung), Landes-KV-spezifisch oder auch EBM-abgewandelt, dann mit einem Buchstabenzusatz versehen [18].

## Sachleistungen

Neben den Arznei- und Hilfsmittelverordnungen auf Rezept gibt es noch Verordnungen von Sachleistungen. Die Liste der möglichen Sachleistungen umfasst unterschiedliche Leistungen bzw. Produkte. Neben Verordnungen von Hilfsmitteln (z. B. Prothese, Gehstock) befinden sich hier Leistungen nicht ärztlicher Heilberufe (z. B. Krankengymnastik, Physiotherapie etc.) sowie sonstige Leistungen wie Krankenfahrten, häusliche Krankenpflege, etc. Die AOK Hessen speichert unter Sachleistungen auch Pflegeleistungen ab, die zu Lasten der Pflegeversicherung abgerechnet werden. Diese sind gesondert gekennzeichnet und können so einfach selektiert werden.

## Stationäre Behandlung

Hierunter sind alle Arten von Inanspruchnahme stationärer Einrichtungen zusammengefasst. Über die Variable Sachbuchkonto lassen sich Krankenhausbehandlung und Rehabilitation voneinander abgrenzen. Die Leistungen werden nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) kodiert [7].

## 2.3

**Beobachtungszeitraum und Bezugspopulation**

Der Bezugszeitraum für die Falldefinition und Prävalenzschätzung ist das Kalenderjahr 2012.

Bezugspopulation sind die bei der AOK Hessen im Beobachtungsjahr durchgängig Versicherten sowie im Beobachtungsjahr Verstorbene, die bis zu Ihrem Tod im Beobachtungsjahr durchgängig versichert waren. Zur Alters- und Geschlechtsstruktur siehe Tab. 1.

Tab. 1

**Alters- und Geschlechtsstruktur der Bezugspopulation der in 2012 durchgängig Versicherten und in 2012 Verstorbenen, die bis zu Ihrem Tod durchgängig versichert waren**

Altersgruppe [Jahre]	Studienpopulation 2012								
	Durchgängig Versicherte			Verstorbene			Gesamt		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
-9	10.772	10.390	21.162	1	2	3	10.773	10.392	21.165
10-	12.050	11.311	23.361	3	2	5	12.053	11.313	23.366
20-	11.975	12.571	24.546	6	3	9	11.981	12.574	24.555
30-	13.873	14.191	28.064	21	6	27	13.894	14.197	28.091
40-	19.713	17.629	37.342	46	27	73	19.759	17.656	37.415
50-	18.485	17.310	35.795	135	68	203	18.620	17.378	35.998
60-	15.165	15.277	30.442	261	151	412	15.426	15.428	30.854
70-	15.155	18.684	33.839	637	438	1.075	15.792	19.122	34.914
80-	5.810	11.641	17.451	650	958	1.608	6.460	12.599	19.059
90-	644	2.625	3.269	168	622	790	812	3.247	4.059
Gesamt	123.642	131.629	255.271	1.928	2.277	4.205	125.570	133.906	259.476

© PMV 2015

## 2.4

**Studienpopulation**

Studienpopulation sind Patienten mit chronischen Wunden. Es werden sechs Indikationsbereiche unterschieden:

- Dekubitus (1)
- Ulcus cruris (2)
- Diabetischer Fuß (3)
- Posttraumatische Wunden (4)
- Verbrennung/Verätzung (5)
- Andere Wunden (6)
  - Entzündungen, Abszesse und andere Infektionen
  - Amputationswunden
  - Postoperative Wunden bei bösartigen Neubildung

Patienten werden anhand ihrer ICD-kodierten Diagnosen den sechs genannten Indikationsbereichen zugeordnet. Mehrfachzuordnungen sind möglich. Patienten mit ausschließlich Diagnosen ohne eindeutige Zuordnung zu den zuerst genannten fünf Bereichen bilden die Gruppe »Andere Wunden«.

Für jede der sechs Patientengruppen erfolgt eine interne Validierung. Die Methode der internen Validierung wird in Kap. 2.5 dargestellt, die Ergebnisse in Kap. 3.3.

## 2.5

**Methode der internen Validierung**

Krankheitsspezifische Untersuchungen erfordern als erstes die Identifikation der Personen mit einer Erkrankung. In Primärerhebungen erfolgt dies durch Befragung und/oder Untersuchung einer Bevölkerungsgruppe, in der hier vorliegenden Untersuchung durch Sekundäranalyse der Verwaltungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherung.

Analysen auf der Basis der Versichertenstichprobe erfordern die Definition des Versicherten mit einer bestimmten Erkrankung. Die ambulanten ärztlichen Diagnosen bezeichnen primär den Beratungs- und Behandlungsanlass und die Begründung für ärztliches Handeln. An Hand der Diagnosenennung allein kann oftmals nicht entschieden werden, ob damit die Begründung für eine Untersuchung, ein Verdacht oder eine bereits diagnostizierte Erkrankung bezeichnet wird. Im Gegensatz zu klinischen Studien und Primärerhebungen besteht bei der Heranziehung von Sekundärdaten keine Möglichkeit einer externen Validierung der Diagnosen. Der Grad der Sicherheit, ob ein Patient tatsächlich unter einer bestimmten Erkrankung leidet, kann daher in Projekten auf der Basis von GKV-Daten an Hand der vorhandenen Daten als *interne Validierung* vorgenommen werden (s. hierzu auch [13], [24]).

Ziel dieses wichtigen Untersuchungsschrittes, der die Basis für alle weiteren Schätzungen von Krankheitshäufigkeit und Verteilung sowie versorgungsepidemiologische/ökonomische Untersuchungen legt, ist die Abgrenzung der »sicheren« von den »nicht sicheren« Diagnosen. Das bedeutet, dass bei jedem Patienten die Validität der Diagnose geprüft werden muss. Da das Ergebnis

einer Prävalenzschätzung von den herangezogenen Ein- und Ausschlusskriterien beeinflusst wird, sind die Validierungsschritte darzulegen.

Bei der Validierung wird folgendermaßen vorgegangen: Zunächst werden alle Patienten selektiert, die die Erkrankung möglicherweise haben. Dies erfolgt zunächst anhand der Nennung einer zum gesuchten Krankheitsbild gehörenden Diagnose oder auch anhand von Verordnungen krankheitsspezifischer Arzneimittel. Der Diagnosethesaurus für das zu untersuchende Krankheitsbild muss für diese erste Abfrage vollständig sein, um alle Versicherten mit der gesuchten Krankheit zu identifizieren (geringe Spezifität, große Sensitivität). In manchen Fällen können die Patienten auch anhand der verordneten spezifischen Medikamente selektiert werden. Dann werden schrittweise weitere Daten des Patienten (z. B. spezifische Untersuchungen) zur Bestätigung der Diagnose herangezogen. Sind die Patientendaten sinnvoll genutzt worden, erhält man eine Gruppe von Erkrankten mit valider Diagnose für krankheitsspezifische Auswertungen.

### Datengrundlage

Für die Diagnosevalidierung und Falldefinition werden die Stammdaten, die ambulanten ärztlichen und stationären Diagnosen (Aufnahme-, Hauptentlassungs- und Nebendiagnosen) sowie wahlweise vertragsärztliche Leistungen (EBM), stationäre Leistungen (OPS), Verordnungen von Arzneimitteln (ATC) und/oder Sachleistungen (z.B. Heil- und Hilfsmittel) herangezogen. Die Verknüpfung erfolgt über das Pseudonym der Versicherten der Stichprobe sowie gegebenenfalls über das Pseudonym des Arztes und das Behandlungsquartal.

### Validierungskriterien

Da nicht von einer einzelnen Diagnosenennung auf eine sichere Erkrankung geschlossen werden kann, müssen Definitionskriterien vor dem Hintergrund einer internen Diagnosevalidierung formuliert werden, um *epidemiologisch sichere* Erkrankungsfälle von *epidemiologisch unsicheren* Fällen abgrenzen zu können. Die Vorgehensweise zur internen Validierung wird im Folgenden dargestellt.

### ICD-Auswahl

Zunächst werden die ICD-10-Codes zusammengestellt, die zur Falldefinition herangezogen werden (zur Festlegung für die acht Indikationsgruppen siehe Kap. 3.2):

- Dekubitus (Kap. 3.2.1)
- Ulcus cruris (Kap. 3.2.2)
- Diabetischer Fuß (Kap. 3.2.3)
- Posttraumatische Wunden (Kap. 3.2.4)
- Verbrennung (Kap. 3.2.5)
- Entzündungen, Abszesse und andere Infektionen (Kap. 3.2.7)
- Amputationswunden (Kap. 3.2.6)
- Postoperative Wunden bei bösartigen Neubildung (Kap. 3.2.8)

### Gruppierung der Patienten mit Diagnose

Basis der Diagnosevalidierung bildet die Population der Patienten mit mindestens einem der relevanten ICD-10-Kodes im Jahr 2012 als:

- vertragsärztliche Diagnose mit Zusatz G (gesichert),
- stationäre Aufnahme-diagnose
- stationäre Hauptentlassungsdiagnose
- stationäre Nebendiagnose.

Im Folgenden werden diese Patienten als potentielle Fälle bezeichnet. Die Bezeichnung wurde gewählt, da diese Gruppe die Basis für die Selektion der Versicherten anhand der Definitionskriterien darstellt. Patienten mit ausschließlich ambulanten Diagnosen mit Diagnosezusätze A (ausgeschlossen), V (Verdacht) und Z (symptomfreier Zustand nach) werden ausgeschlossen.

Um zu einer Einschätzung der Sicherheit der Diagnose zu gelangen, werden verschiedene Kriterien zur internen Validierung herangezogen. Die Falldefinition schließt sich als nächster Schritt an.

### Validierungskriterien

Im Folgenden werden verschiedene Kriterien vorgestellt, die zur Abschätzung der Validität der Diagnose im Kontext der jeweiligen Erkrankung unterschiedlich gewichtet werden können (harte/weiche Kriterien). Liegt eine spezifische Medikation (z. B. Insulin bei Diabetes) vor, so ist das Kriterium der Verordnung bei dieser Diagnose sicher höher zu bewerten als bei einer Diagnose mit eher unspezifischer Medikation (Schmerzmittel). Bei Erkrankungen, die z. B. eine bestimmte Diagnostik/Therapie erfordern, die im ambulanten Sektor oder von Allgemeinärzten nicht erbracht werden kann, erhält das Kriterium »Diagnose von mehreren Ärzten/Einrichtungen« eine andere Bedeutung als bei einer Erkrankung, bei der Patienten in der Regel von einem Arzt betreut werden. Wichtig ist die transparente Darlegung des Vorgehens.

### Kriterium »Diagnose in mehreren Quartalen«

Betrachtet man den Diagnoseverlauf eines Patienten über einen längeren Zeitraum, so finden sich bei chronischen und schwerwiegenden Erkrankungen regelmäßige Wiederholungen der Diagnose in verschiedenen Quartalen. Wird dagegen eine Diagnose nur einmal genannt und entfällt sie dann im weiteren Diagnoseverlauf, so kann man davon ausgehen, dass es sich lediglich um eine Verdachtsdiagnose oder ein akutes Ereignis gehandelt hat.

Die Anzahl der Quartale mit Diagnosenennung kann als Validierungskriterium herangezogen werden. Hierbei werden auch wahlweise stationäre Diagnosen in die Analyse einbezogen. Eine Diagnosenennung in mehr als einem Quartal deutet zwar auf das Vorliegen einer Erkrankung hin, ist aber kein hartes Kriterium, da das Weiterführen einer Diagnose von einem Quartal in das nächste Quartal auch durch entsprechende Vorgaben der Praxissoftware bedingt sein kann und nicht immer eine Behandlung bedeutet.

Kriterium »Diagnose durch verschiedene Ärzte«	Die Dokumentation einer Diagnose durch verschiedene Ärzte ist ein hartes Kriterium, das aber nur Patienten erfüllen, die von mehreren Ärzten betreut werden. Hierbei kann es sich um Patienten in einem fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung handeln, aber auch um Patienten, die zu Beginn einer Erkrankung zur weiteren Abklärung einen zweiten Arzt aufsuchen oder Patienten, bei denen im Rahmen einer stationären Behandlung die Zielerkrankung (z. B. der Diabetes mellitus) als Nebendiagnose dokumentiert wurde. Es können aber auch erkrankungsunabhängige Gründe (z. B. Praxisvertretung) dazu führen, dass die Diagnose von mehr als einem Arzt dokumentiert wurde. Die Betreuung durch nur einen Arzt bedeutet deshalb nicht, dass die Diagnose nicht valide ist.
Kriterium »Unterschiedlich differenzierte ICD-Diagnosen«	Nicht nur die Diagnosewiederholung in verschiedenen Quartalen, sondern auch die Dokumentation verschiedener ICD-Codes für die Zieldiagnose kann als Validierungskriterium herangezogen werden. So können unterschiedliche Spezifizierungen der Diagnose durch Angaben zur Topografie, Stadieneinteilung, Komplikationen Hinweise auf die Validität der Diagnose geben.  Das Kriterium »Unterschiedlich differenzierte ICD-Diagnosen« erfüllen Patienten, bei denen sich unterschiedlich differenzierte Diagnosen auf der Ebene der einzelnen ICD-Ziffern innerhalb der Zieldiagnose finden. Diagnosen mit Diagnosezusatz A und V werden nicht berücksichtigt.
Kriterium »Stationäre Hauptentlassungsdiagnose«	Auf Grund der Untersuchungen und Behandlung im Krankenhaus sowie der stichprobenartigen Überprüfungen der Abrechnungen durch den MDK stellt die Hauptentlassungsdiagnose im Vergleich zur Aufnahmediagnose die im klinischen Sinne validere Diagnose dar. Die Hauptentlassungsdiagnose hat sich inzwischen in Studien, die auf der Basis von GKV-Daten durchgeführt werden, als die primär genutzte Diagnose etabliert. So wird in Auswertungen zum Leistungsspektrum oder zur Krankenhausverweildauer die Hauptentlassungsdiagnose als Basisvariable ebenso genutzt wie in der amtlichen Krankenhausdiagnosestatistik des Statistischen Bundesamtes.
Kriterium »Medikation«	Verordnet der Arzt ein Medikament mit gut abgrenzbarer, enger Indikation (Insulin, Zytostatika), so wird dies ebenfalls als Bestätigung der Diagnose angesehen. Dabei muss die Verordnung nicht zwingend im Quartal der Diagnoseanerkennung liegen. Handelt es sich um ein weniger spezifisches Medikament, das aber häufiger bei Patienten mit der Diagnose verordnet wird, so kann eine Verordnung im Diagnosequartal beim Diagnose dokumentierenden Arzt als weiteres Validierungskriterium herangezogen werden.
Kriterium »EBM-Leistung«	Siehe Kriterium »Medikation«.
Kriterium »OPS-Leistung«	Siehe Kriterium »Medikation«.
Kriterium »Hilfsmittel«	Siehe Kriterium »Medikation«.

Kriterium »Heilmittel«	<p>Siehe Kriterium »Medikation«.</p> <p>Zur Auswahl der relevanten Verordnungen/Leistungen siehe Kap. 2.6. Die interne Validierung der Diagnosen erfolgt getrennt nach Indikationsbereichen. Für die einzelnen Indikationen werden alle <u>wundspezifischen</u> und die jeweiligen <u>indikationsbezogenen</u> Leistungen/Verordnungen einbezogen. Andere relevante Leistungen/Verordnungen werden nicht zur internen Validierung herangezogen.</p>
Kriterium »Versterben in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang zur Diagnose«	<p>Dieses Kriterium ist vor allem für Inzidenzschätzungen bei Erkrankungen sinnvoll, die mit einer hohen Letalität verbunden sind, da keine Diagnosewiederholung zu erwarten ist:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Patient verstirbt im Krankenhaus (mit Diagnose)</li><li>■ Patient verstirbt im Zeitraum von vier Wochen nach Krankenhausaufenthalt mit Diagnose</li><li>■ Bei einmaliger ambulanter Diagnosenennung: Patient verstirbt im Diagnosequartal</li></ul>
Weitere Kriterien	<p>Je nach Erkrankungsbild kann es sinnvoll sein noch weitere Kriterien heranzuziehen.</p>
<b>Definitionszeitraum</b>	<p>Für die interne Diagnosevalidierung und Falldefinition werden die Daten eines Beobachtungsjahres (ein Kalenderjahr oder der Zeitraum von vier Quartalen) herangezogen. In der vorliegenden Untersuchung war es das Jahr 2012.</p>
<b>Zuordnung der Patienten zu Fallgruppen</b>	<p>Vor dem Hintergrund der Bewertung der internen Validierung werden für jede Erkrankung Kriterien festgelegt, anhand derer eine Zuordnung jedes Patienten mit Diagnose zu einer der folgenden Gruppen erfolgt:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Gruppe »<i>epidemiologisch sichere</i>« Fälle: Patient hat mit hoher Wahrscheinlichkeit die Erkrankung</li><li>■ Gruppe »<i>epidemiologisch unsichere</i>« Fälle: Patient hat wahrscheinlich nicht die Erkrankung (Verdacht- und Ausschlussdiagnose?)</li></ul>



## 2.6

### Relevante Leistungen und Verordnungen

Im ersten Schritt wurden erkrankungsspezifischen Leistungen und Verordnungen aus den folgenden Versorgungssektoren zusammengestellt:

- Arzneimittel nach dem Anatomisch-Therapeutisch-Chemischen (ATC)-Klassifikationssystem [12]
- Vertragsärztliche Leistungen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) [18]
- Ambulante Operationen und stationäre Leistungen nach dem Operationen- und Prozeduren-Schlüssel (OPS) [7]
- Sachleistungen (Gebührenscheidungsnummern, auch Leistungsarten genannt, kurz: LART)

Tab. 2 zeigt eine PMV interne Gruppierung der für die vorliegende Untersuchung relevanten Leistungen/Verordnungen. Die zweistellige PMV-ID kodiert die Art der Behandlung. Es werden vier Hauptgruppen (1. Stelle der ID) unterschieden:

- Wundbehandlung (PMV-ID 11 bis 1G)
- Andere relevante Behandlungen:
  - Dekubitusbehandlung (PMV-ID 21-22)
  - Kompressionsbehandlung (PMV-ID 31-32)
  - Sonstige Behandlung (PMV-ID 41-4A)

Die 2. Stelle der PMV-ID ist eine laufende Nummerierung der Leistungen/Verordnungen innerhalb dieser vier Hauptgruppen.

Die in Tab. 3ff aufgeführten Leistungen und Verordnungen wurden bei der Zusammenstellungen der relevanten ICD-Kodes für die untersuchten Indikationsbereiche in Kap. 3.2, bei der internen Validierung der Diagnosen in Kap. 3.3 und zur Definition der Chronizität in Kap. 3.4 herangezogen. Welche der Leistungen/Verordnungen jeweils herangezogen wurden, wird in den einzelnen Kapiteln dargestellt.

Tab. 2

**PMV-interne Gruppierung der relevanten Leistungen und Verordnungen**

PMV-ID	Bezeichnung
11	Medizinische Verbände
12	Zubereitungen zur Behandlung von Wunden und Geschwüren
13	Spüllösungen
14	Lokale Hämostatika
15	Verbandmittel
16	Wundspülung
17	Wundreinigung
18	Debridement I
19	Debridement II
1A	Wundverbände anlegen
1B	Vakuumtherapie
1C	Hyperbare Sauerstofftherapie
1D	Hauttransplantationen
1E	Wundbehandlung
1F	Verbandschuhe
21	Hilfsmittel gegen Dekubitus
22	Dekubitusbehandlung
31	Hilfsmittel zur Kompressionsbehandlung
32	Kompressionsbehandlung
41	Andere Dermatika
42	Andere Operationen an Haut u. Unterhaut
43	Andere Operationen an den Bewegungsorganen
44	Kleiner operativer Eingriff
47	Lagerungshilfen
49	Indikationsbezogene Operationen/Prozeduren
4A	Zusatzvereinbarungen Diab. Fuß
4B	Diabetikerschuhe

PMV-ID = PMV interne Identifikationsnummer

© PMV 2015

### 2.6.1 ATC-Codes

Zur Behandlung von Wunden können die in Tab. 3 aufgeführten Arznei- und Verbandsmittel zum Einsatz kommen. Die Arzneimittel in Tab. 4 können auch bei anderen Hauterkrankungen verordnet werden.

**Tab. 3 Wundspezifische Wirkstoffgruppen nach der Anatomisch-Therapeutisch-Chemischen (ATC)-Klassifikation für den deutschen Arzneimittelmarkt**

PMV-ID	Bezeichnung	ATC	Bezeichnung
11	Medizinische Verbände	D09	Medizinische Verbände
12	Zubereitungen zur Behandlung von Wunden und Geschwüren	D03	Zubereitungen zur Behandlung von Wunden und Geschwüren
13	Spüllösungen	B05CA	Antiinfektiva
13	Spüllösungen	B05CX	Andere Spüllösungen
14	Lokale Hämostatika	B02BC	Lokale Hämostatika
15	Verbandmittel	V07AG	Verbandmittel

PMV-ID = PMV interne Identifikationsnummer

© PMV 2015

ATC: Die folgenden ATC-Kodes kamen nicht vor: V07AA (Pflaster), V07AW (Verbandmittel/Pflaster ohne Pharmazentralnummer), V20 (Wundverbände)

**Tab. 4 Andere relevante Wirkstoffgruppen nach der Anatomisch-Therapeutisch-Chemischen (ATC)-Klassifikation für den deutschen Arzneimittelmarkt**

Andere Dermatika (PMV-ID 41)	
ATC	Bezeichnung
D02A	Emollientia und Hautschutzmittel
D06	Antibiotika und Chemotherapeutika zur dermatologischen Anwendung
D07	Corticosteroide, dermatologische Zubereitungen
D08	Antiseptika und Desinfektionsmittel
D11A	Andere Dermatika
D11B	Andere homöopathische und anthroposophische Dermatika

PMV-ID = PMV interne Identifikationsnummer

© PMV 2015

ATC: Die folgenden ATC-Kodes kamen nicht vor: V07AA (Pflaster), V07AW (Verbandmittel/Pflaster ohne Pharmazentralnummer), V20 (Wundverbände)

### 2.6.2 EBM-Ziffern

Zur Behandlung chronischer Wunden und von Krankheiten, deren Folge oder Komplikation chronische Wunden sein können, können die in Tab. 5ff aufgeführten vertragsärztlichen Leistungen nach EBM abgerechnet werden. Die Leistungen umfassen EBM-Kodes zur Abrechnung von Wundbehandlung (Tab. 5) und Kompressionsbehandlung (Tab. 6) sowie von verschiedenen kleineren operativen Eingriffen und/oder primärer Wundversorgung (Tab. 7).

**Tab. 5 Wundspezifische Leistungen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) [18]**

Wundbehandlung (PMV-ID 1E)	
EBM	Bezeichnung
02310	Behandlung einer/eines/von sekundär heilenden Wunde(n) und/oder Decubitalulcus (-ulcera)
02311	Behandlung des diabetischen Fußes
02312	Behandlungskomplex eines oder mehrerer chronisch venöser Ulcus cruris
07340	Behandlung einer/eines/von sekundär heilenden Wunde(n), Verbrennungen ab 2. Grades, septischen Wundheilungsstörung(en), Abszesses/m, septischen Knochenprozessen und/oder Dekubitalulcus (-ulcera)
10330	Behandlungskomplex einer ausgedehnten offenen Wunde
18340	Behandlung einer/eines/von sekundär heilenden Wunde(n), septischen Wundheilungsstörung(en), Abszesses/n, septischen Knochenprozesses/n und/oder Dekubitalulcus (-ulcera)

**Tab. 6 Relevante indikationsbezogene Leistungen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) – Ulcus cruris [18]**

Kompressionsbehandlung (PMV-ID 32)	
EBM	Bezeichnung
02313	Kompressionstherapie bei der chronisch venösen Insuffizienz, beim posttrombotischen Syndrom, bei oberflächlichen und tiefen Beinvenenthrombosen und/oder beim Lymphödem

**Tab. 7 Andere relevante Leistungen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) [18]**

Kleiner operativer Eingriff (PMV-ID 44)	
EBM	Bezeichnung
02300	Kleiner operativer Eingriff I
02301	Kleiner operativer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung mittels Naht
02302	Kleiner operativer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern u. Kindern
10340	Kleiner operativer Eingriff I
10341	Kleiner operativer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung
10342	Kleiner operativer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern u. Kindern

PMV-ID = PMV interne Identifikationsnummer

© PMV 2015

### 2.6.3 OPS-Kodes

Zur Behandlung von Wunden und von Krankheiten, deren Folge oder Komplikation chronische Wunden sein können, können die in im Folgenden aufgeführten Leistungen kodiert nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) zum Einsatz kommen. OPS-Leistungen können stationär oder im Rahmen ambulanter Operationen abgerechnet werden. Es handelt sich hierbei um spezifische Leistungen, die zur Behandlung von Wunden erbracht werden können (Tab. 8), sowie einige indikationsbezogene Kodes für die Abrechnung von operativen Eingriffen zur Behandlung der zugrundeliegenden Krankheiten wie Dekubitus (Tab. 9), Ulcus cruris (Tab. 10), Amputation (Tab. 11) sowie Entzündungen, Abszesse und andere Infektionen (Tab. 12).

**Tab. 8 Wundspezifische Leistungen nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) [7]**

Wundspülung (PMV-ID 16)	
OPS	Bezeichnung
8-179.X	Andere therapeutische Spülungen: Sonstige

Wundreinigung (PMV-ID 17)	
OPS	Bezeichnung
8-192	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde

Debridement I (PMV-ID 18)	
OPS	Bezeichnung
5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
5-921	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen
5-922	Wunddebridement an Muskel, Sehne und Faszie bei Verbrennungen und Verätzungen

Debridement II (PMV-ID 19)	
OPS	Bezeichnung
5-780.6	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement
5-782	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe
5-800.3	Offen chirurgische Revision eines Gelenkes: Debridement
5-840.4	Operationen an Sehnen der Hand: Debridement
5-844.3	Revision an Gelenken der Hand: Debridement
5-850.B	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement eines Muskels
5-850.C	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Sehne
5-850.D	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Faszie
5-869.1	Andere Operationen an den Bewegungsorganen: Weichteildebridement, schichtenübergreifend
5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut

Fortsetzung folgt

**Fortsetzung Tab. 8 Wundspezifische Leistungen nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) [7]**

Wundverbände anlegen (PMV-ID 1A)	
OPS	Bezeichnung
8-191	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen
8-192	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde

Vakuumtherapie (PMV-ID 1B)	
OPS	Bezeichnung
8-190.1	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung bei einer Vakuumversiegelung

Hyperbare Sauerstofftherapie (PMV-ID 1C)	
OPS	Bezeichnung
8-721	Hyperbare Oxygenation [HBO]

Hauttransplantationen (PMV-ID 1D)	
OPS	Bezeichnung
5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut
5-901	Freie Hauttransplantation, Entnahmestelle
5-902	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle
5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut
5-904	Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Entnahmestelle
5-905	Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle
5-906	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut
5-907	Revision einer Hautplastik
5-908	Plastische Operation an Lippe und Mundwinkel
5-909	Andere Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut

© PMV 2015

**Tab. 9 Relevante indikationsbezogene Leistungen nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) – Dekubitus [7]**

Indikationsbezogene Operationen/Prozeduren (PMV-ID 49)	
OPS	Bezeichnung
8-390	Lagerungsbehandlung

© PMV 2015

**Tab. 10** **Relevante indikationsbezogene Leistungen nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) – Ulcus cruris [7]**

Indikationsbezogene Operationen/Prozeduren (PMV-ID 49)	
OPS	Bezeichnung
5-380	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen
5-381	Endarteriektomie
5-394	Revision einer Blutgefäßoperation

© PMV 2015

**Tab. 11** **Relevante indikationsbezogene Leistungen nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) – Amputation [7]**

Indikationsbezogene Operationen/Prozeduren (PMV-ID 49)	
OPS	Bezeichnung
5-862	Amputation und Exartikulation obere Extremität
5-863	Amputation und Exartikulation Hand
5-864	Amputation und Exartikulation untere Extremität
5-865	Amputation und Exartikulation Fuß
5-866	Revision eines Amputationsgebietes

© PMV 2015

**Tab. 12** **Relevante indikationsbezogene Leistungen nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) – Entzündungen, Abszesse und andere Infektionen [7]**

Indikationsbezogene Operationen/Prozeduren (PMV-ID 49)	
OPS	Bezeichnung
5-711	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)
5-891	Inzision eines Sinus pilonidalis
5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis

© PMV 2015

#### 2.6.4 Sachleistungen

Zur Behandlung von Wunden und von Krankheiten, deren Folge und Komplikation chronische Wunden sein können, können die in Tab. 13ff aufgeführten Hilfsmittel und Leistungen der häuslichen Krankenpflege zum Einsatz kommen. Zusätzlich fanden sich unter den Sachleistungen ärztliche Leistungen außerhalb der Regelversorgung, die ebenfalls Berücksichtigung fanden (Zusatzvereinbarung Diabetischer Fuß; s. Tab. 16). Es handelt sich hierbei um spezifische Leistungen, die zur Behandlung von Wunden erbracht werden.

Zu den wundspezifischen Leistungen gehört auch die Dekubitusbehandlung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege. Dies begründet sich durch die Verordnungsvoraussetzungen für eine **Dekubitusbehandlung** im Rahmen der häuslichen Krankenpflege (§92 SGB V):

- Mindestens oberflächliche Hautdefekte, evtl. Blasenbildung
- Versorgung durch Wundreinigung/Wundverbände
- Wirksame Druckentlastung

**Tab. 13 Wundspezifische Sachleistungen**

Sektor	PMV-ID	Produktgruppe	Leistung
Hilfsmittel	15		Verbandmittel
Hilfsmittel	1F		Verbandschuhe
Häusliche Krankenpflege	1A		Wundverbände anlegen
Häusliche Krankenpflege	1E		Wundbehandlung
Häusliche Krankenpflege	22		Dekubitusbehandlung

© PMV 2015

**Tab. 14 Relevante indikationsbezogene Sachleistungen - Dekubitus**

Sektor	PMV-ID	Produktgruppe	Leistung
Hilfsmittel	21	11	Hilfsmittel gegen Dekubitus
Hilfsmittel	47	20	Lagerungshilfen

© PMV 2015

**Tab. 15 Relevante indikationsbezogene Sachleistungen - Ulcus cruris**

Sektor	PMV-ID	Produktgruppe	Leistung
Häusliche Krankenpflege	32		Kompressionsbehandlung
Heilmittel	32		Kompressionsbehandlung
Hilfsmittel	31	17	Hilfsmittel zur Kompressionsbehandlung

© PMV 2015



**Tab. 16** Relevante indikationsbezogene Sachleistungen - Diabetischer Fuß

Sektor	PMV-ID	Produktgruppe	Leistung
Ärztliche Behandlung	4A		Zusatzvereinbarungen Diab. Fuß
Hilfsmittel	4B		Diabetikerschuhe

© PMV 2015

**2.7****Fall-Kontroll-Ansatz**

Für die Versorgungsanalyse wurde ein Fall-Kontroll-Design gewählt. Es wurde zu jedem Erkrankungsfall ein Paarling aus Versicherten ohne die zur Definition der Erkrankungsfälle herangezogenen ICD-Diagnosen (mit Zusatz G) gezogen. Diabetespatienten wurden ebenfalls ausgeschlossen. Für jeden Fall wurde ein in Bezug auf das Geburtsjahr und Geschlecht gleicher Paarling aus der Bezugspopulation der durchgängig Versicherten und Verstorbenen (s. Kap.2.3) ohne die relevanten ICD-Diagnosen (Zusatz G) zufällig gezogen. Die so gebildete Kohorte stellt eine geeignete Kontrollgruppe dar, die Vergleichswerte liefert. Jedem Fall wird genau eine Kontrolle zugeordnet.

**2.8****Definitionen****2.8.1****Multimorbidität****Begriffsbestimmung**

Komorbidität und Multimorbidität sind epidemiologische Begriffe, die sehr ähnliche Definitionen haben und zum Teil synonym gebraucht werden. Zunächst wurde der Begriff Komorbidität vorgeschlagen als jede assoziierte Erkrankung, die aus einer anderen Erkrankung entsteht. Später wurde Komorbidität als jede eigenständige Krankheitsentität aufgefasst, die parallel existiert oder zusätzlich entsteht im klinischen Verlauf einer Index-Erkrankung [11,29]. Aufgrund der historischen Entwicklung ist Komorbidität im Gegensatz zum Begriff Multimorbidität als Medical Subject Heading (MeSH-Term) verankert. Komorbidität oder Doppeldiagnose kommen z.B. in der Diagnostik psychiatrischer Krankheitsbilder zum Einsatz und beziehen sich auf das gleichzeitige Auftreten von zwei oder mehreren psychiatrischen Störungen oder Persönlichkeitsstörungen, einschließlich des Konsums problematischer Substanzen.

Multimorbidität wird von deutschen Autoren meist definiert als die Koexistenz oder das gleichzeitige Auftreten von multiplen chronischen und /oder akuten Krankheiten oder Gesundheitszuständen in einer Person [29, 30]. Da im Zuge der demographischen Entwicklung der Versorgung älterer Menschen mit mehrfachen Erkrankungen steigende Beachtung geschenkt wird, hat sich für die

Problematik der zeitgleich zu versorgenden, zumeist chronischen Erkrankungen der anschauliche Begriff Multimorbidität im hausärztlich-internistischen Bereich durchgesetzt.

Vorteile der Definition der Multimorbidität:

- nicht hierarchische Anordnung der Krankheiten,
- einfach anzuwenden, da ohne Gewichtung der Krankheitsschwere,
- anwendbar auch auf administrative Daten.

Beim Vergleich von Studienergebnissen sind die Unterschiede zwischen den verschiedenen Definitionen von Multimorbidität zu beachten, die sich im Wesentlichen auf vier Aspekte erstrecken [29]:

1. Anzahl einbezogener Erkrankungen eingeschränkte vs. uneingeschränkte Anzahl
2. Chronizität der Erkrankungen: Beschränkung auf chronische vs. Einbezug von akuten und chronischen Krankheiten
3. Erkrankungsarten: Beschränkung nur auf somatische vs. Einbezug somatischer und psychiatrischer Krankheiten bzw. Zustände
4. Verlässlichkeit der Diagnosestellung: Beschränkung auf ärztlich diagnostizierte vs. Einbezug auch von Selbstangaben der Patienten bzgl. Erkrankungen bzw. Zustände

Im Mittel sind etwa zwei Paralleldiagnosen pro Patient über alle Altersgruppen, ab dem 65. Lebensjahr ca. drei und ab dem 75. Lebensjahr ca. vier Diagnosen zu erwarten [30].

#### Definition

Für die hier vorgenommene Analyse greifen wir neben der Zahl der verschiedenen Erkrankungen auch den Aspekt der Chronizität auf und berücksichtigen nur Diagnosen (ohne Zusatz A und V), die in mindestens drei Quartalen dokumentiert sind. Bei einem Patienten liegt nach unserem Vorgehen dann eine Multimorbidität vor, wenn Diagnosen aus mehr als drei verschiedenen Untergruppen und diese jeweils über mindestens drei Quartale im Jahr dokumentiert sind (zu den Diagnoseuntergruppen siehe Tab. 82 im Anhang).

#### 2.8.2 Charlson- Komorbiditätsindex

Bei einem Vergleich von nichtrandomisierten Populationen muss mit vielfältigen Unterschieden zwischen den beiden Gruppen gerechnet werden, die über Alter und Geschlecht als relevante Einflussvariablen hinausgehen. Für viele dieser möglichen Verzerrungen (z. B. unterschiedlicher Lebensstil) kann in Routinedaten nicht kontrolliert werden. Wichtige Einflussfaktoren auf Inanspruchnahme und Outcomes sind (Ko-)Morbidity und Schwere der Erkrankung. Diese können in Annäherung über die Diagnosen abgebildet werden. Dieser Einflussfaktor kann beispielsweise über das Konstrukt Multimedikation oder auch über die Anzahl verschiedener Diagnosen erfasst werden.

In der internationalen Literatur werden zur Adjustierung in epidemiologischen Studien verschiedene Morbiditätsscores verwandt. Ein mittels Routinedaten

abbildbarer Score ist der Charlson Komorbiditätsindex [4], der eine gute Voraussagekraft für die 10-Jahres-Mortalität hat. In diesen Score gehen 17 Erkrankungen (19 Konditionen) ein, die entsprechend ihrem relativen Risiko für die 1-Jahres-Mortalität unterschiedlich gewichtet werden. Die Summe ergibt einen Gesamtscore, der in fünf Levels (0 bis 4) entsprechend der Punktzahl eingeteilt werden kann. Der Charlson-Index bzw. die dort gelisteten Erkrankungen wurden 1992 von Deyo et al. (1992) [5] in die ICD 9-CM Kodierung und u.a. 2005 von Quan et al. [22] in die ICD-10-Kodierung überführt. Die Angaben von Quan et al. wurden für den hier vorliegenden Bericht herangezogen und in zwei Punkten modifiziert:

- ICD-Codes, die auf diabetische Komplikationen hinweisen, wurden alle der Kategorie »Diabetes mit Komplikationen« zugeordnet, da die ICD 10-GM bei einigen Codes hierunter auch chronische und nicht nur akute Komplikationen fasst.
- Die bei Quan et al. [22] zusammengefassten Codes für Krebs, Lymphome und Leukämien wurden entsprechend der Einteilung von Charlson et al. wieder getrennt, so dass 19 Konditionen in den Index eingehen.

Liegen bei einem Versicherten in einem Beobachtungsjahr Diagnosen für zwei Ausprägungen einer Erkrankung vor (leicht /schwer), wurde für die Berechnung der Punktzahl die schwerere Erkrankung herangezogen.

Ein auf Daten des deutschen Versorgungssystems beruhender bzw. validierter Score steht gegenwärtig nicht zur Verfügung.

Tab. 17

**Charlson-Index: Erkrankungen und Gewichtung**

Zugewiesene Gewichtung	Erkrankung
1	Myokardinfarkt
1	Herzinsuffizienz
1	Periphere Gefäßerkrankungen
1	Cerebral Vaskuläres Ereignis
1	Demenz
1	chronisch pulmonale Erkrankung
1	Bindegewebserkrankung rheumatische Erkrankungen
1	peptisches Ulcus
1	leichte Lebererkrankung
1	Diabetes ohne chronische Komplikationen
2	Hemiplegie oder Paraplegie
2	Nierenerkrankung
2	Diabetes mit Komplikationen
2	Krebserkrankung
2	Leukämie
2	Lymphom
3	schwere Lebererkrankung
6	metastasierte Krebserkrankung
6	AIDS/ HIV positiv

s. [4], mod. PMV

© PMV 2015

Bei der Berechnung des Charlson-Index gehen vertragsärztliche und stationäre Aufnahme-, Neben- und Hauptentlassungsdiagnosen ein. Es werden nur epidemiologisch sichere Diagnosen gezählt. Als epidemiologisch sicher gelten stationäre Hauptentlassungsdiagnosen und Diagnosen, die in mindestens zwei Quartalen dokumentiert werden. Bei der Quartalszählung werden alle ambulanten ärztlichen und stationären Diagnosen einbezogen mit Ausnahme von ambulanten Diagnosen mit Zusatz A (ausgeschlossen) und V (Verdacht). Liegen bei einem Versicherten in einem Beobachtungsjahr Diagnosen für zwei Ausprägungen einer Erkrankung vor (leicht / schwer), wurden für die Berechnung der Anzahl der Diagnosequartale beide Ausprägungen der Erkrankung herangezogen.

### 2.8.3 Multimedikation

Vergleichbar der Operationalisierung von Multimorbidität sind unterschiedliche Definitionen für Multimedikation – z. B. unterschiedliche Wirkstoffgruppen oder Wirkstoffe, unterschiedliche Zeiträume mit Mehrfachmedikation – denkbar. Auf unterschiedliche Begrifflichkeiten wie Polymedikation, Polypragmasie etc. wird hier nicht eingegangen (zur hausärztlichen Problematik mit dieser Thematik s. [29]). Für die hier durchgeführte Analyse greifen wir eine vom Bundesverband der AOK vorgeschlagene Definition (s. u.) auf, bei der über vier Quartale mindestens fünf unterschiedliche Wirkstoffe verordnet sein müssen.

## Definition

Bei einem Patienten lag Multimedikation vor, wenn er in jedem der vier Quartale im Beobachtungsjahr fünf und mehr verschiedene Verordnungen (ATC 7-stellig) erhielt. Es wurden Verordnungen der ATC-Hauptgruppen A bis S berücksichtigt. Verordnungen der Hauptgruppe V (Varia) blieben unberücksichtigt.

»Multimedikation« ist eine Kennziffer, die die Größe einer Risikogruppe – z. B. für Interaktionen oder auch Probleme in der Durchführung der Therapie – angibt. Aus einem geringen Anteil kann nicht zwingend eine bessere Therapiequalität gefolgert werden, da dies auch Ausdruck von Unterversorgung sein kann. Indirekt können Multimorbidität und Multimedikation als Proxy für eine höhere Krankheitslast herangezogen werden. Aus diesem Grund wurde die Kennziffer hier aufgenommen.

## 2.9

## Statistik

## Deskriptive Statistik

Es kommen Verfahren der deskriptiven Statistik zum Einsatz. Prävalenzschätzungen werden in Promille angegeben. Als Maß für die Streuung werden 95%-Konfidenzintervalle angegeben. Zur Berechnung von Konfidenzintervallen (KI) für binomiale Anteile werden Wilson's score Intervalle verwendet ([31] zitiert nach [3]).

## Hochrechnung

Die in dieser Studie geschätzten alters- und geschlechtsspezifischen Prävalenzen werden auf die Bevölkerung der BRD für das Jahr 2012 hochgerechnet (Stichtag 31.12.2012) [10]. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass für die Hochrechnung nur Daten aus einer Kassenart und eine Region zur Verfügung stehen. Vor dem Hintergrund regionaler Varianz in der Morbidität und Versorgung (siehe hierzu beispielsweise Faktencheck Gesundheit oder den Versorgungsatlas de ZI bzw. regionale Analysen in verschiedenen Reporten der gesetzlichen Krankenkassen) und möglichen soziodemographischen Einflussfaktoren auf das Auftreten chronischer Wunden (z.B. hohe Diabetesprävalenz) kann nicht ausgeschlossen werden, dass die hier ermittelte Prävalenz chronischer Wunden überschätzt wird.

Verwendete Software: Microsoft SQL Server 2008 (Microsoft, Redmond, WA, USA), SAS for Windows Release 9.2 (SAS Institute Inc., Cary, N.C., USA).

### 3.1 Ziele

In diesem Kapitel werden vorbereitende Arbeiten zur Definition der Studienpopulation der Patienten mit chronischen Wunden durchgeführt.

Das Beobachtungsjahr ist das Jahr 2012. Die Bezugspopulation bilden die durchgängig Versicherten des Jahres 2012 und die Verstorbenen des Jahres 2012, die bis zum Tod in 2012 durchgängig versichert waren (s. Tab. 1).

Die Untersuchung der Kodierung, die interne Validierung der Diagnosen sowie die Falldefinition erfolgten getrennt für acht Indikationsbereiche. Basis für die Falldefinition bilden jeweils die Patienten mit mindestens einem ICD-Kode einer Diagnose als stationäre Aufnahme-, Hauptentlassungs- oder Nebendiagnose oder als ambulante ärztliche Diagnose mit Zusatz G (gesichert) in 2012.

### Zieldiagnose und Untergruppen

Es werden fünf Indikationsbereiche unterschieden:

- Dekubitus
- Ulcus cruris
- Diabetischer Fuß
- Posttraumatische Wunden
- Verbrennung/Verätzung

Anhand der ICD-Diagnosen, die eindeutig den o. g. fünf Bereichen zugeordnet werden können, werden Patienten den fünf Indikationsbereichen zugeordnet. Patienten mit Mehrfachzuordnung sind möglich.

Patienten mit ausschließlich Diagnosen ohne eindeutige Zuordnung zu den genannten fünf Bereichen bilden die Gruppe »Andere Wunden«. Die Gruppe »Andere Wunden« enthält Patienten mit folgenden Indikationen:

- Entzündungen, Abszesse und andere Infektionen
- Amputationswunden
- postoperative Wunden bei bösartigen Neubildung

Das Kapitel teilt sich in drei Unterkapitel. In Kap. 3.2 erfolgt die Zusammenstellung der relevanten ICD-Kodes zur Definition der Studienpopulation der Patienten mit chronischen Wunden und eine Darstellung der Kodierweise mit Mengengerüst.

In Kap. 3.3 werden Ergebnisse der internen Validierung und die Festlegung eines Algorithmus zur Falldefinition von Versicherten mit »epidemiologisch sicherer Diagnose« dargestellt.

Die Definition der Patienten mit chronischen Wunden unter den Patienten mit den o.g. Krankheiten ist in Kap. 3.4 dargestellt.

### 3.2 Kodierweise und Mengengerüst

Wundkodierung  
in der ICD-10

Offen heilende Wunden sind mit der ICD-10 zurzeit unzureichend abgebildet. Für zahlreiche Behandlungssituationen mit sekundär heilenden Wunden gibt es keine ICD. Die Kodierung ist nicht eindeutig und ist von der Ätiologie der Wunde abhängig.

Wir unterscheiden im Folgenden zwei Arten von ICD-Kodes:

- 1) ICD-Kodes, die Wunden explizit kodieren: Es gibt Wunden, die als solche in der ICD klassifiziert werden können. Dazu gehören Druckulzera (Dekubitus), traumatische Wunden, Verbrennungen und spezielle Hautkrankheiten wie z.B. das Pyoderma gangränosum (PMV-Kennzeichnung S).
- 2) ICD-Kodes für Krankheiten, bei denen Wunden als Folge oder Komplikation möglich sind: Hier wird primär die Krankheit als ICD-Diagnose kodiert und evtl. als Sekundärkode die Wunde, ein Komplikationskode (aus dem ICD-Kapitel T) und ggf. die bakterielle Besiedlung kodiert. Dazu gehören periphere AVK, Varizen, diabetische Wunden (PMV-Kennzeichnung F).

Im Folgenden werden wundrelevante ICD-Kodes zusammengestellt. ICD-Kodes, die die Wunde explizit benennen, erhalten die PMV-Kennzeichnung S. Krankheiten, die als Komplikation oder Folge Wunden haben können, erhalten die PMV-Kennzeichnung F.

Zusammenstellen der  
relevanten ICD-Kodes  
(Schritt 1)

Zum einen wurde von den ICD-10 Kodes ausgegangen, die vom Auftraggeber vorgeschlagen wurden. Darüber hinaus wurden noch weitere ICD-Kodes seitens PMV aufgenommen, die inhaltlich relevant sein könnten.

Um die Relevanz zu beurteilen, wurde wie folgt vorgegangen: Als Datengrundlage dienen die vertragsärztlichen Diagnosen des Quartals I/2012 mit Zusatz G (gesichert) der Versicherten der Bezugspopulation. Stationäre Diagnosen wurden in diesem ersten Schritt nicht berücksichtigt. Für jeden ICD-Kode wurde der Anteil der Patienten mit mindestens einer wundrelevanten Verordnung/Leistung im Diagnosequartal (hier I/2012) und mindestens zwei wundrelevanten Verordnungen/Leistungen im Abstand von mindestens acht Wochen in 2012 berechnet. Die hier berücksichtigten Verordnungen/Leistungen sind in Tab. 18 zusammengestellt. ICD-Kodes mit hoher Wundbehandlungsrate wurden inhaltlich geprüft und ergänzt. Tab. 83 im Anhang zeigt die so zusammengestellten ICD-Kodes (ausgeschlossene Kodes siehe auch Tab. 84ff).

Tab. 18

**Leistungen und Verordnungen, die beim Zusammenstellen der relevanten ICD-Kodes herangezogen wurden**

PMV-ID	Bezeichnung	Quelle
11	Medizinische Verbände	ATC
12	Zubereitungen zur Behandlung von Wunden und Geschwüren	ATC
13	Spüllösungen	ATC
14	Lokale Hämostatika	ATC
15	Verbandmittel	ATC
15	Verbandmittel	LART
16	Wundspülung	OPS
17	Wundreinigung	OPS
18	Debridement I	OPS
19	Debridement II	OPS
1A	Wundverbände anlegen	LART
1A	Wundverbände anlegen	OPS
1B	Vakuumtherapie	OPS
1C	Hyperbare Sauerstofftherapie	OPS
1D	Hauttransplantationen	OPS
1E	Wundbehandlung	EBM
1E	Wundbehandlung	LART
1F	Verbandschuhe	LART
22	Dekubitusbehandlung	LART

© PMV 2015

**Überprüfung der Relevanz (Schritt 2)**

In einem zweiten Schritt wurde auf der Grundlage der vertragsärztlichen und stationären Aufnahme-, Hauptentlassungs- und Nebendiagnosen des gesamten Jahres 2012 für die acht Indikationsbereiche getrennt die Relevanz der so zusammengestellten ICD-Kodes überprüft. Es werden Behandlungsfälle gezählt. Ein Behandlungsfall entspricht einem Quartalspatienten mit dem jeweiligen ICD-Kode.

Es wird für jeden ICD-10-Kode dargestellt, ob und wie häufig dieser mit einer Verordnung/Leistung der in Tab. 19 aufgeführten Verordnungen/Leistungen gemeinsam kodiert wurde (Diagnose und Verordnung/Leistung beim gleichen Patienten im gleichen Quartal in 2012). Im Gegensatz zum oben beschriebenen Vorgehen wurden hierbei nicht nur Verordnungen und Leistungen im Rahmen der Wundbehandlung (im engeren Sinne), sondern auch Hilfsmittel gegen Dekubitus, Hilfsmittel zur Kompressionsbehandlung und Kompressionsbehandlung einbezogen. Es wird zwischen Wundbehandlung (PMV-ID 11-1G), Kompressionstherapie (31-32) und Dekubitusbehandlung (21-22) unterschieden.

Zum anderen wird für jeden ICD-10-Kode dargestellt, wie häufig dieser mit einer Wundbehandlung (inkl. Dekubitusbehandlung; PMV-ID 11-1G, 22; einbezogene Verordnungen/Leistungen s. Tab. 18) gemeinsam kodiert wurde. Hierbei mussten Diagnose und Verordnung/Leistung beim gleichen Patienten im



gleichen Quartal im Jahr 2012 dokumentiert sein. Darüber hinaus wird gezeigt, wie viele Behandlungsfälle eine solche Wundbehandlung mindestens acht Wochen erhielten (Definition: mindestens zwei Verordnungen/Leistungen in 2012, davon mindestens eine im Diagnosequartal, Abstand zwischen erster und letzter Verordnung in 2012 beträgt mehr als acht Wochen).

Tab. 19

### Leistungen und Verordnungen, die bei der Überprüfung der Relevanz der ICD-Kodes herangezogen wurden

Wundbehandlung		
PMV-ID	Bezeichnung	Quelle
11	Medizinische Verbände	ATC
12	Zubereitungen zur Behandlung von Wunden und Gesch	ATC
13	Spüllösungen	ATC
14	Lokale Hämostatika	ATC
15	Verbandmittel	ATC
15	Verbandmittel	LART
16	Wundspülung	OPS
17	Wundreinigung	OPS
18	Debridement I	OPS
19	Debridement II	OPS
1A	Wundverbände anlegen	LART
1A	Wundverbände anlegen	OPS
1B	Vakuumtherapie	OPS
1C	Hyperbare Sauerstofftherapie	OPS
1D	Hauttransplantationen	OPS
1E	Wundbehandlung	EBM
1E	Wundbehandlung	LART
1F	Verbandschuhe	LART

Dekubitusbehandlung		
PMV-ID	Bezeichnung	Quelle
21	Hilfsmittel gegen Dekubitus	LART
22	Dekubitusbehandlung	LART

Kompressionstherapie		
PMV-ID	Bezeichnung	Quelle
31	Hilfsmittel zur Kompressionsbehandlung	LART
32	Kompressionsbehandlung	EBM
32	Kompressionsbehandlung	LART

© PMV 2015

Im Folgenden werden die Ergebnisse für die acht Indikationsbereiche getrennt dargestellt.

## 3.2.1

## Dekubitus

## Auswahl der relevanten ICD-Codes

Die Tab. 20 zeigt für den Indikationsbereich Dekubitus eine Auswahl von ICD-Kodes, die zunächst auf ihre Relevanz für die Definition von Patienten mit chronischen Wunden untersucht wurden. Die Kodes wurden zum einen vom Auftraggeber vorgegeben (Kennzeichnung in Spalte 1), zum anderen von PMV vorgeschlagen (Spalte 2). Da bei Dekubitus 2. bis 4. Grades von offenen Wunden auszugehen ist, erhielten die zugehörigen ICD-Kodes die PMV-Kennzeichnung S. Bei Dekubitus 1. Grades oder ohne Angabe des Grades sind Wunden möglich. Diese wurden mit dem Buchstaben F gekennzeichnet.

Tab. 20

## Dekubitus - Einbezogene ICD-10-Diagnosen

Indikationsgruppe: Dekubitus			
BV-Med	PMV	ICD	Bezeichnung
S	S	L89.1	Dekubitus 2. Grades
S	S	L89.2	Dekubitus 3. Grades
S	S	L89.3	Dekubitus 4. Grades
F	F	L89.0	Dekubitus 1. Grades
	F	L89.9	Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet

Kennzeichnung: S = Wunde explizit kodiert, F = Wunde möglich

© PMV 2015

Im Folgenden wurde die Relevanz der einzelnen ICD-Kodes untersucht.

Die Tab. 21 zeigt für die Bezugspopulation (s. Tab. 1), wie viele Behandlungsfälle im Jahr 2012 die jeweiligen ICD-Kodes dokumentiert hatten, und wie hoch der Anteil mit einer Behandlung aus den drei Bereichen Wundbehandlung, Dekubitusbehandlung, und Kompressionstherapie war. Zu den einbezogenen Verordnungen und Leistungen s. Tab. 19. Ein Patient mit Dekubitusdiagnose in vier Quartalen entspricht vier Behandlungsfällen.

Ein hoher Anteil der Patienten mit diesen ICD-Kodes weist spezifische Verordnungen/Leistungen auf. Der Anteil mit einer Dekubitusbehandlung lag – abhängig von der kodierten Dekubitusdiagnose – zwischen 23% und 28%. Eine Kompressionstherapie war bei 7-8% abgerechnet worden. Der Anteil mit einer Wundbehandlung nahm mit sinkendem Schweregrad von 81% (Dekubitus 4. Grades) bis 50% (Dekubitus 1. Grades) ab. Die Behandlungsrate für Fälle mit Diagnosen ohne Schweregradangabe lag mit 57% zwischen der für Fälle mit Dekubitus 1. und 2. Grades.

**Tab. 21** Indikationsbereich »Dekubitus«: Relevanz ausgewählter ICD-Kodes für die Identifikation von Patienten mit chronischen Wunden nach Art der Behandlung

BV-Med	P M V	ICD	Bezeichnung	Behandlungsfälle mit ICD in 2012			
				Anzahl	davon: Anteil [%] mit Behandlung im Diagnosequartal		
					Wund.	Dekub.	Kompr.
S	S	L89.3	Dekubitus 4. Grades	399	80,5	24,1	8,3
S	S	L89.2	Dekubitus 3. Grades	624	72,6	27,2	6,6
S	S	L89.1	Dekubitus 2. Grades	1.650	61,6	23,7	7,5
	F	L89.9	Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet	2.780	57,3	27,9	7,8
F	F	L89.0	Dekubitus 1. Grades	974	50,3	23,1	7,5

Kennzeichnung: S = Wunde explizit kodiert, F = Wunde möglich

ICD: ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)

Mehrfachnennung möglich

Behandlung: einbezogene Verordnungen/Leistungen siehe Tab. 19

© PMV 2015

Tab. 22 zeigt, dass zwischen 34% (Dekubitus 1. Grades) und 63% der Behandlungsfälle (Dekubitus 4. Grades) eine längere Wundbehandlung hatten.

**Tab. 22** Indikationsbereich »Dekubitus«: Relevanz ausgewählter ICD-Kodes für die Identifikation von Patienten mit chronischen Wunden nach Dauer der Behandlung

B V - M e d	P M V	ICD	Bezeichnung	Behandlungsfälle mit ICD in 2012				
				Anzahl (100%)	davon: Anteil mit Wundbehandlung		Mindestens 8 Wochen	
					Gesamt Anzahl	Anteil [%]	Anzahl	Anteil [%]
S	S	L89.3	Dekubitus 4. Grades	399	326	81,7	250	62,7
S	S	L89.2	Dekubitus 3. Grades	624	460	73,7	329	52,7
S	S	L89.1	Dekubitus 2. Grades	1.650	1.028	62,3	686	41,6
	F	L89.9	Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet	2.780	1.626	58,5	1.141	41,0
F	F	L89.0	Dekubitus 1. Grades	974	498	51,1	331	34,0

Kennzeichnung: S = Wunde explizit kodiert, F = Wunde möglich

ICD: ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)

Mehrfachnennung möglich

Wundbehandlung: einbezogene Verordnungen/Leistungen siehe Tab. 18

© PMV 2015

Prüfung der Relevanz von ICD-Kodes mit PMV-Kennzeichnung F

Im Folgenden soll geprüft werden, ob zur Definition von Dekubituspatienten mit chronischen Wunden auch die ICD-Kodes mit PMV-Kennzeichnung F einbezogen werden müssen. Grundsätzlich kann ein Patient in einem Quartal mehrere der fünf ICD-Kodes zur Kodierung einer Dekubitusdiagnose dokumentiert haben. Darüber hinaus können auch andere wundrelevante Diagnosen aus anderen Indikationsbereichen vorkommen. Hier könnte eine Wundbehandlung fälschlicherweise dem ICD-Kode mit Kennzeichnung F zugeschrieben werden. Daher werden in der folgenden Tabelle nur Diagnosefälle des Jahres 2012 betrachtet, bei denen ausschließlich ICD-Kodes mit Kennzeichnung F und keine anderen wundrelevanten ICD-Kodes dokumentiert waren. In der ersten Tabelle werden nur ICD-Kodes mit Kennzeichnung S aus demselben Indikationsbereich berücksichtigt, bei der zweiten Tabellen werden ICD-Kodes mit Kennzeichnung S aus demselben Indikationsbereich sowie andere ICD-Kodes mit Kennzeichnung S/F aus allen Indikationsbereichen einbezogen.

Trotz Ausschluss der Diagnosefälle, in denen bereits andere wundrelevante Diagnosen dokumentiert waren, hatte ein großer Teil der Behandlungsfälle mit ICD-Kode L89.0 und L89.9 eine Wundbehandlung von mindestens acht Wochen. Eine Behandlungsrate von 24% bzw. 32% bei Diagnosequartalen mit Dekubitus ohne Schweregradangabe bzw. Dekubitus 1. Grades weist darauf hin, dass auch diese ICD-Kodes in Bezug auf die Identifikation von Patienten mit chronischen Wunden relevant sind. Daher empfehlen wir die Einbeziehung dieser ICD-Kodes in die Definition der chronischen Wundpatienten.

Tab. 23

**Indikationsbereich »Dekubitus«: Relevanz ausgewählter ICD-Kodes für die Identifikation von Patienten mit chronischen Wunden mit PMV-Kennzeichnung F nach Dauer der Behandlung**

B V - M e d	P M V	ICD	Bezeichnung	Behandlungsfälle mit ICD in 2012				
				Anzahl (100%)	davon: Anteil mit Wundbehandlung		Mindestens 8 Wochen	
					Anzahl	Anteil [%]	Anzahl	Anteil [%]
F	L89.9	Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet	2.270	1.202	53,0	845	37,2	
F	L89.0	Dekubitus 1. Grades	711	324	45,6	219	30,8	

Basis: Behandlungsfälle ohne weitere ICD-Kodes mit Kennzeichnung S aus demselben Indikationsbereich

© PMV 2015

B V - M e d	P M V	ICD	Bezeichnung	Behandlungsfälle mit ICD in 2012				
				Anzahl (100%)	davon: Anteil mit Wundbehandlung		Mindestens 8 Wochen	
					Anzahl	Anteil [%]	Anzahl	Anteil [%]
F	L89.9	Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet	1.023	479	46,8	327	32,0	
F	L89.0	Dekubitus 1. Grades	317	111	35,0	76	24,0	

Basis: Behandlungsfälle ohne weitere ICD-Kodes mit Kennzeichnung S aus demselben Indikationsbereich und ohne andere ICD-Kodes mit Kennzeichnung S/F aus allen Indikationsbereichen

© PMV 2015

Kennzeichnung: F = Wunde möglich

ICD: ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)

Mehrfachnennung möglich

Wundbehandlung: einbezogene Verordnungen/Leistungen siehe Tab. 18

Patienten mit Diagnose nach ambulanter/ stationärer Diagnose

Tab. 24 zeigt die Anzahl der Patienten mit den ausgewählten ICD-Kodes im Jahr 2012. Insgesamt hatten 2.945 Patienten der Bezugspopulation (s. Kap. 2.3) mindestens eine Dekubitusdiagnose. Diese Patientengruppe enthält alle potentiellen Erkrankungsfälle und bildet die Basis für die interne Validierung (s. Kap. 3.3) und Falldefinition der Patienten mit chronischen Wunden (s. Kap. 3.4). Weiter ist in der Tabelle dargestellt, wie sich diese Patientengruppe laut Dokumentation in der VSH nach Art der Diagnose (ambulant/stationär) differenziert.

Tab. 24

**Indikationsbereich »Dekubitus«: Einteilung der Patienten mit relevanten Diagnosen in 2012 nach ambulanter/ stationärer Diagnose**

	Anzahl	Anteil [%]
Aufnahmediagnose	79	2,7
Hauptentlassungsdiagnose	55	1,9
Nebendiagnose	1.300	44,1
Krankenscheindiagnose	2.126	72,2
Gesamt	2.945	100,0

ICD: ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)

© PMV 2015

Bei der Differenzierung nach Diagnoseart sind Mehrfachzählungen möglich.

Eine Darstellung der Häufigkeit der einzelnen relevanten ICD-Kodes nach Art der Diagnose sowie nach Anzahl der Diagnosequartale findet sich in Kap. 8.4.1 im Anhang.

Einteilung der Patienten nach Schweregrad

Im Folgenden werden die Patienten mit Diagnose anhand ihrer ICD-Kodes im Jahr 2012 nach Angabe ihres höchsten Schweregrades eindeutig einer der folgenden fünf Gruppen eingeteilt:

- Schweregrad 4: Patienten mit ICD-Kode L89.3
- Schweregrad 3: Patienten mit ICD-Kode L89.2 (kein ICD-Kode L89.3)
- Schweregrad 2: Patienten mit ICD-Kode L89.1 (kein ICD-Kode L89.2/.3)
- Schweregrad 1: Patienten mit ICD-Kode L89.0 (kein ICD-Kode L89.1/.2/.3)
- Ohne Angabe des Schweregrades: Patienten mit ausschließlich ICD-Kode L89.9 (kein ICD-Kode L89.0/.1/.2/.3)

Tab. 25 zeigt, dass Patienten mit Dekubitus ohne Angabe des Schweregrades in Bezug auf ihre Inanspruchnahme zwischen Patienten mit Dekubitus 2. bis 3. Grades fielen. Rund 67% der Patienten ohne Angabe des Schweregrades erhielten eine Wundbehandlung. Bei Patienten, die ausschließlich Dekubitus 1. Grades (ICD-Kodes L89.1) kodiert hatten, erhielten immerhin noch 55% eine Wundbehandlung.

**Tab. 25 Indikationsbereich »Dekubitus«: Relevanz ausgewählter ICD-Kodes für die Identifikation von Patienten mit chronischen Wunden nach Patientengruppen**

Patientengruppe	Patienten mit Diagnose »Dekubitus« in 2012 davon Anteil [%] mit Behandlung			
	Anzahl	Wund.	Dekub.	Kompr.
Dekubitus 4. Grades	216	91,7	43,1	15,3
Dekubitus 3. Grades	341	80,6	39,6	15,5
Dekubitus und Druckzone, Grad nicht näher bez.	1.027	67,0	42,0	16,7
Dekubitus 2. Grades	891	68,9	34,8	18,2
Dekubitus 1. Grades und Druckzone	470	54,9	32,6	17,9
Gesamt	2.945	69,0	38,1	17,1

Eindeutige Zuordnung der Patienten zu Patientengruppen  
Behandlung: einbezogene Verordnungen/Leistungen siehe Tab. 19

© PMV 2015

Betrachtet man die o.g. Patientengruppen (nach Angabe des höchsten Schweregrades), so hatten die Gruppe mit Dekubitus 1. Grades mit 78% überwiegend Diagnosenennungen in einem einzelnen Quartal (Tab. 26). In den anderen Gruppen lag der Anteil zwischen 43% (Dekubitus 4. Grades) und 66% (Dekubitus 2. Grades). Die Gruppe ohne Schweregradangabe lag mit 65% dazwischen.

**Tab. 26 Indikationsbereich »Dekubitus«: Häufigkeit der Diagnose »Dekubitus« in 2012 nach Patientengruppen und Anzahl der Diagnosequartale**

Patientengruppe	Patienten mit Diagnose »Dekubitus« in 2012 davon Anteil [%] in ... Quartalen				
	Anzahl	1	2	3	4
Dekubitus 4. Grades	216	43,1	30,1	12,0	14,8
Dekubitus 3. Grades	341	55,4	25,5	10,0	9,1
Dekubitus und Druckzone, Grad nicht näher bez.	1.027	65,0	14,2	6,7	14,0
Dekubitus 2. Grades	891	66,2	18,5	6,3	9,0
Dekubitus 1. Grades und Druckzone	470	78,1	10,2	2,6	9,1
Gesamt	2.945	64,8	17,4	6,7	11,2

Eindeutige Zuordnung der Patienten zu Patientengruppen

© PMV 2015

Tab. 27 macht noch einmal deutlich, dass die ICD-Kodes L89.0 und L89.9 (Dekubitus 1. Grades und Dekubitus ohne Schweregradangabe) bei der Definition von Patienten mit chronischen Wunden einbezogen werden sollten. Selbst Patienten mit Dekubitus 1. Grades in nur einem Quartal erhielten zu einem Fünftel eine Wundbehandlung über acht Wochen.

**Tab. 27 Indikationsbereich »Dekubitus«: Anteil der Patienten mit Wundbehandlung nach Patientengruppe und Anzahl der Diagnose quartale**

Patientengruppe	Anzahl der Quartale mit Diagnose	Pat. mit Diagnose »Dekubitus« in 2012 mit Wundbehandlung*			
		Gesamt		Mindestens 8 Wochen	
		Anzahl	Anteil [%]	Anzahl	[%]
Dekubitus 4. Grades	2-4 Quartale	115	93,5	92	74,8
Dekubitus 3. Grades	2-4 Quartale	140	92,1	107	70,4
Dekubitus 4. Grades	1 Quartal	78	83,9	38	40,9
Dekubitus 2. Grades	2-4 Quartale	240	79,7	170	56,5
Dekubitus 1. Grades und Druckzone	2-4 Quartale	75	72,8	56	54,4
Dekubitus 3. Grades	1 Quartal	129	68,3	58	30,7
Dekubitus und Druckzone, Grad nicht näher bez	2-4 Quartale	226	63,0	157	43,7
Dekubitus und Druckzone, Grad nicht näher bez	1 Quartal	398	59,6	182	27,2
Dekubitus 2. Grades	1 Quartal	327	55,4	155	26,3
Dekubitus 1. Grades und Druckzone	1 Quartal	152	41,4	77	21,0

Keine Mehrfachzählung möglich

Wundbehandlung: einbezogene Verordnungen/Leistungen siehe Tab. 18

© PMV 2015

#### Resumé

Zur Definition der chronischen Wundpatienten mit Dekubitus werden alle ICD-Diagnose aus Tab. 20 herangezogen. Ob es sich um Dekubituspatienten mit chronischen Wunden handelt, wird in einem zweiten Schritt anhand der Inanspruchnahme von Wundbehandlung(smitteln) entschieden (s. Kap. 3.4).



## 3.2.2

## Ulcus cruris

Im Folgenden erfolgen die entsprechenden Angaben für den Indikationsbereich Ulcus cruris.

## Auswahl der relevanten ICD-Codes

Zur Gruppe der ICD-Kodes mit Kennzeichnung S, die neben den ICD-Diagnosen Ulcus cruris, chronisches Ulkus der Haut und Gangrän auch ICD-Kodes zur Verschlüsselung von Gefäßerkrankungen mit Ulzeration/Gangrän umfasst, kommt eine Gruppe von ICD-Kodes mit Kennzeichnung F, für die geprüft wurde, ob sie in Bezug auf Wundbehandlung auch eine Rolle spielen. Diese Gruppe umfasst ICD-Kodes, bei denen Wunden als Komplikation vorkommen können.

Tab. 28

## Ulcus cruris - Einbezogene ICD-10-Diagnosen

Indikationsgruppe: Ulcus cruris			
BV-Med	PMV	ICD	Bezeichnung
S	S	I70.23	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration
S	S	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän
S	S	I83.0	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration
S	S	I83.2	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung
	S	I87.01	Postthrombotisches Syndrom mit Ulzeration
S	S	L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert
S	S	L98.4	Chronisches Ulkus der Haut, anderenorts nicht klassifiziert
	S	R02	Gangrän, anderenorts nicht klassifiziert
F	F	I70.20	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Sonstige und nicht näher bezeichnet
	F	I70.21	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz
	F	I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerzen
F	F	I70.9	Generalisierte und nicht näher bezeichnete Atherosklerose
F	F	I73.9	Periphere Gefäßkrankheit, nicht näher bezeichnet
	F	I83.1	Varizen der unteren Extremitäten mit Entzündung
F	F	I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung
	F	I87.00	Postthrombotisches Syndrom ohne Ulzeration
F	F	I87.2	Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher)
F	F	I89.0	Lymphödem, anderenorts nicht klassifiziert
	F	M62.2	Ischämischer Muskelfarkt (nichttraumatisch) [5. Stelle: 0-9]

Kennzeichnung: S = Wunde explizit kodiert, F = Wunde als Komplikation dieser Erkrankung möglich

© PMV 2015

Die Vorgehensweise ist wie in Kap. 3.2.1 beschrieben. Wie erwartet zeigt sich, dass alle ICD-Kodes mit Kennzeichnung S für die Definition von Ulcus cruris-Patienten relevant sind. Ein hoher Anteil (38-76%) weist wundrelevante Verordnungen/ Leistungen auf (Tab. 29). Deutlich niedriger liegen die Anteile bei fast allen ICD-Kodes mit Kennzeichnung F. Mit Ausnahme der ICD M62.2 (Ischämischer Muskelfarkt) mit 71% und I70.22 (Atherosklerose der Extremitätenarterien: Sonstige und nicht näher bezeichnet) mit 26% lag der Prozentsatz mit spezifischen Verordnungen/ Leistungen unter 16%.

**Tab. 29 Indikationsbereich »Ulcus cruris«: Relevanz ausgewählter ICD-Kodes für die Identifikation von Patienten mit chronischen Wunden nach Art der Behandlung**

BV-Med	P M V	ICD	Bezeichnung	Behandlungsfälle mit ICD in 2012			
				Anzahl	davon: Anteil [%] mit Behandlung im Diagnosequartal		
				Wund.	Dekub.	Kompr.	
S	S	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	659	75,7	9,3	8,8
	F	M62.2	Ischämischer Muskelfarkt (nichttraumatisch) [5. Stelle: 0-9]	24	70,8	0,0	8,3
S	S	I70.23	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	748	67,9	7,5	11,8
	S	R02	Gangrän, anderenorts nicht klassifiziert	816	63,2	7,5	8,3
S	S	L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	4.425	59,5	4,3	25,2
S	S	L98.4	Chronisches Ulkus der Haut, anderenorts nicht klassifiziert	1.390	55,6	4,5	15,0
S	S	I83.2	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung	1.448	45,0	2,5	28,1
S	S	I83.0	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration	1.504	38,8	1,7	23,2
	S	I87.01	Postthrombotisches Syndrom mit Ulzeration	132	37,9	3,0	27,3
	F	I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerzen	512	26,0	3,1	5,7
F	F	I70.20	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Sonstige und nicht näher bezeichnet	4.684	15,2	1,5	5,1
	F	I70.21	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz	1.980	14,3	1,2	3,3
F	F	I89.0	Lymphödem, anderenorts nicht klassifiziert	7.918	13,3	1,3	21,8
	F	I87.00	Postthrombotisches Syndrom ohne Ulzeration	1.806	13,2	0,8	25,9
	F	I83.1	Varizen der unteren Extremitäten mit Entzündung	7.377	12,2	0,9	15,3
F	F	I73.9	Periphere Gefäßkrankheit, nicht näher bezeichnet	19.380	11,5	1,2	4,2
F	F	I87.2	Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher)	20.775	9,3	0,9	16,8
F	F	I70.9	Generalisierte und nicht näher bezeichnete Atherosklerose	6.795	8,5	1,1	4,7
F	F	I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	46.254	6,2	0,5	13,5

Kennzeichnung: S = Wunde explizit kodiert, F = Wunde als Komplikation dieser Erkrankung möglich

© PMV 2015

ICD: ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)

Mehrfachnennung möglich

Behandlung: einbezogene Verordnungen/Leistungen siehe Tab. 19

Tab. 30 zeigt, dass zwischen 30 und 61% der Behandlungsfälle mit ICD-Kodes mit Kennzeichnung S eine Wundbehandlung (inkl. Wundbehandlung im Rahmen einer Dekubitusbehandlung) über einen Zeitraum von mehr als acht Wochen hatten. Dieser Prozentsatz lag mit 3-11% deutlich niedriger bei ICD-Kodes mit Kennzeichnung F (Ausnahmen: ICD M62.2 mit 38% und I70.22 mit 18%).

**Tab. 30 Indikationsbereich »Ulcus cruris«: Relevanz ausgewählter ICD-Kodes für die Identifikation von Patienten mit chronischen Wunden nach Dauer der Behandlung**

B V - M e d	P M V	ICD	Bezeichnung	Behandlungsfälle mit ICD in 2012				
				Anzahl (100%)	davon: Anteil mit Wundbehandlung		Mindestens 8 Wochen	
					Anzahl	Anteil [%]	Anzahl	Anteil [%]
S	S	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken- Bein-Typ, mit Gangrän	659	499	75,7	401	60,8
S	S	I70.23	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken- Bein-Typ, mit Ulzeration	748	508	67,9	430	57,5
	S	R02	Gangrän, anderenorts nicht klassifiziert	816	517	63,4	387	47,4
S	S	L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	4.425	2.642	59,7	2.065	46,7
S	S	L98.4	Chronisches Ulkus der Haut, anderenorts nicht klassifiziert	1.390	775	55,8	587	42,2
	F	M62.2	Ischämischer Muskelfarkt (nichttraumatisch) [5. Stelle: 0-9]	24	17	70,8	9	37,5
S	S	I83.2	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung	1.448	653	45,1	489	33,8
	S	I87.01	Postthrombotisches Syndrom mit Ulzeration	132	50	37,9	42	31,8
S	S	I83.0	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration	1.504	583	38,8	450	29,9
	F	I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken- Bein-Typ, mit Ruheschmerzen	512	133	26,0	91	17,8
F	F	I70.20	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Sonstige und nicht näher bezeichnet	4.684	712	15,2	496	10,6
	F	I87.00	Postthrombotisches Syndrom ohne Ulzeration	1.806	238	13,2	167	9,2
	F	I70.21	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken- Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz	1.980	285	14,4	173	8,7
F	F	I89.0	Lymphödem, anderenorts nicht klassifiziert	7.918	1.057	13,3	653	8,2
F	F	I73.9	Periphere Gefäßkrankheit, nicht näher bezeichnet	19.380	2.235	11,5	1.554	8,0
	F	I83.1	Varizen der unteren Extremitäten mit Entzündung	7.377	898	12,2	572	7,8
F	F	I87.2	Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher)	20.775	1.940	9,3	1.203	5,8
F	F	I70.9	Generalisierte und nicht näher bezeichnete Atherosklerose	6.795	580	8,5	331	4,9
F	F	I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	46.254	2.854	6,2	1.497	3,2

Kennzeichnung: S = Wunde als Komplikation dieser Erkrankung möglich

ICD: ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)

Mehrfachnennung möglich

Wundbehandlung: einbezogene Verordnungen/Leistungen siehe Tab. 18

© PMV 2015

Prüfung der Relevanz von ICD-Kodes mit PMV-Kennzeichnung F

In den folgenden beiden Tabellen werden nur Diagnosefälle des Jahres 2012 betrachtet, bei denen ausschließlich ICD-Kodes mit Kennzeichnung F und keine anderen wundrelevanten ICD-Kode dokumentiert waren. In der ersten Tabelle werden nur Diagnosefälle mit ICD-Kodes mit Kennzeichnung S aus demselben Indikationsbereich, bei der zweiten Tabellen Diagnosefälle mit ICD-Kodes mit Kennzeichnung S aus demselben Indikationsbereich sowie mit ICD-Kodes mit Kennzeichnung S/F aus allen Indikationsbereichen ausgeschlossen.

Der Anteil mit Wundbehandlung länger als acht Wochen unter den Behandlungsfällen mit ICD-Kodes, die Krankheiten benennen, bei denen Wunden als Folge oder Komplikation auftreten können (PMV-Kennzeichnung F), sank auf unter 6%, wenn man nur Quartalsfälle des Jahres 2012 betrachtet, in denen keine weiteren ICD-Kodes mit Kennzeichnung S aus demselben Indikationsbereich berücksichtigt (Ausnahmen: ICD M62.2 mit 33% und I70.22 mit 10%; Tab. 31 Teil 1) bzw. auf unter 3%, wenn man nur solche Quartalsfälle betrachtet, in denen keine weiteren ICD-Kodes mit Kennzeichnung S/F aus allen Indikationsbereichen berücksichtigt werden (Ausnahmen: ICD M62.2 mit 11%; Tab. 31 Teil 2).

**Tab. 31 Indikationsbereich »Ulcus cruris«: Relevanz ausgewählter ICD-Kodes für die Identifikation von Patienten mit chronischen Wunden mit PMV-Kennzeichnung F nach Dauer der Behandlung**

B V - M e d	P M V	ICD	Bezeichnung	Behandlungsfälle mit ICD in 2012				
				Anzahl (100%)	davon: Anteil mit Wundbehandlung		Mindestens 8 Wochen	
					Anzahl	Anteil [%]	Anzahl	Anteil [%]
	F	M62.2	Ischämischer Muskelfarkt (nichttraumatisch) [5. Stelle: 0-9]	18	11	61,1	6	33,3
	F	I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken- Bein-Typ, mit Ruheschmerzen	406	61	15,0	40	9,9
	F	I70.21	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken- Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz	1.799	176	9,8	94	5,2
F	F	I70.20	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Sonstige und nicht näher bezeichnet	4.109	364	8,9	205	5,0
F	F	I89.0	Lymphödem, anderenorts nicht klassifiziert	7.290	695	9,5	349	4,8
F	F	I73.9	Periphere Gefäßkrankheit, nicht näher bezeichnet	17.692	1.231	7,0	728	4,1
	F	I83.1	Varizen der unteren Extremitäten mit Entzündung	6.660	456	6,8	224	3,4
	F	I87.00	Postthrombotisches Syndrom ohne Ulzeration	1.546	101	6,5	51	3,3
F	F	I70.9	Generalisierte und nicht näher bezeichnete Atherosklerose	6.432	395	6,1	192	3,0
F	F	I87.2	Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher)	19.135	1.059	5,5	502	2,6
F	F	I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	44.384	1.964	4,4	832	1,9

Basis: Behandlungsfälle ohne weitere ICD-Kodes mit Kennzeichnung S aus demselben Indikationsbereich

© PMV 2015

Kennzeichnung: F = Wunde als Komplikation dieser Erkrankung möglich

ICD: ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)

Mehrfachnennung möglich

Wundbehandlung: einbezogene Verordnungen/Leistungen siehe Tab. 18

Fortsetzung folgt

Fortsetzung Tab. 31

**Indikationsbereich »Ulcus cruris«: Relevanz ausgewählter ICD-Kodes für die Identifikation von Patienten mit chronischen Wunden mit PMV-Kennzeichnung F nach Dauer der Behandlung**

B V - M e d	P M V	ICD	Bezeichnung	Behandlungsfälle mit ICD in 2012				
				Anzahl (100%)	davon: Anteil mit Wundbehandlung		Mindestens 8 Wochen	
					Gesamt Anzahl	Anteil [%]	Anzahl	Anteil [%]
	F	M62.2	Ischämischer Muskelfarkt (nichttraumatisch) [5. Stelle: 0-9]	9	4	44,4	1	11,1
F	F	I89.0	Lymphödem, anderenorts nicht klassifiziert	4.749	277	5,8	116	2,4
	F	I83.1	Varizen der unteren Extremitäten mit Entzündung	5.152	197	3,8	98	1,9
	F	I87.00	Postthrombotisches Syndrom ohne Ulzeration	1.183	39	3,3	22	1,9
F	F	I73.9	Periphere Gefäßkrankheit, nicht näher bezeichnet	11.715	346	3,0	191	1,6
F	F	I70.20	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Sonstige und nicht näher bezeichnet	2.492	84	3,4	38	1,5
	F	I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerzen	220	10	4,5	3	1,4
F	F	I87.2	Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher)	14.758	450	3,0	194	1,3
F	F	I70.9	Generalisierte und nicht näher bezeichnete Atherosklerose	4.482	136	3,0	58	1,3
F	F	I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	35.694	851	2,4	346	1,0
	F	I70.21	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz	1.087	32	2,9	10	0,9

Basis: Behandlungsfälle ohne weitere ICD-Kodes mit Kennzeichnung S aus demselben Indikationsbereich und ohne © PMV 2015

andere ICD-Kodes mit Kennzeichnung S/F aus allen Indikationsbereichen

Kennzeichnung: F = Wunde als Komplikation dieser Erkrankung möglich

ICD: ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)

Mehrfachnennung möglich

Wundbehandlung: einbezogene Verordnungen/Leistungen siehe Tab. 18

Patienten mit Diagnose in 2012 nach ambulanter/ stationärer Diagnose

Tab. 32 zeigt die Anzahl der Patienten mit den ausgewählten ICD-Kodes im Jahr 2012. Insgesamt hatten 33.805 Patienten der Bezugspopulation mindestens einer Ulcus cruris-Diagnose. Weiter ist in der Tabelle dargestellt, wie sich diese Patientengruppe laut Dokumentation in der VSH nach Art der Diagnose differenziert. Diese Patientengruppe enthält alle potentiellen Erkrankungsfälle und bildet die Basis für die interne Validierung (s. Kap. 3.3) und Falldefinition der Patienten mit chronischen Wunden (s. Kap. 3.4).

Tab. 32

**Indikationsbereich »Ulcus cruris«: Einteilung der Patienten mit relevanten Diagnosen in 2012 nach ambulanter/ stationärer Diagnose**

	Anzahl	Anteil [%]
Aufnahmediagnose	1.461	4,3
Hauptentlassungsdiagnose	1.218	3,6
Nebendiagnose	2.748	8,1
Krankenscheindiagnose	33.233	98,3
Gesamt	33.805	100,0

ICD: ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)

© PMV 2015

Bei der Differenzierung nach Diagnoseart sind Mehrfachzählungen möglich.

Eine Darstellung der Häufigkeit der einzelnen relevanten ICD-Kodes nach Art der Diagnose sowie nach Anzahl der Diagnose quartale findet sich in Kap. 8.4.2 im Anhang.

Résumé

Zur Definition der chronischen Wundpatienten mit Ulcus cruris werden alle ICD-Diagnose mit PMV-Kennzeichnung S und F aus Tab. 28 herangezogen. Aufgrund der teilweise hohen Anzahl von Behandlungsfällen mit ICD-Diagnosen mit Kennzeichnung F ergab sich trotz geringer Anteile mit Wundbehandlung eine nicht unbedeutende Anzahl von Behandlungsfällen mit einer Wundbehandlung von mehr als acht Wochen.



### 3.2.3 Diabetischer Fuß

Im Folgenden werden die entsprechenden Ergebnisse für den »Indikationsbereich diabetischer Fuß« dargestellt. Hierbei wird auf die Population der definierten Diabetespatienten des Jahres 2012 eingeschränkt (Definition s. [14]). Die Population ist eine Subpopulation der Bezugspopulation und umfasst 33.743 Diabetespatienten (zur Alters- und Geschlechtsstruktur s. Tab. 33).

**Tab. 33 Alters- und Geschlechtsstruktur der Diabetespatienten der Bezugspopulation (Bezugsjahr 2012)**

Altersgruppe [Jahre]	Durchgängig Versicherte			Studienpopulation 2012			Gesamt		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
-9	10	14	24	0	0	0	10	14	24
10-	44	38	82	0	0	0	44	38	82
20-	81	124	205	0	1	1	81	125	206
30-	244	340	584	0	0	0	244	340	584
40-	1.219	885	2.104	7	1	8	1.226	886	2.112
50-	2.575	2.048	4.623	25	19	44	2.600	2.067	4.667
60-	3.898	3.300	7.198	83	40	123	3.981	3.340	7.321
70-	5.204	5.581	10.785	241	183	424	5.445	5.764	11.209
80-	1.928	3.796	5.724	252	391	643	2.180	4.187	6.367
90-	175	758	933	52	186	238	227	944	1.171
Gesamt	15.378	16.884	32.262	660	821	1.481	16.038	17.705	33.743

© PMV 2015

### Auswahl der relevanten ICD-Codes bei Diabetespatienten

Die Gruppe der relevanten ICD-Kodes umfasst überwiegend ICD-Kodes für Begleiterkrankungen des Diabetes, die primär die ursächlichen Erkrankungen bezeichnen, deren Folge oder Komplikation eine Wunde sein kann.

**Tab. 34 Diabetischer Fuß - Einbezogene ICD-10-Diagnosen bei Diabetespatienten**

Indikationsgruppe: Diabetischer Fuß			
BV-Med	PMV	ICD	Bezeichnung
F	F	E10-E14.4	Diabetes mellitus: Mit neurologischen Komplikationen
F	F	E10-E14.5	Diabetes mellitus: Mit peripheren vaskulären Komplikationen
	F	E10-E14.6	Diabetes mellitus: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen
F	F	E10-E14.72	Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen mit sonst. multiplen Kompl., nicht entgleist
F	F	E10-E14.73	Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen mit sonst. multiplen Kompl., entgleist
F	F	E10-E14.74	Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen mit DFS, nicht entgleist
F	F	E10-E14.75	Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen mit DFS, entgleist
	F	G62.9	Polyneuropathie, nicht näher bezeichnet
	F	G63.2	Diabetische Polyneuropathie (E10-E14, vierte Stelle .4)
	F	I79.2	Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

Kennzeichnung: F = Wunde als Komplikation dieser Erkrankung möglich

© PMV 2015

Die Vorgehensweise ist wie in Kap. 3.2.1 beschrieben. Es zeigt sich wie erwartet eine hohe Wundbehandlungsrate bei den ICD-Kodes E10-E14.75 (61%) und E10-E14.74 (41%), die den Diabetes mit multiplen Komplikationen mit DFS kodieren, während bei den anderen ICD-Kodes deutlich niedrigere Wundbehandlungsraten von 10-23% zu beobachten waren (Tab. 35). Zur Behandlung über einen Zeitraum von mehr als acht Wochen siehe Tab. 36.

**Tab. 35 Indikationsbereich »Diabetischer Fuß«: Relevanz ausgewählter ICD-Kodes für die Identifikation von Patienten mit chronischen Wunden nach Art der Behandlung**

BV-Med	P M V	ICD	Bezeichnung	Behandlungsfälle mit ICD in 2012			
				Anzahl	davon: Anteil [%] mit Behandlung im Diagnosequartal		
				Wund.	Dekub.	Kompr.	
F	F	E10-E14.75	Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen mit DFS, entgleist	326	61,0	4,3	13,2
F	F	E10-E14.74	Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen mit DFS, nicht entgleist	3.470	40,6	2,3	9,3
F	F	E10-E14.5	Diabetes mellitus: Mit peripheren vaskulären Komplikationen	5.203	23,3	1,9	7,1
	F	I79.2	Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	1.258	19,9	1,3	6,0
F	F	E10-E14.73	Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen mit sonst. multiplen Kompl., entgleist	1.051	16,4	2,2	6,9
F	F	E10-E14.72	Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen mit sonst. multiplen Kompl., nicht entgleist	4.420	14,8	1,7	4,6
	F	G63.2	Diabetische Polyneuropathie (E10-E14, vierte Stelle .4 )	9.973	11,6	1,0	5,0
F	F	E10-E14.4	Diabetes mellitus: Mit neurologischen Komplikationen	17.216	10,7	0,9	5,1
	F	G62.9	Polyneuropathie, nicht näher bezeichnet	7.986	10,4	1,0	5,7
	F	E10-E14.6	Diabetes mellitus: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen	4.840	10,0	1,0	4,5

Kennzeichnung: F = Wunde als Komplikation dieser Erkrankung möglich

© PMV 2015

ICD: ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)

Mehrfachnennung möglich

Behandlung: einbezogene Verordnungen/Leistungen siehe Tab. 19

**Tab. 36 Indikationsbereich »Diabetischer Fuß«: Relevanz ausgewählter ICD-Kodes für die Identifikation von Patienten mit chronischen Wunden mit nach Dauer der Behandlung**

B V - M e d	P M V	ICD	Bezeichnung	Behandlungsfälle mit ICD in 2012				
				Anzahl (100%)	davon: Anteil mit Wundbehandlung		Mindestens 8 Wochen	
					Anzahl	Anteil [%]	Anzahl	Anteil [%]
F	F	E10-E14.75	Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen mit DFS, entgleist	326	199	61,0	160	49,1
F	F	E10-E14.74	Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen mit DFS, nicht entgleist	3.470	1.411	40,7	1.167	33,6
F	F	E10-E14.5	Diabetes mellitus: Mit peripheren vaskulären Komplikationen	5.203	1.214	23,3	972	18,7
	F	I79.2	Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	1.258	250	19,9	188	14,9
F	F	E10-E14.73	Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen mit sonst. multiplen Kompl., entgleist	1.051	173	16,5	126	12,0
F	F	E10-E14.72	Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen mit sonst. multiplen Kompl., nicht entgleist	4.420	653	14,8	479	10,8
	F	G63.2	Diabetische Polyneuropathie (E10-E14, vierte Stelle .4 )	9.973	1.166	11,7	826	8,3
F	F	E10-E14.4	Diabetes mellitus: Mit neurologischen Komplikationen	17.216	1.849	10,7	1.294	7,5
	F	G62.9	Polyneuropathie, nicht näher bezeichnet	7.986	830	10,4	550	6,9
	F	E10-E14.6	Diabetes mellitus: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen	4.840	489	10,1	331	6,8

Kennzeichnung: F = Wunde als Komplikation dieser Erkrankung möglich

© PMV 2015

ICD: ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)

Mehrfachnennung möglich

Wundbehandlung: einbezogene Verordnungen/Leistungen siehe Tab. 18

Prüfung der Relevanz von ICD-Kodes mit PMV-Kennzeichnung F

In der folgenden Tabelle werden nur Diagnose quartale des Jahres 2012 betrachtet, in denen ausschließlich ICD-Kodes mit Kennzeichnung F aus dem Indikationsbereich »Diabetischer Fuß« und keine weiteren ICD-Kodes mit Kennzeichnung S/F aus den anderen Indikationsbereichen dokumentiert waren.

Durch Ausschluss der Behandlungsfälle mit weiteren wundrelevanten ICD-Kodes verringert sich die Anzahl der Behandlungsfälle deutlich (vgl. Tab. 36 Spalte 5 mit Tab. 37 Spalte 5). Dies bedeutet, dass sehr häufig neben ICD-Kodes aus dem Indikationsbereich »diabetischer Fuß« andere wundrelevante Diagnosen dokumentiert werden. Weiter zeigt die Tab. 37, dass sich trotz

kleiner Wundbehandlungsraten noch einige Patienten mit Wundbehandlung über einen Zeitraum von mindestens acht Wochen unter den Behandlungsfällen mit ausschließlich ICD-Kodes mit Kennzeichnung F befinden.

**Tab. 37 Indikationsbereich »Diabetischer Fuß«: Relevanz ausgewählter ICD-Kodes für die Diagnose »Diabetischer Fuß« mit PMV-Kennzeichnung F nach Dauer der Behandlung**

B V - M e d	P M V	ICD	Bezeichnung	Behandlungsfälle mit ICD in 2012 davon: Anteil mit Wundbehandlung				
				Anzahl (100%)	Gesamt		Mindestens 8 Wochen	
					Anzahl	Anteil [%]	Anzahl	Anteil [%]
F	F	E10-E14.74	Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen mit DFS, nicht entgleist	1.182	200	16,9	158	13,4
F	F	E10-E14.75	Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen mit DFS, entgleist	89	15	16,9	10	11,2
F	F	E10-E14.5	Diabetes mellitus: Mit peripheren vaskulären Komplikationen	2.005	156	7,8	129	6,4
F	F	E10-E14.72	Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen mit sonst. multiplen Kompl., nicht entgleist	2.362	117	5,0	84	3,6
F	F	E10-E14.73	Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen mit sonst. multiplen Kompl, entgleist	544	22	4,0	14	2,6
	F	G63.2	Diabetische Polyneuropathie (E10-E14, vierte Stelle .4 )	5.417	218	4,0	126	2,3
	F	I79.2	Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	473	17	3,6	11	2,3
F	F	E10-E14.4	Diabetes mellitus: Mit neurologischen Komplikationen	9.460	330	3,5	187	2,0
	F	E10-E14.6	Diabetes mellitus: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen	2.966	82	2,8	49	1,7
	F	G62.9	Polyneuropathie, nicht näher bezeichnet	4.239	137	3,2	70	1,7

Basis: Behandlungsfälle ohne weitere ICD-Kodes mit Kennzeichnung S/F aus allen Indikationsbereichen

© PMV 2015

Kennzeichnung: F = Wunde als Komplikation dieser Erkrankung möglich

ICD: ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)

Mehrfachnennung möglich

Wundbehandlung: einbezogene Verordnungen/Leistungen siehe Tab. 18

Patienten mit Diagnose in 2012 nach ambulanter/ stationärer Diagnose

Tab. 38 zeigt die Anzahl der Patienten mit den ausgewählten ICD-Kodes im Jahr 2012. Insgesamt hatten 10.890 Patienten der Diabetikerpopulation mindestens einen der ICD-Kodes. Weiter ist in der Tabelle dargestellt, wie sich diese Patientengruppe laut Dokumentation in der VSH nach Art der Diagnose differenziert. Diese Patientengruppe enthält alle potentiellen Erkrankungsfälle und bildet die Basis für die interne Validierung (s. Kap. 3.3) und Falldefinition der Patienten mit chronischen Wunden (s. Kap. 3.4).

**Tab. 38**

**Indikationsbereich »Diabetischer Fuß«: Einteilung der Patienten mit relevanten Diagnosen in 2012 nach ambulanter/ stationärer Diagnose**

	Anzahl	Anteil [%]
Aufnahmediagnose	390	3,6
Hauptentlassungsdiagnose	602	5,5
Nebendiagnose	1.561	14,3
Krankenscheindiagnose	10.314	94,7
<b>Gesamt</b>	<b>10.890</b>	<b>100,0</b>

ICD: ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)

© PMV 2015

Bei der Differenzierung nach Diagnoseart sind Mehrfachzählungen möglich.

Eine Darstellung der Häufigkeit der einzelnen relevanten ICD-Kodes nach Art der Diagnose sowie nach Anzahl der Diagnose quartale findet sich in Kap. 8.4.3 im Anhang.

**Résumé**

Zur Definition der chronischen Wundpatienten mit diabetischem Fuß werden die ICD-Diagnose aus Tab. 34 mit PMV-Kennzeichnung F herangezogen. Aufgrund der teilweise hohen Anzahl von Behandlungsfällen mit ICD-Diagnosen mit Kennzeichnung F ergab sich trotz geringer Anteile mit Wundbehandlung eine nicht unbedeutende Anzahl von Behandlungsfällen mit einer Wundbehandlung von mehr als acht Wochen.

### 3.2.4 Posttraumatische Wunden

Im Folgenden werden die entsprechenden Auswertungsergebnisse für den Indikationsbereich posttraumatische Wunden.

#### Auswahl der relevanten ICD-Codes

**Tab. 39** Posttraumatische Wunden - Einbezogene ICD-10-Diagnosen

Indikationsgruppe: Posttraumatische Wunden			
BV-Med	PMV	ICD	Bezeichnung
S	S	S11	Offene Wunde des Halses
S	S	S21	Offene Wunde des Thorax
S	S	S31.0	Offene Wunde der Lumbosakralgegend und des Beckens
S	S	S31.1	Offene Wunde der Bauchdecke
S	S	S31.7	Multiple offene Wunden des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens
	S	S31.8	Offene Wunde sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Abdomens
S	S	S41	Offene Wunde der Schulter und des Oberarmes
S	S	S51	Offene Wunde des Unterarmes
S	S	S61	Offene Wunde des Handgelenkes und der Hand
S	S	S71	Offene Wunde der Hüfte und des Oberschenkels
S	S	S81.0	Offene Wunde des Knies
S	S	S81.7	Multiple offene Wunden des Unterschenkels
	S	S81.8	Offene Wunde sonstiger Teile des Unterschenkels
	S	S81.9	Offene Wunde des Unterschenkels, Teil nicht näher bezeichnet
S	S	S91.0	Offene Wunde der Knöchelregion
S	S	S91.1	Offene Wunde einer oder mehrerer Zehen ohne Schädigung des Nagels
S	S	S91.2	Offene Wunde einer oder mehrerer Zehen mit Schädigung des Nagels
S	S	S91.3	Offene Wunde sonstiger Teile des Fußes
S	S	S91.7	Multiple offene Wunden der Knöchelregion und des Fußes
S	S	S91.8	Offene Wunde sonstiger Teile der Knöchelregion und des Fußes
	S	T01	Offene Wunden mit Beteiligung mehrerer Körperregionen
	S	T05	Traumatische Amputationen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen
	S	T09.1	Offene Wunde des Rumpfes, Höhe nicht näher bezeichnet
	S	T11.1	Offene Wunde der oberen Extremität, Höhe nicht näher bezeichnet
	S	T11.6	Traumatische Amputation der oberen Extremität, Höhe nicht näher bezeichnet
	S	T13.1	Offene Wunde der unteren Extremität, Höhe nicht näher bezeichnet
	S	T13.6	Traumatische Amputation der unteren Extremität, Höhe nicht näher bezeichnet

Kennzeichnung: S = Wunde explizit kodiert, F = Wunde als Komplikation dieser Erkrankung möglich

© PMV 2015

Fortsetzung folgt

## Fortsetzung Tab. 39

## Posttraumatische Wunden - Einbezogene ICD-10-Diagnosen

Indikationsgruppe: Posttraumatische Wunden			
BV-Med	PMV	ICD	Bezeichnung
	S	T14.1	Offene Wunde an einer nicht näher bezeichneten Körperregion
	S	T14.7	Zerquetschung und traumatische Amputation einer nicht näher bezeichneten Körperregion
S	S	T79.2	Traumatisch bedingte sekundäre oder rezidivierende Blutung
S	S	T79.3	Posttraumatische Wundinfektion, anderenorts nicht klassifiziert
	S	T81.3	Aufreißen einer Operationswunde, anderenorts nicht klassifiziert
S	S	T89.0	Komplikationen einer offenen Wunde
	S	T90.1	Folgen einer offenen Wunde des Kopfes
	S	T91.0	Folgen einer oberflächlichen Verletzung und einer offenen Wunde des Halses und des Rumpfes
	S	T92.0	Folgen einer offenen Wunde der oberen Extremität
	S	T93.0	Folgen einer offenen Wunde der unteren Extremität
	F	S88	Traumatische Amputation am Unterschenkel
	F	S98	Traumatische Amputation am oberen Sprunggelenk und Fuß
	F	T79.9	Nicht näher bezeichnete Frühkomplikation eines Traumas
	F	T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert
	F	T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen
	F	T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese
	F	T84.6	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine interne Osteosynthesevorrichtung [jede Lokalisation]
	F	T86.51	Nekrose eines Hauttransplantates
	F	T88.9	Komplikation bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, nicht näher bezeichnet
	F	T93.6	Folgen einer Zerquetschung oder einer traumatischen Amputation der unteren Extremität

Kennzeichnung: S = Wunde explizit kodiert, F = Wunde als Komplikation dieser Erkrankung möglich

© PMV 2015

Die Vorgehensweise ist wie in Kap. 3.2.1 beschrieben. Auch diese Indikationsgruppe wies einen hohen Anteil von Behandlungsfällen mit Wundbehandlung auf (Tab. 40). Zur Wundbehandlungsrate über einen Zeitraum von mehr als acht Wochen siehe auch Tab. 41.

**Tab. 40 Indikationsbereich »Posttraumatische Wunden«: Relevanz ausgewählter ICD-Kodes für die Identifikation von Patienten mit chronischen Wunden nach Art der Behandlung**

BV-Med	P M V	ICD	Bezeichnung	Behandlungsfälle mit ICD in 2012 davon: Anteil [%] mit Behandlung im Diagnosequartal			
				Anzahl	Wund.	Dekub.	Kompr.
	F	T86.51	Nekrose eines Hauttransplantates	20	100,0	20,0	15,0
	S	T93.0	Folgen einer offenen Wunde der unteren Extremität	19	84,2	5,3	5,3
	F	T84.6	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine interne Osteosynthesevorrichtung [jede Lokalisation]	57	75,4	5,3	7,0
	S	T81.3	Aufreißen einer Operationswunde, anderenorts nicht klassifiziert	901	65,0	3,7	6,7
S	S	S31.0	Offene Wunde der Lumbosakralgegend und des Beckens	33	60,6	15,2	3,0
S	S	S91.0	Offene Wunde der Knöchelregion	22	59,1	0,0	9,1
	F	T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	895	58,1	3,5	9,3
	F	T79.9	Nicht näher bezeichnete Frühkomplikation eines Traumas	1.929	57,8	3,0	7,9
S	S	T89.0	Komplikationen einer offenen Wunde	306	57,2	2,0	10,1
	F	T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese	160	55,0	6,9	14,4
	S	T13.1	Offene Wunde der unteren Extremität, Höhe nicht näher bezeichnet	45	53,3	2,2	4,4
S	S	S91.7	Multiple offene Wunden der Knöchelregion und des Fußes	8	50,0	0,0	0,0
S	S	S31.1	Offene Wunde der Bauchdecke	56	46,4	3,6	3,6
	S	T90.1	Folgen einer offenen Wunde des Kopfes	13	46,2	0,0	7,7
S	S	S81.7	Multiple offene Wunden des Unterschenkels	29	44,8	3,4	6,9
	S	S81.9	Offene Wunde des Unterschenkels, Teil nicht näher bezeichnet	234	42,3	3,0	9,8
S	S	S71	Offene Wunde der Hüfte und des Oberschenkels	123	42,3	1,6	4,1
	F	S98	Traumatische Amputation am oberen Sprunggelenk und Fuß	262	41,2	3,4	6,1

Kennzeichnung: S = Wunde explizit kodiert, F = Wunde als Komplikation dieser Erkrankung möglich

© PMV 2015

ICD: ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)

Mehrfachnennung möglich

Wundbehandlung: einbezogene Verordnungen/Leistungen siehe Tab. 18

Fortsetzung folgt



Fortsetzung Tab. 40

**Indikationsbereich »Posttraumatische Wunden«: Relevanz ausgewählter ICD-Kodes für die Identifikation von Patienten mit chronischen Wunden nach Art der Behandlung**

BV-Med	P M V	ICD	Bezeichnung	Behandlungsfälle mit ICD in 2012			
				Anzahl	davon: Anteil [%] mit Behandlung im Diagnosequartal		
				Wund.	Dekub.	Kompr.	
S	S	S21	Offene Wunde des Thorax	68	41,2	2,9	5,9
	S	T11.1	Offene Wunde der oberen Extremität, Höhe nicht näher bezeichnet	33	39,4	6,1	3,0
S	S	T79.3	Posttraumatische Wundinfektion, anderenorts nicht klassifiziert	2.459	37,9	2,0	6,0
S	S	S91.1	Offene Wunde einer oder mehrerer Zehen ohne Schädigung des Nagels	84	36,9	0,0	2,4
	S	S81.8	Offene Wunde sonstiger Teile des Unterschenkels	160	36,9	2,5	8,8
	F	T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	249	34,9	2,0	4,0
S	S	S91.2	Offene Wunde einer oder mehrerer Zehen mit Schädigung des Nagels	41	34,1	2,4	2,4
	S	T09.1	Offene Wunde des Rumpfes, Höhe nicht näher bezeichnet	3	33,3	0,0	0,0
S	S	S41	Offene Wunde der Schulter und des Oberarmes	100	32,0	2,0	7,0
S	S	S11	Offene Wunde des Halses	25	32,0	0,0	8,0
S	S	S91.3	Offene Wunde sonstiger Teile des Fußes	258	31,0	1,2	4,7
	S	T91.0	Folgen einer oberflächlichen Verletzung und einer offenen Wunde des Halses und des Rumpfes	7	28,6	0,0	0,0
S	S	S51	Offene Wunde des Unterarmes	432	28,5	1,6	3,7
	S	S31.8	Offene Wunde sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Abdomens	40	25,0	0,0	5,0
	F	S88	Traumatische Amputation am Unterschenkel	130	24,6	7,7	6,9
	S	T13.6	Traumatische Amputation der unteren Extremität, Höhe nicht näher bezeichnet	17	23,5	0,0	0,0
	F	T93.6	Folgen einer Zerquetschung oder einer traumatischen Amputation der unteren Extremität	69	21,7	1,4	1,4
S	S	S81.0	Offene Wunde des Knies	148	20,3	0,0	1,4

Kennzeichnung: S = Wunde explizit kodiert, F = Wunde als Komplikation dieser Erkrankung möglich

© PMV 2015

ICD: ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)

Mehrfachnennung möglich

Wundbehandlung: einbezogene Verordnungen/Leistungen siehe Tab. 18

Fortsetzung folgt

Fortsetzung Tab. 40

**Indikationsbereich »Posttraumatische Wunden«: Relevanz ausgewählter ICD-Kodes für die Identifikation von Patienten mit chronischen Wunden nach Art der Behandlung**

BV-Med	P M V	ICD	Bezeichnung	Behandlungsfälle mit ICD in 2012 davon: Anteil [%] mit Behandlung im Diagnosequartal			
				Anzahl	Wund.	Dekub.	Kompr.
	S	T11.6	Traumatische Amputation der oberen Extremität, Höhe nicht näher bezeichnet	5	20,0	0,0	0,0
	S	T14.1	Offene Wunde an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	5.454	18,5	0,5	2,6
S	S	S91.8	Offene Wunde sonstiger Teile der Knöchelregion und des Fußes	46	17,4	0,0	2,2
	S	T05	Traumatische Amputationen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen	46	17,4	0,0	0,0
	F	T88.9	Komplikation bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, nicht näher bezeichnet	65	16,9	1,5	1,5
S	S	S61	Offene Wunde des Handgelenkes und der Hand	1.710	16,7	0,1	1,5
	S	T01	Offene Wunden mit Beteiligung mehrerer Körperregionen	1.559	16,5	0,8	2,6
	S	T14.7	Zerquetschung und traumatische Amputation einer nicht näher bezeichneten Körperregion	27	11,1	0,0	0,0
	S	T92.0	Folgen einer offenen Wunde der oberen Extremität	11	9,1	0,0	0,0
S	S	T79.2	Traumatisch bedingte sekundäre oder rezidivierende Blutung	24	8,3	4,2	8,3
S	S	S31.7	Multiple offene Wunden des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	1	0,0	0,0	0,0

Kennzeichnung: S = Wunde explizit kodiert, F = Wunde als Komplikation dieser Erkrankung möglich

© PMV 2015

ICD: ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)

Mehrfachnennung möglich

Wundbehandlung: einbezogene Verordnungen/Leistungen siehe Tab. 18

**Tab. 41 Indikationsbereich »Posttraumatische Wunden«: Relevanz ausgewählter ICD-Kodes für die Identifikation von Patienten mit chronischen Wunden nach Dauer der Behandlung**

B V - M e d	P M V	ICD	Bezeichnung	Behandlungsfälle mit ICD in 2012				
				Anzahl (100%)	davon: Anteil mit Wundbehandlung		Mindestens 8 Wochen	
					Anzahl	Anteil [%]	Anzahl	Anteil [%]
	F	T86.51	Nekrose eines Hauttransplantates	20	20	100,0	16	80,0
	S	T93.0	Folgen einer offenen Wunde der unteren Extremität	19	16	84,2	12	63,2
	F	T84.6	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine interne Osteosynthesevorrichtung [jede Lokalisation]	57	43	75,4	30	52,6
S	S	S31.1	Offene Wunde der Bauchdecke	56	27	48,2	23	41,1
	F	S98	Traumatische Amputation am oberen Sprunggelenk und Fuß	262	108	41,2	95	36,3
	S	T09.1	Offene Wunde des Rumpfes, Höhe nicht näher bezeichnet	3	1	33,3	1	33,3
	S	T81.3	Aufreißen einer Operationswunde, anderenorts nicht klassifiziert	901	586	65,0	289	32,1
S	S	S91.0	Offene Wunde der Knöchelregion	22	13	59,1	7	31,8
S	S	T89.0	Komplikationen einer offenen Wunde	306	175	57,2	97	31,7
S	S	S31.0	Offene Wunde der Lumbosakralgegend und des Beckens	33	20	60,6	10	30,3
	F	T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	895	520	58,1	271	30,3
	F	T79.9	Nicht näher bezeichnete Frühkomplikation eines Traumas	1.929	1.117	57,9	570	29,5
	F	T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese	160	88	55,0	47	29,4
	S	T13.6	Traumatische Amputation der unteren Extremität, Höhe nicht näher bezeichnet	17	4	23,5	4	23,5
S	S	S91.1	Offene Wunde einer oder mehrerer Zehen ohne Schädigung des Nagels	84	31	36,9	19	22,6
	F	T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	249	87	34,9	56	22,5

Kennzeichnung: S = Wunde explizit kodiert, F = Wunde als Komplikation dieser Erkrankung möglich

© PMV 2015

ICD: ICD-Diagnosezusatz G [gesichert]

Mehrfachnennung möglich

Wundbehandlung: einbezogene Verordnungen/Leistungen siehe Tab. 18

Fortsetzung folgt

Fortsetzung Tab. 41

## Indikationsbereich »Posttraumatische Wunden«: Relevanz ausgewählter ICD-Kodes für die Identifikation von Patienten mit chronischen Wunden

B V - M e d	P M V	ICD	Bezeichnung	Behandlungsfälle mit ICD in 2012				
				Anzahl (100%)	davon: Anteil mit Wundbehandlung		Mindestens 8 Wochen	
					Anzahl	Anteil [%]	Anzahl	Anteil [%]
	F	S88	Traumatische Amputation am Unterschenkel	130	32	24,6	29	22,3
S	S	S81.7	Multiple offene Wunden des Unterschenkels	29	13	44,8	6	20,7
	S	S81.8	Offene Wunde sonstiger Teile des Unterschenkels	160	59	36,9	32	20,0
	S	T13.1	Offene Wunde der unteren Extremität, Höhe nicht näher bezeichnet	45	24	53,3	9	20,0
	S	T11.6	Traumatische Amputation der oberen Extremität, Höhe nicht näher bezeichnet	5	1	20,0	1	20,0
	S	S81.9	Offene Wunde des Unterschenkels, Teil nicht näher bezeichnet	234	99	42,3	46	19,7
S	S	S21	Offene Wunde des Thorax	68	28	41,2	13	19,1
	S	S31.8	Offene Wunde sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Abdomens	40	10	25,0	7	17,5
S	S	T79.3	Posttraumatische Wundinfektion, anderenorts nicht klassifiziert	2.459	933	37,9	428	17,4
S	S	S71	Offene Wunde der Hüfte und des Oberschenkels	123	52	42,3	21	17,1
S	S	S41	Offene Wunde der Schulter und des Oberarmes	100	32	32,0	16	16,0
	S	T91.0	Folgen einer oberflächlichen Verletzung und einer offenen Wunde des Halses und des Rumpfes	7	2	28,6	1	14,3
	F	T93.6	Folgen einer Zerquetschung oder einer traumatischen Amputation der unteren Extremität	69	15	21,7	9	13,0
	S	T05	Traumatische Amputationen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen	46	8	17,4	6	13,0
S	S	S91.3	Offene Wunde sonstiger Teile des Fußes	258	80	31,0	27	10,5
S	S	S91.2	Offene Wunde einer oder mehrerer Zehen mit Schädigung des Nagels	41	14	34,1	4	9,8

Kennzeichnung: S = Wunde explizit kodiert, F = Wunde als Komplikation dieser Erkrankung möglich

© PMV 2015

ICD: ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)

Mehrfachnennung möglich

Wundbehandlung: einbezogene Verordnungen/Leistungen siehe Tab. 18

Fortsetzung folgt

Fortsetzung Tab. 41

## Indikationsbereich »Posttraumatische Wunden«: Relevanz ausgewählter ICD-Kodes für die Identifikation von Patienten mit chronischen Wunden

B V - M e M d S	P M V S	ICD	Bezeichnung	Behandlungsfälle mit ICD in 2012				
				Anzahl (100%)	davon: Anteil mit Wundbehandlung		Mindestens 8 Wochen	
					Anzahl	Anteil [%]	Anzahl	Anteil [%]
	S	S51	Offene Wunde des Unterarmes	432	123	28,5	41	9,5
	S	T11.1	Offene Wunde der oberen Extremität, Höhe nicht näher bezeichnet	33	13	39,4	3	9,1
	S	T92.0	Folgen einer offenen Wunde der oberen Extremität	11	1	9,1	1	9,1
	S	S11	Offene Wunde des Halses	25	8	32,0	2	8,0
	S	T14.7	Zerquetschung und traumatische Amputation einer nicht näher bezeichneten Körperregion	27	3	11,1	2	7,4
	F	T88.9	Komplikation bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, nicht näher bezeichnet	65	11	16,9	4	6,2
	S	T01	Offene Wunden mit Beteiligung mehrerer Körperregionen	1.559	258	16,5	95	6,1
	S	T14.1	Offene Wunde an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	5.454	1.011	18,5	325	6,0
	S	S81.0	Offene Wunde des Knies	148	30	20,3	6	4,1
	S	S61	Offene Wunde des Handgelenkes und der Hand	1.710	285	16,7	52	3,0
	S	S91.8	Offene Wunde sonstiger Teile der Knöchelregion und des Fußes	46	8	17,4	1	2,2
	S	S91.7	Multiple offene Wunden der Knöchelregion und des Fußes	8	4	50,0	0	0,0
	S	T79.2	Traumatisch bedingte sekundäre oder rezidivierende Blutung	24	2	8,3	0	0,0
	S	T90.1	Folgen einer offenen Wunde des Kopfes	13	6	46,2	0	0,0
	S	S31.7	Multiple offene Wunden des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	1	0	0,0	0	0,0

Kennzeichnung: S = Wunde explizit kodiert, F = Wunde als Komplikation dieser Erkrankung möglich  
 ICD: ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)

© PMV 2015

Mehrfachnennung möglich

Wundbehandlung: einbezogene Verordnungen/Leistungen siehe Tab. 18

Prüfung der Relevanz von ICD-Kodes mit PMV-Kennzeichnung F

In den folgenden beiden Tabellen werden nur Diagnosequartale des Jahres 2012 betrachtet, in denen ausschließlich ICD-Kodes mit Kennzeichnung F und kein ICD-Kode mit Kennzeichnung S dokumentiert war. In der ersten Tabelle werden nur ICD-Kodes mit Kennzeichnung S aus demselben Indikationsbereich berücksichtigt, bei der zweiten Tabellen werden ICD-Kodes mit Kennzeichnung S aus demselben Indikationsbereich sowie andere ICD-Kodes mit Kennzeichnung S/F aus allen Indikationsbereichen einbezogen. Es zeigt sich, dass auch bei den Diagnosefällen mit ausschließlich ICD-Kodes mit Kennzeichnung F ein hoher Anteil von Diagnosefällen eine Wundbehandlung über acht Wochen erhielt.

**Tab. 42 Indikationsbereich »Posttraumatische Wunden«: Relevanz ausgewählter ICD-Kodes für die Identifikation von Patienten mit chronischen Wunden mit PMV-Kennzeichnung F nach Dauer der Behandlung**

B V - M e d	P M V	ICD	Bezeichnung	Behandlungsfälle mit ICD in 2012				
				Anzahl (100%)	davon: Anteil mit Wundbehandlung		Mindestens 8 Wochen	
					Anzahl	Anteil [%]	Anzahl	Anteil [%]
	F	T86.51	Nekrose eines Hauttransplantates	8	8	100,0	6	75,0
	F	T84.6	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine interne Osteosynthesvorrichtung [jede Lokalisation]	38	25	65,8	18	47,4
	F	S98	Traumatische Amputation am oberen Sprunggelenk und Fuß	247	101	40,9	88	35,6
	F	T79.9	Nicht näher bezeichnete Frühkomplikation eines Traumas	1.503	832	55,4	431	28,7
	F	T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese	138	73	52,9	36	26,1
	F	T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	675	334	49,5	170	25,2
	F	S88	Traumatische Amputation am Unterschenkel	121	29	24,0	26	21,5
	F	T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	221	62	28,1	40	18,1
	F	T93.6	Folgen einer Zerquetschung oder einer traumatischen Amputation der unteren Extremität	62	13	21,0	8	12,9
	F	T88.9	Komplikation bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, nicht näher bezeichnet	58	7	12,1	3	5,2

Basis: Behandlungsfälle ohne weitere ICD-Kodes mit Kennzeichnung S aus demselben Indikationsbereich

© PMV 2015

Kennzeichnung: F = Wunde als Komplikation dieser Erkrankung möglich

ICD: ICD-Diagnosezusatz G [gesichert]

Mehrfachnennung möglich

Wundbehandlung: einbezogene Verordnungen/Leistungen siehe Tab. 18

Fortsetzung folgt

Fortsetzung Tab. 42

**Indikationsbereich »Posttraumatische Wunden«: Relevanz ausgewählter ICD-Kodes für die Identifikation von Patienten mit chronischen Wunden mit PMV-Kennzeichnung F nach Dauer der Behandlung**

B V - M e d	P M V	ICD	Bezeichnung	Behandlungsfälle mit ICD in 2012				
				Anzahl (100%)	davon: Anteil mit Wundbehandlung		Mindestens 8 Wochen	
					Gesamt Anzahl	Anteil [%]	Anzahl	Anteil [%]
	F	T86.51	Nekrose eines Hauttransplantates	3	3	100,0	2	66,7
	F	T84.6	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine interne Osteosynthesevorrichtung [jede Lokalisation]	14	5	35,7	4	28,6
	F	S88	Traumatische Amputation am Unterschenkel	31	5	16,1	5	16,1
	F	T79.9	Nicht näher bezeichnete Frühkomplikation eines Traumas	607	242	39,9	81	13,3
	F	T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkdrothese	54	17	31,5	6	11,1
	F	T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	100	17	17,0	11	11,0
	F	T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	281	89	31,7	25	8,9
	F	S98	Traumatische Amputation am oberen Sprunggelenk und Fuß	47	2	4,3	2	4,3
	F	T88.9	Komplikation bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, nicht näher bezeichnet	36	1	2,8	0	0,0
	F	T93.6	Folgen einer Zerquetschung oder einer traumatischen Amputation der unteren Extremität	16	0	0,0	0	0,0

Basis: Behandlungsfälle ohne weitere ICD-Kodes mit Kennzeichnung S aus demselben Indikationsbereich und ohne © PMV 2015

andere ICD-Kodes mit Kennzeichnung S/F aus allen Indikationsbereichen

Kennzeichnung: F = Wunde als Komplikation dieser Erkrankung möglich

ICD: ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)

Mehrfachnennung möglich

Wundbehandlung: einbezogene Verordnungen/Leistungen siehe Tab. 18

Patienten mit Diagnose in 2012 nach ambulanter/stationärer Diagnose

Tab. 43 zeigt die Anzahl der Patienten mit den ausgewählten ICD-Kodes im Jahr 2012. Insgesamt hatten 12.621 Patienten der Bezugspopulation mindestens eine der ausgewählten ICD-Diagnosen dokumentiert. Weiter ist in der Tabelle dargestellt, wie sich diese Patientengruppe laut Dokumentation in der VSH nach Art der Diagnose differenziert. Diese Patientengruppe enthält alle potentiellen Erkrankungsfälle und bildet die Basis für die interne Validierung (s. Kap. 3.3) und Falldefinition der Patienten mit chronischen Wunden (s. Kap. 3.4).

Tab. 43

**Indikationsbereich »Posttraumatische Wunden«: Einteilung der Patienten mit relevanten Diagnosen in 2012 nach ambulanter/stationärer Diagnose**

	Anzahl	Anteil [%]
Aufnahmediagnose	350	2,8
Hauptentlassungsdiagnose	348	2,8
Nebendiagnose	1.173	9,3
Krankenscheindiagnose	11.811	93,6
Gesamt	12.621	100,0

ICD: ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)

© PMV 2015

Bei der Differenzierung nach Diagnoseart sind Mehrfachzählungen möglich.

Eine Darstellung der Häufigkeit der einzelnen relevanten ICD-Kodes nach Art der Diagnose sowie nach Anzahl der Diagnosequartale findet sich in Kap. 8.4.4 im Anhang.

Résumé

Zur Definition der chronischen Wundpatienten mit Verbrennungen werden alle ICD-Kodes aus Tab. 39 herangezogen.

**3.2.5  
Verbrennung/Verätzung**

Es folgen die entsprechenden Auswertungsergebnisse für den »Indikationsbereich Verbrennungen und Verätzungen«.

**Auswahl der relevanten ICD-Codes**

Verbrennungen und Verätzungen werden in der ICD-10 in den Kapiteln T20-T32 verschlüsselt. Sie werden in der ICD mit Schweregradeinteilung abgebildet. Daher lassen sich offene Wunden durch Verbrennung/Verätzung verhältnismäßig gut identifizieren.



Tab. 44 **Verbrennung/Verätzung - Einbezogene ICD-10-Diagnosen**

Indikationsgruppe: Verbrennung/Verätzung			
BV-Med	PMV	ICD	Bezeichnung
	S	T20.2	Verbrennung 2. Grades des Kopfes und des Halses
	S	T20.3	Verbrennung 3. Grades des Kopfes und des Halses
	S	T20.6	Verätzung 2. Grades des Kopfes und des Halses
	S	T20.7	Verätzung 3. Grades des Kopfes und des Halses
S	S	T21.2	Verbrennung Grad 2a des Rumpfes
S	S	T21.3	Verbrennung 3. Grades des Rumpfes
S	S	T21.6	Verätzung Grad 2a des Rumpfes
S	S	T21.7	Verätzung 3. Grades des Rumpfes
	S	T21.8	Verbrennung Grad 2b des Rumpfes
	S	T21.9	Verätzung Grad 2b des Rumpfes
S	S	T22.2	Verbrennung Grad 2a der Schulter und des Armes, ausgenommen Handgelenk und Hand
S	S	T22.3	Verbrennung 3. Grades der Schulter und des Armes, ausgenommen Handgelenk und Hand
S	S	T22.6	Verätzung Grad 2a der Schulter und des Armes, ausgenommen Handgelenk und Hand
S	S	T22.7	Verätzung 3. Grades der Schulter und des Armes, ausgenommen Handgelenk und Hand
	S	T22.8	Verbrennung Grad 2b der Schulter und des Armes, ausgenommen Handgelenk und Hand
	S	T22.9	Verätzung Grad 2b der Schulter und des Armes, ausgenommen Handgelenk und Hand
S	S	T23.2	Verbrennung 2. Grades des Handgelenkes und der Hand
S	S	T23.3	Verbrennung 3. Grades des Handgelenkes und der Hand
S	S	T23.6	Verätzung 2. Grades des Handgelenkes und der Hand
S	S	T23.7	Verätzung 3. Grades des Handgelenkes und der Hand
S	S	T24.2	Verbrennung 2. Grades der Hüfte und des Beines, ausgenommen Knöchelregion und Fuß
S	S	T24.3	Verbrennung 3. Grades der Hüfte und des Beines, ausgenommen Knöchelregion und Fuß
S	S	T24.6	Verätzung 2. Grades der Hüfte und des Beines, ausgenommen Knöchelregion und Fuß
S	S	T24.7	Verätzung 3. Grades der Hüfte und des Beines, ausgenommen Knöchelregion und Fuß

Kennzeichnung: S = Wunde explizit kodiert

© PMV 2015

Fortsetzung

Fortsetzung Tab. 44      **Verbrennung/Verätzung - Einbezogene ICD-10-Diagnosen**

Indikationsgruppe: Verbrennung/Verätzung			
BV-Med	PMV	ICD	Bezeichnung
S	S	T25.2	Verbrennung 2. Grades der Knöchelregion und des Fußes
S	S	T25.3	Verbrennung 3. Grades der Knöchelregion und des Fußes
S	S	T25.6	Verätzung 2. Grades der Knöchelregion und des Fußes
S	S	T25.7	Verätzung 3. Grades der Knöchelregion und des Fußes
S	S	T29.2	Verbrennungen mehrerer Körperregionen, wobei höchstens Verbrennungen 2. Grades angegeben sind
S	S	T29.3	Verbrennungen mehrerer Körperregionen, wobei mindestens eine Verbrennung 3. Grades angegeben ist
S	S	T29.6	Verätzungen mehrerer Körperregionen, wobei höchstens Verätzungen 2. Grades angegeben sind
S	S	T29.7	Verätzungen mehrerer Körperregionen, wobei mindestens eine Verätzung 3. Grades angegeben ist
S	S	T30.2	Verbrennung 2. Grades, Körperregion nicht näher bezeichnet
S	S	T30.3	Verbrennung 3. Grades, Körperregion nicht näher bezeichnet
S	S	T30.6	Verätzung 2. Grades, Körperregion nicht näher bezeichnet
S	S	T30.7	Verätzung 3. Grades, Körperregion nicht näher bezeichnet
S	S	T31	Verbrennungen, klassifiziert nach dem Ausmaß der betroffenen Körperoberfläche
S	S	T32	Verätzungen, klassifiziert nach dem Ausmaß der betroffenen Körperoberfläche

Kennzeichnung: S = Wunde explizit kodiert

© PMV 2015

Die Vorgehensweise ist wie in Kap. 3.2.1 beschrieben. Wie erwartet zeichnet sich die Indikationsgruppe durch einen hohen Anteil von Behandlungsfällen mit Wundbehandlung aus (Tab. 45). Lediglich bei den Verätzungen lag der Anteil mit Wundbehandlung unter einem Drittel. Zur Wundbehandlungsrate über einen Zeitraum von mehr als acht Wochen siehe auch Tab. 46.

**Tab. 45 Indikationsbereich »Verbrennung/Verätzung«: Relevanz ausgewählter ICD-Kodes für die Identifikation von Patienten mit chronischen Wunden nach Art der Behandlung**

BV-Med	P M V	ICD	Bezeichnung	Behandlungsfälle mit ICD in 2012 davon: Anteil [%] mit Behandlung im Diagnosequartal			
				Anzahl	Wund.	Dekub.	Kompr.
S	S	T25.6	Verätzung 2. Grades der Knöchelregion und des Fußes	2	100,0	0,0	0,0
	S	T22.8	Verbrennung Grad 2b der Schulter und des Armes, ausgenommen Handgelenk und Hand	15	80,0	0,0	20,0
S	S	T29.2	Verbrennungen mehrerer Körperregionen, wobei höchstens Verbrennungen 2. Grades angegeben sind	10	80,0	0,0	10,0
	S	T21.8	Verbrennung Grad 2b des Rumpfes	17	76,5	0,0	23,5
	S	T20.2	Verbrennung 2. Grades des Kopfes und des Halses	26	73,1	0,0	11,5
	S	T20.3	Verbrennung 3. Grades des Kopfes und des Halses	7	71,4	0,0	14,3
S	S	T25.2	Verbrennung 2. Grades der Knöchelregion und des Fußes	58	67,2	0,0	8,6
S	S	T24.3	Verbrennung 3. Grades der Hüfte und des Beines, ausgenommen Knöchelregion und Fuß	15	66,7	0,0	13,3
S	S	T21.3	Verbrennung 3. Grades des Rumpfes	20	65,0	0,0	40,0
S	S	T25.3	Verbrennung 3. Grades der Knöchelregion und des Fußes	11	63,6	0,0	18,2
S	S	T21.2	Verbrennung Grad 2a des Rumpfes	58	62,1	0,0	6,9
S	S	T24.2	Verbrennung 2. Grades der Hüfte und des Beines, ausgenommen Knöchelregion und Fuß	73	61,6	4,1	2,7
S	S	T29.3	Verbrennungen mehrerer Körperregionen, wobei mindestens eine Verbrennung 3. Grades angegeben ist	2	50,0	0,0	0,0
S	S	T23.3	Verbrennung 3. Grades des Handgelenkes und der Hand	23	47,8	0,0	30,4
S	S	T30.3	Verbrennung 3. Grades, Körperregion nicht näher bezeichnet	34	44,1	0,0	23,5
S	S	T22.3	Verbrennung 3. Grades der Schulter und des Armes, ausgenommen Handgelenk und Hand	19	42,1	0,0	42,1

Kennzeichnung: S = Wunde explizit kodiert

ICD: ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)

Mehrfachnennung möglich

Behandlung: einbezogene Verordnungen/Leistungen siehe Tab. 19

© PMV 2015

Fortsetzung folgt

Fortsetzung Tab. 45

**Indikationsbereich »Verbrennung/Verätzung«: Relevanz ausgewählter ICD-Kodes für die Identifikation von Patienten mit chronischen Wunden nach Art der Behandlung**

BV-Med	P M V	ICD	Bezeichnung	Behandlungsfälle mit ICD in 2012			
				Anzahl	davon: Anteil [%] mit Behandlung im Diagnosequartal		
					Wund.	Dekub.	Kompr.
S	S	T22.2	Verbrennung Grad 2a der Schulter und des Armes, ausgenommen Handgelenk und Hand	99	41,4	1,0	4,0
S	S	T30.2	Verbrennung 2. Grades, Körperregion nicht näher bezeichnet	209	41,1	1,0	4,8
S	S	T31	Verbrennungen, klassifiziert nach dem Ausmaß der betroffenen Körperoberfläche	32	37,5	0,0	3,1
S	S	T23.2	Verbrennung 2. Grades des Handgelenkes und der Hand	160	35,6	0,0	4,4
S	S	T22.7	Verätzung 3. Grades der Schulter und des Armes, ausgenommen Handgelenk und Hand	3	33,3	0,0	0,0
S	S	T30.7	Verätzung 3. Grades, Körperregion nicht näher bezeichnet	9	22,2	0,0	0,0
S	S	T21.6	Verätzung Grad 2a des Rumpfes	8	12,5	0,0	0,0
S	S	T30.6	Verätzung 2. Grades, Körperregion nicht näher bezeichnet	1	0,0	0,0	0,0

Kennzeichnung: S = Wunde explizit kodiert

ICD: ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)

Mehrfachnennung möglich

Behandlung: einbezogene Verordnungen/Leistungen siehe Tab. 19

© PMV 2015

**Tab. 46 Indikationsbereich »Verbrennung/Verätzung«: Relevanz ausgewählter ICD-Kodes für die Identifikation von Patienten mit chronischen Wunden nach Dauer der Behandlung**

B V - M e d	P M V	ICD	Bezeichnung	Behandlungsfälle mit ICD in 2012 davon: Anteil mit Wundbehandlung				
				Anzahl (100%)	Gesamt		Mindestens 8 Wochen	
					Anzahl	Anteil [%]	Anzahl	Anteil [%]
S	S	T25.3	Verbrennung 3. Grades der Knöchelregion und des Fußes	11	7	63,6	6	54,5
S	S	T25.6	Verätzung 2. Grades der Knöchelregion und des Fußes	2	2	100,0	1	50,0
S	S	T21.3	Verbrennung 3. Grades des Rumpfes	20	13	65,0	6	30,0
S	S	T30.3	Verbrennung 3. Grades, Körperregion nicht näher bezeichnet	34	15	44,1	10	29,4
	S	T20.3	Verbrennung 3. Grades des Kopfes und des Halses	7	5	71,4	2	28,6
S	S	T24.3	Verbrennung 3. Grades der Hüfte und des Beines, ausgenommen Knöchelregion und Fuß	15	10	66,7	4	26,7
S	S	T24.2	Verbrennung 2. Grades der Hüfte und des Beines, ausgenommen Knöchelregion und Fuß	73	45	61,6	17	23,3
S	S	T22.3	Verbrennung 3. Grades der Schulter und des Armes, ausgenommen Handgelenk und Hand	19	8	42,1	4	21,1
S	S	T25.2	Verbrennung 2. Grades der Knöchelregion und des Fußes	58	39	67,2	12	20,7
	S	T21.8	Verbrennung Grad 2b des Rumpfes	17	13	76,5	3	17,6
	S	T20.2	Verbrennung 2. Grades des Kopfes und des Halses	26	19	73,1	4	15,4
S	S	T23.3	Verbrennung 3. Grades des Handgelenkes und der Hand	23	11	47,8	3	13,0
S	S	T30.2	Verbrennung 2. Grades, Körperregion nicht näher bezeichnet	209	86	41,1	24	11,5
S	S	T31	Verbrennungen, klassifiziert nach dem Ausmaß der betroffenen Körperoberfläche	32	12	37,5	3	9,4
S	S	T21.2	Verbrennung Grad 2a des Rumpfes	58	36	62,1	5	8,6
S	S	T22.2	Verbrennung Grad 2a der Schulter und des Armes, ausgenommen Handgelenk und Hand	99	41	41,4	8	8,1

Kennzeichnung: S = Wunde explizit kodiert

ICD: ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)

Mehrfachnennung möglich

Wundbehandlung: einbezogene Verordnungen/Leistungen siehe Tab. 18

© PMV 2015

Fortsetzung folgt

Fortsetzung Tab. 46

**Indikationsbereich »Verbrennung/Verätzung«: Relevanz ausgewählter ICD-Kodes für die Identifikation von Patienten mit chronischen Wunden nach Dauer der Behandlung**

B V - M e d	P M V	ICD	Bezeichnung	Behandlungsfälle mit ICD in 2012 davon: Anteil mit Wundbehandlung				
				Anzahl (100%)	Gesamt		Mindestens 8 Wochen	
					Anzahl	Anteil [%]	Anzahl	Anteil [%]
	S	T22.8	Verbrennung Grad 2b der Schulter und des Armes, ausgenommen Handgelenk und Hand	15	12	80,0	1	6,7
S	S	T23.2	Verbrennung 2. Grades des Handgelenkes und der Hand	160	57	35,6	10	6,3
S	S	T30.7	Verätzung 3. Grades, Körperregion nicht näher bezeichnet	9	2	22,2	0	0,0
S	S	T22.7	Verätzung 3. Grades der Schulter und des Armes, ausgenommen Handgelenk und Hand	3	1	33,3	0	0,0
S	S	T30.6	Verätzung 2. Grades, Körperregion nicht näher bezeichnet	1	0	0,0	0	0,0
S	S	T21.6	Verätzung Grad 2a des Rumpfes	8	1	12,5	0	0,0
S	S	T29.2	Verbrennungen mehrerer Körperregionen, wobei höchstens Verbrennungen 2. Grades angegeben sind	10	8	80,0	0	0,0
S	S	T29.3	Verbrennungen mehrerer Körperregionen, wobei mindestens eine Verbrennung 3. Grades angegeben ist	2	1	50,0	0	0,0

Kennzeichnung: S = Wunde explizit kodiert

ICD: ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)

Mehrfachnennung möglich

Wundbehandlung: einbezogene Verordnungen/Leistungen siehe Tab. 18

© PMV 2015

Patienten mit Diagnose in 2012 nach ambulanter/ stationärer Diagnose

Tab. 47 zeigt die Anzahl der Patienten mit den ausgewählten ICD-Kodes im Jahr 2012. Insgesamt hatten 601 Patienten der Bezugspopulation mindestens eine Verbrennung/ Verätzung 2. bis 3. Grades dokumentiert. Weiter ist in der Tabelle dargestellt, wie sich diese Patientengruppe laut Dokumentation in der VSH nach Art der Diagnose differenziert. Diese Patientengruppe enthält alle potentiellen Erkrankungsfälle und bildet die Basis für die interne Validierung (s. Kap. 3.3) und Falldefinition der Patienten mit chronischen Wunden (s. Kap. 3.4).

**Tab. 47**

**Indikationsbereich »Verbrennung/Verätzung«: Einteilung der Patienten mit relevanten Diagnosen in 2012 nach ambulanter/ stationärer Diagnose**

	Anzahl	Anteil [%]
Aufnahmediagnose	47	7,8
Hauptentlassungsdiagnose	60	10,0
Nebendiagnose	63	10,5
Krankenscheindiagnose	564	93,8
<b>Gesamt</b>	<b>601</b>	<b>100,0</b>

ICD: ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)

© PMV 2015

Bei der Differenzierung nach Diagnoseart sind Mehrfachzählungen möglich.

Eine Darstellung der Häufigkeit der einzelnen relevanten ICD-Kodes nach Art der Diagnose sowie nach Anzahl der Diagnosequartale findet sich in Kap. 8.4.5 im Anhang.

Résumé

Zur Definition der chronischen Wundpatienten mit Verbrennungen werden alle ICD-Kodes aus Tab. 44 herangezogen.

**3.2.6****Amputationswunden**

Im Folgenden werden die entsprechenden Auswertungsergebnisse für den »Indikationsbereich Amputationswunden« dargestellt.

**Auswahl der relevanten ICD-Codes**

Die Liste der einbezogenen ICD-Kodes umfasst neben den Angaben Extremitätenverlust in ICD-Klasse Z89 auch explizit Komplikationen einer Amputation/ Replantation (T87). Bis auf ICD-Kode T87.5 (Nekrose des Amputationsstumpfes) habe alle ICD-Kodes eine Kennzeichnung F, da nicht sicher ist, ob es sich bei der Komplikation um eine offene Wunde handelt.

**Tab. 48****Amputationswunden - Einbezogene ICD-10-Diagnosen**

Indikationsgruppe: Amputationswunden			
BV-Med	PMV	ICD	Bezeichnung
	S	T87.5	Nekrose des Amputationsstumpfes
	F	T87.0	Komplikationen durch replantierte (Teile der) obere(n) Extremität
	F	T87.1	Komplikationen durch replantierte (Teile der) untere(n) Extremität
	F	T87.2	Komplikationen durch sonstigen replantierten Körperteil
	F	T87.3	Neurom des Amputationsstumpfes
	F	T87.4	Infektion des Amputationsstumpfes
	F	T87.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Komplikationen am Amputationsstumpf
F	F	Z89.4	Verlust des Fußes und des Knöchels, einseitig
F	F	Z89.5	Verlust der unteren Extremität unterhalb oder bis zum Knie, einseitig
F	F	Z89.6	Verlust der unteren Extremität oberhalb des Knies, einseitig
	F	Z89.7	(Teilweiser) Verlust der unteren Extremität, beidseitig
	F	Z89.8	Verlust von oberen und unteren Extremitäten [jede Höhe]
	F	Z89.9	Extremitätenverlust, nicht näher bezeichnet

Kennzeichnung: S = Wunde explizit kodiert, F = Wunde möglich

© PMV 2015

Die Vorgehensweise ist wie in Kap. 3.2.1 beschrieben. Die Wundbehandlungsrate bei Diagnosefälle mit ICD-Kodes dieser Indikationsgruppe liegt mit einer Ausnahme bei 23-65% (Tab. 49). Zur Wundbehandlungsrate über einen Zeitraum von mehr als acht Wochen siehe auch Tab. 50.



**Tab. 49 Indikationsbereich »Amputationswunden«: Relevanz ausgewählter ICD-Kodes für die Identifikation von Patienten mit chronischen Wunden mit PMV-Kennzeichnung S und F nach Art der Behandlung**

BV-Med	P M V	ICD	Bezeichnung	Behandlungsfälle mit ICD in 2012 davon: Anteil [%] mit Behandlung im Diagnosequartal			
				Anzahl	Wund.	Dekub.	Kompr.
F	F	Z89.4	Verlust des Fußes und des Knöchels, einseitig	199	65,3	7,5	11,1
	S	T87.5	Nekrose des Amputationsstumpfes	44	63,6	11,4	2,3
	F	T87.4	Infektion des Amputationsstumpfes	90	56,7	6,7	6,7
	F	T87.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Komplikationen am Amputationsstumpf	77	51,9	5,2	10,4
	F	T87.0	Komplikationen durch replantierte (Teile der) obere(n) Extremität	7	42,9	0,0	0,0
F	F	Z89.6	Verlust der unteren Extremität oberhalb des Knies, einseitig	230	34,8	7,8	12,2
	F	Z89.7	(Teilweiser) Verlust der unteren Extremität, beidseitig	56	33,9	7,1	5,4
F	F	Z89.5	Verlust der unteren Extremität unterhalb oder bis zum Knie, einseitig	288	33,7	5,9	6,3
	F	Z89.9	Extremitätenverlust, nicht näher bezeichnet	449	29,6	4,5	5,1
	F	T87.3	Neurom des Amputationsstumpfes	28	25,0	0,0	3,6
	F	Z89.8	Verlust von oberen und unteren Extremitäten [jede Höhe]	74	23,0	1,4	6,8
	F	T87.1	Komplikationen durch replantierte (Teile der) untere(n) Extremität	3	0,0	0,0	0,0

Kennzeichnung: S = Wunde explizit kodiert, F = Wunde möglich

ICD: ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)

Mehrfachnennung möglich

Behandlung: einbezogene Verordnungen/Leistungen siehe Tab. 19

© PMV 2015

**Tab. 50 Indikationsbereich »Amputationswunden«: Relevanz ausgewählter ICD-Kodes für die Identifikation von Patienten mit chronischen Wunden nach Dauer der Behandlung**

B V - M e d	P M V	ICD	Bezeichnung	Behandlungsfälle mit ICD in 2012				
				Anzahl (100%)	davon: Anteil mit Wundbehandlung		Mindestens 8 Wochen	
					Anzahl	Anteil [%]	Anzahl	Anteil [%]
F	F	Z89.4	Verlust des Fußes und des Knöchels, einseitig	199	130	65,3	113	56,8
	F	T87.4	Infektion des Amputationsstumpfes	90	51	56,7	45	50,0
	S	T87.5	Nekrose des Amputationsstumpfes	44	28	63,6	19	43,2
	F	T87.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Komplikationen am Amputationsstumpf	77	41	53,2	28	36,4
	F	T87.0	Komplikationen durch replantierte (Teile der) obere(n) Extremität	7	3	42,9	2	28,6
F	F	Z89.6	Verlust der unteren Extremität oberhalb des Knies, einseitig	230	80	34,8	64	27,8
	F	Z89.7	(Teilweiser) Verlust der unteren Extremität, beidseitig	56	19	33,9	15	26,8
F	F	Z89.5	Verlust der unteren Extremität unterhalb oder bis zum Knie, einseitig	288	97	33,7	77	26,7
	F	Z89.9	Extremitätenverlust, nicht näher bezeichnet	449	133	29,6	103	22,9
	F	Z89.8	Verlust von oberen und unteren Extremitäten [jede Höhe]	74	17	23,0	11	14,9
	F	T87.3	Neurom des Amputationsstumpfes	28	7	25,0	4	14,3
	F	T87.1	Komplikationen durch replantierte (Teile der) untere(n) Extremität	3	0	0,0	0	0,0

Kennzeichnung: S = Wunde explizit kodiert, F = Wunde möglich

ICD: ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)

Mehrfachnennung möglich

Wundbehandlung: einbezogene Verordnungen/Leistungen siehe Tab. 18

© PMV 2015

Prüfung der Relevanz von ICD-Kodes mit PMV-Kennzeichnung F

In den folgenden beiden Tabellen werden nur Diagnosequartale des Jahres 2012 betrachtet, in denen ausschließlich ICD-Kodes mit Kennzeichnung V und kein ICD-Kode mit Kennzeichnung S dokumentiert war. In der ersten Tabelle werden nur ICD-Kodes mit Kennzeichnung S aus demselben Indikationsbereich berücksichtigt, bei der zweiten Tabellen werden ICD-Kodes mit Kennzeichnung S aus demselben Indikationsbereich sowie andere ICD-Kodes mit Kennzeichnung S/F aus allen Indikationsbereichen einbezogen.

Die beiden folgenden Tabellen zeigen, dass sich die Anzahl der Behandlungsfälle deutlich reduziert, wenn man Fälle mit wundrelevanten ICD-Kodes aus anderen Indikationsbereichen ausschließt. Dies zeigt, dass die ausgewählten ICD-Kodes für den Indikationsbereich »Amputationswunden« häufig mit den ursächlichen Krankheiten (Ulcus cruris, DFS) gemeinsam kodiert werden.

Tab. 51

**Indikationsbereich »Amputationswunden«: Relevanz ausgewählter ICD-Kodes für die Identifikation von Patienten mit chronischen nach Dauer der Behandlung**

B V - M e M d	P M V	ICD	Bezeichnung	Behandlungsfälle mit ICD in 2012				
				Anzahl (100%)	davon: Anteil mit Wundbehandlung		Mindestens 8 Wochen	
					Anzahl	Anteil [%]	Anzahl	Anteil [%]
F	F	Z89.4	Verlust des Fußes und des Knöchels, einseitig	198	129	65,2	113	57,1
	F	T87.4	Infektion des Amputationsstumpfes	86	47	54,7	43	50,0
	F	T87.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Komplikationen am Amputationsstumpf	72	36	50,0	26	36,1
	F	T87.0	Komplikationen durch replantierte (Teile der) obere(n) Extremität	6	2	33,3	2	33,3
F	F	Z89.6	Verlust der unteren Extremität oberhalb des Knies, einseitig	226	76	33,6	62	27,4
	F	Z89.7	(Teilweiser) Verlust der unteren Extremität, beidseitig	56	19	33,9	15	26,8
F	F	Z89.5	Verlust der unteren Extremität unterhalb oder bis zum Knie, einseitig	284	95	33,5	75	26,4
	F	Z89.9	Extremitätenverlust, nicht näher bezeichnet	441	129	29,3	101	22,9
	F	Z89.8	Verlust von oberen und unteren Extremitäten [jede Höhe]	74	17	23,0	11	14,9
	F	T87.3	Neurom des Amputationsstumpfes	28	7	25,0	4	14,3
	F	T87.1	Komplikationen durch replantierte (Teile der) untere(n) Extremität	3	0	0,0	0	0,0

Basis: Behandlungsfälle ohne weitere ICD-Kodes mit Kennzeichnung S aus demselben Indikationsbereich

© PMV 2015

Kennzeichnung: S = Wunde explizit kodiert, F = Wunde möglich

ICD: ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)

Mehrfachnennung möglich

Wundbehandlung: einbezogene Verordnungen/Leistungen siehe Tab. 18

Fortsetzung folgt

Fortsetzung Tab. 51

**Indikationsbereich »Amputationswunden«: Relevanz ausgewählter ICD-Kodes für die Identifikation von Patienten mit chronischen nach Dauer der Behandlung**

B V - M e M d	P M V	ICD	Bezeichnung	Behandlungsfälle mit ICD in 2012				
				Anzahl (100%)	davon: Anteil mit Wundbehandlung		Mindestens 8 Wochen	
					Anzahl	Anteil [%]	Anzahl	Anteil [%]
	F	T87.0	Komplikationen durch replantierte (Teile der) obere(n) Extremität	6	2	33,3	2	33,3
	F	T87.3	Neurom des Amputationsstumpfes	6	3	50,0	1	16,7
	F	Z89.9	Extremitätenverlust, nicht näher bezeichnet	86	13	15,1	10	11,6
F	F	Z89.5	Verlust der unteren Extremität unterhalb oder bis zum Knie, einseitig	52	7	13,5	5	9,6
	F	Z89.7	(Teilweiser) Verlust der unteren Extremität, beidseitig	15	2	13,3	1	6,7
F	F	Z89.6	Verlust der unteren Extremität oberhalb des Knies, einseitig	58	3	5,2	3	5,2
	F	Z89.8	Verlust von oberen und unteren Extremitäten [jede Höhe]	20	3	15,0	1	5,0
F	F	Z89.4	Verlust des Fußes und des Knöchels, einseitig	4	0	0,0	0	0,0
	F	T87.4	Infektion des Amputationsstumpfes	10	0	0,0	0	0,0
	F	T87.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Komplikationen am Amputationsstumpf	13	2	15,4	0	0,0
	F	T87.1	Komplikationen durch replantierte (Teile der) untere(n) Extremität	1	0	0,0	0	0,0
	F	T87.2	Komplikationen durch sonstigen replantierten Körperteil	0				

Basis: Behandlungsfälle ohne weitere ICD-Kodes mit Kennzeichnung S aus demselben Indikationsbereich und ohne andere ICD-Kodes mit Kennzeichnung S/F aus allen Indikationsbereichen © PMV 2015

Kennzeichnung: S = Wunde explizit kodiert, F = Wunde möglich

ICD: ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)

Mehrfachnennung möglich

Wundbehandlung: einbezogene Verordnungen/Leistungen siehe Tab. 18

Patienten mit Diagnose in 2012 nach ambulanter/ stationärer Diagnose

Tab. 52 zeigt die Anzahl der Patienten mit den ausgewählten ICD-Kodes im Jahr 2012. Insgesamt hatten 551 Patienten der Bezugspopulation mindestens der einbezogenen ICD-Diagnosen. Weiter ist in der Tabelle dargestellt, wie sich diese Patientengruppe laut Dokumentation in der VSH nach Art der Diagnose differenziert. Diese Patientengruppe enthält alle potentiellen Erkrankungsfälle und bildet die Basis für die interne Validierung (s. Kap. 3.3) und Falldefinition der Patienten mit chronischen Wunden (s. Kap. 3.4).

**Tab. 52**

**Indikationsbereich »Amputationswunden«: Einteilung der Patienten mit relevanten Diagnosen in 2012 nach ambulanter/ stationärer Diagnose**

	Anzahl	Anteil [%]
Aufnahmediagnose	25	4,5
Hauptentlassungsdiagnose	23	4,2
Nebendiagnose	244	44,3
Krankenscheindiagnose	397	72,1
Gesamt	551	100,0

ICD: ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)

© PMV 2015

Bei der Differenzierung nach Diagnoseart sind Mehrfachzählungen möglich.

Eine Darstellung der Häufigkeit der einzelnen relevanten ICD-Kodes nach Art der Diagnose sowie nach Anzahl der Diagnosequartale findet sich in Kap. 8.4.6 im Anhang.

Résumé

Zur Definition der chronischen Wundpatienten mit Amputationswunden werden alle ICD-Kodes aus Tab. 48 herangezogen.

### 3.2.7 Entzündungen, Abszesse und andere Infektionen

Im Folgenden werden die entsprechenden Auswertungsergebnisse für den Indikationsbereich »Entzündungen, Abszesse und andere Infektionen« dargestellt.

#### Auswahl der relevanten ICD-Codes

**Tab. 53**                      **Entzündungen, Abszesse und andere Infektionen - Einbezogene ICD-10-Diagnosen**

Indikationsgruppe: Entzündungen, Abszesse und andere Infektionen			
BV-Med	PMV	ICD	Bezeichnung
S	S	K60	Fissur und Fistel in der Anal- und Rektalregion
S	S	K61	Abszess in der Anal- und Rektalregion
S	S	K62.6	Ulkus des Anus und des Rektums
	S	L02.0	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel im Gesicht
	S	L02.1	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Hals
S	S	L02.2	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf
S	S	L02.3	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Gesäß
	S	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten
	S	L02.8	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an sonstigen Lokalisationen
	S	L02.9	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel, nicht näher bezeichnet
	S	L05	Pilonidalzyste
	S	L08.9	Lokale Infektion der Haut und der Unterhaut, nicht näher bezeichnet
	S	M72.6	Nekrotisierende Fasziiitis [5. Stelle: 0-9]
	S	N75.1	Bartholin-Abszess
	F	A46	Erysipel [Wundrose]
	F	L03	Phlegmone
	F	L08.0	Pyodermie

Kennzeichnung: S = Wunde explizit kodiert

© PMV 2015

Die Vorgehensweise ist wie in Kap. 3.2.1 beschrieben. Die Wundbehandlungsrate bei Diagnosefälle mit ICD-Kodes dieser Indikationsgruppe liegt mit einer Ausnahme bei 12-51% (Tab. 54). Zur Wundbehandlungsrate über einen Zeitraum von mehr als acht Wochen siehe auch Tab. 55.

**Tab. 54 Indikationsbereich »Entzündungen, Abszesse und andere Infektionen«:  
Relevanz ausgewählter ICD-Kodes für die Diagnose »Entzündungen,  
Abszesse und andere Infektionen« nach Art der Behandlung**

BV-Med	P M V	ICD	Bezeichnung	Behandlungsfälle mit ICD in 2012 davon:			
				Anzahl	Anteil [%] mit Behandlung im Diagnosequartal		
	S				Wund.	Dekub.	Kompr.
	S	M72.6	Nekrotisierende Faszitis [5. Stelle: 0-9]	39	51,3	2,6	15,4
S	S	L02.3	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Gesäß	267	43,4	2,2	1,9
	S	L05	Pilonidalzyste	633	34,8	0,5	0,3
S	S	K61	Abszess in der Anal- und Rektalregion	521	33,4	0,2	1,3
S	S	L02.2	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf	610	33,0	0,8	2,0
	S	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	799	32,4	0,8	3,0
	S	L02.1	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Hals	97	30,9	0,0	3,1
	F	L03	Phlegmone	4.461	29,0	1,0	5,4
S	S	K62.6	Ulkus des Anus und des Rektums	45	28,9	6,7	15,6
	F	A46	Erysipel [Wundrose]	2.945	28,0	2,1	16,1
	S	L02.9	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel, nicht näher bezeichnet	3.208	20,5	0,2	2,1
	S	L02.8	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an sonstigen Lokalisationen	231	17,7	0,0	1,3
	S	L08.9	Lokale Infektion der Haut und der Unterhaut, nicht näher bezeichnet	1.175	16,7	0,4	4,3
	F	L08.0	Pyodermie	734	13,8	0,5	2,6
	S	L02.0	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel im Gesicht	190	13,2	0,0	1,6
S	S	K60	Fissur und Fistel in der Anal- und Rektalregion	2.983	11,7	0,5	2,2
	S	N75.1	Bartholin-Abszess	52	1,9	0,0	1,9

Kennzeichnung: S = Wunde explizit kodiert, F = Wunde fraglich

ICD: ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)

Mehrfachnennung möglich

Behandlung: einbezogene Verordnungen/Leistungen siehe Tab. 19

© PMV 2015

**Tab. 55 Indikationsbereich »Entzündungen, Abszesse und andere Infektionen«:  
Relevanz ausgewählter ICD-Kodes für die Diagnose »Entzündungen,  
Abszesse und andere Infektionen« nach Dauer der Behandlung**

B V - M e d	P M V	ICD	Bezeichnung	Behandlungsfälle mit ICD in 2012				
				Anzahl (100%)	davon: Anteil mit Wundbehandlung		Mindestens 8 Wochen	
					Anzahl	Anteil [%]	Anzahl	Anteil [%]
	S	M72.6	Nekrotisierende Fasziiitis [5. Stelle: 0-9]	39	20	51,3	10	25,6
S	S	K62.6	Ulkus des Anus und des Rektums	45	13	28,9	9	20,0
	F	A46	Erysipel [Wundrose]	2.945	827	28,1	488	16,6
S	S	L02.3	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Gesäß	267	116	43,4	41	15,4
S	S	K61	Abszess in der Anal- und Rektalregion	521	175	33,6	71	13,6
S	S	L02.2	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf	610	201	33,0	80	13,1
	S	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	799	259	32,4	103	12,9
	F	L03	Phlegmone	4.461	1.293	29,0	563	12,6
	S	L05	Pilonidalzyste	633	221	34,9	72	11,4
	S	L02.1	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Hals	97	30	30,9	8	8,2
	S	L08.9	Lokale Infektion der Haut und der Unterhaut, nicht näher bezeichnet	1.175	196	16,7	92	7,8
	F	L08.0	Pyodermie	734	101	13,8	51	6,9
	S	L02.8	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an sonstigen Lokalisationen	231	41	17,7	15	6,5
	S	L02.9	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel, nicht näher bezeichnet	3.208	658	20,5	201	6,3
S	S	K60	Fissur und Fistel in der Anal- und Rektalregion	2.983	349	11,7	163	5,5
	S	L02.0	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel im Gesicht	190	25	13,2	4	2,1
	S	N75.1	Bartholin-Abszess	52	1	1,9	0	0,0

Kennzeichnung: S = Wunde explizit kodiert, F = Wunde fraglich

© PMV 2015

ICD: ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)

Mehrfachnennung möglich

Wundbehandlung: einbezogene Verordnungen/Leistungen siehe Tab. 18



Prüfung der Relevanz von ICD-Kodes mit PMV-Kennzeichnung F

In den folgenden beiden Tabellen werden nur Diagnosequartale des Jahres 2012 betrachtet, in denen ausschließlich ICD-Kodes mit Kennzeichnung F und kein ICD-Kode mit Kennzeichnung S dokumentiert war. In der ersten Tabelle werden nur ICD-Kodes mit Kennzeichnung S aus demselben Indikationsbereich berücksichtigt, bei der zweiten Tabellen werden ICD-Kodes mit Kennzeichnung S aus demselben Indikationsbereich sowie andere ICD-Kodes mit Kennzeichnung S/F aus allen Indikationsbereichen einbezogen.

Die Behandlungsrate sinkt deutlich bei Ausschluss aller wundrelevanten ICD-Kodes (alle Indikationen) (Tab. 56).

Tab. 56

**Indikationsbereich »Entzündungen, Abszesse und andere Infektionen«:  
Relevanz ausgewählter ICD-Kodes für die Identifikation von Patienten mit  
chronischen Wunden mit PMV-Kennzeichnung F nach Dauer der Behandlung**

B V - M e d	P M V	ICD	Bezeichnung	Behandlungsfälle mit ICD in 2012				
				Anzahl (100%)	davon: Anteil mit Wundbehandlung		Mindestens 8 Wochen	
					Gesamt Anzahl	Anteil [%]	Anzahl	Anteil [%]
F	A46	Erysipel [Wundrose]	2.806	765	27,3	443	15,8	
F	L03	Phlegmone	4.058	1.097	27,0	472	11,6	
F	L08.0	Pyodermie	668	90	13,5	47	7,0	

Basis: Behandlungsfälle ohne weitere ICD-Kodes mit Kennzeichnung S aus demselben Indikationsbereich

© PMV 2015

B V - M e d	P M V	ICD	Bezeichnung	Behandlungsfälle mit ICD in 2012				
				Anzahl (100%)	davon: Anteil mit Wundbehandlung		Mindestens 8 Wochen	
					Gesamt Anzahl	Anteil [%]	Anzahl	Anteil [%]
F	A46	Erysipel [Wundrose]	1.079	117	10,8	40	3,7	
F	L03	Phlegmone	2.523	398	15,8	74	2,9	
F	L08.0	Pyodermie	496	22	4,4	6	1,2	

Basis: Behandlungsfälle ohne weitere ICD-Kodes mit Kennzeichnung S aus demselben Indikationsbereich und ohne andere ICD-Kodes mit Kennzeichnung S/F aus allen Indikationsbereichen

© PMV 2015

Kennzeichnung: S = Wunde explizit kodiert, F = Wunde fraglich

ICD: ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)

Mehrfachnennung möglich

Wundbehandlung: einbezogene Verordnungen/Leistungen siehe Tab. 18

Patienten mit Diagnose in 2012 nach ambulanter/ stationärer Diagnose

Tab. 57 zeigt die Anzahl der Patienten mit den ausgewählten ICD-Kodes im Jahr 2012. Insgesamt hatten 12.018 Patienten der Bezugspopulation mindestens eine der ICD-Diagnosen aus dem Indikationsbereich »Entzündungen, Abszesse und andere Infektionen«. Weiter ist in der Tabelle dargestellt, wie sich diese Patientengruppe laut Dokumentation in der VSH nach Art der Diagnose differenziert. Diese Patientengruppe enthält alle potentiellen Erkrankungsfälle und bildet die Basis für die interne Validierung (s. Kap. 3.3) und Falldefinition der Patienten mit chronischen Wunden (s. Kap. 3.4).

**Tab. 57**

**Indikationsbereich »Entzündungen, Abszesse und andere Infektionen«:  
Einteilung der Patienten mit relevanten Diagnosen in 2012 nach  
ambulanter/ stationärer Diagnose**

	Anzahl	Anteil [%]
Aufnahmediagnose	1.068	8,9
Hauptentlassungsdiagnose	1.036	8,6
Nebendiagnose	1.406	11,7
Krankenscheindiagnose	11.381	94,7
<b>Gesamt</b>	<b>12.018</b>	<b>100,0</b>

ICD: ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)  
Mehrfachnennung möglich

© PMV 2015

Eine Darstellung der Häufigkeit der einzelnen relevanten ICD-Kodes nach Art der Diagnose sowie nach Anzahl der Diagnosequartale findet sich in Kap. 8.4.7 im Anhang.

Résumé

Zur Definition der chronischen Wundpatienten mit Entzündungen, Abszessen und anderen Infektionen werden alle ICD-Kodes aus Tab. 53 herangezogen.

**3.2.8****Postoperative Wunden bei bösartigen Neubildung**

Im Folgenden erfolgen die entsprechenden Angaben für den Indikationsbereich postoperative Wunden bei bösartigen Neubildungen. Die Liste der ICD-Kodes umfasst nur ICD-Ziffern mit Kennzeichnung F. Sie umfasst bösartige ICD-Kodes aus dem ICD-Hauptkapitel Bösartige Neubildungen (C00-C97), bei denen Wunden als Komplikation auftreten können, sowie einige ICD-Kodes, die Nachuntersuchungen nach Behandlung wegen bösartiger Neubildungen dokumentieren (Z08).

**Auswahl der relevanten ICD-Codes**

**Tab. 58 Postoperativen Wunden bei bösartigen Neubildungen - Einbezogene ICD-10-Diagnosen**

Indikationsgruppe: Postoperative Wunden bei bösartigen Neubildungen			
BV-Med	PMV	ICD	Bezeichnung
	F	C43	Bösartiges Melanom der Haut
	F	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut
	F	C49	Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe
	F	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]
	F	C76	Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen
F	F	C79.2	Sekundäre bösartige Neubildung der Haut
F	F	C79.88	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger näher bezeichneter Lokalisationen
F	F	C79.9	Sekundäre bösartige Neubildung nicht näher bezeichneter Lokalisation
	F	C80	Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation
F	F	L92	Granulomatöse Krankheiten der Haut und der Unterhaut
F	F	Z08.0	Nachuntersuchung nach chirurgischem Eingriff wegen bösartiger Neubildung
F	F	Z08.1	Nachuntersuchung nach Strahlentherapie wegen bösartiger Neubildung
F	F	Z08.2	Nachuntersuchung nach Chemotherapie wegen bösartiger Neubildung
F	F	Z08.7	Nachuntersuchung nach Kombinationstherapie wegen bösartiger Neubildung

Kennzeichnung: F = Wunde als Komplikation dieser Erkrankung möglich

© PMV 2015

Die Vorgehensweise ist wie in Kap. 3.2.1 beschrieben. Bei den ICD-Kodes des Indikationsbereichs »Postoperative Wunden bei bösartigen Neubildung« liegt die Wundbehandlungsrate zwischen 3% und 34%. Der Anteil liegt überwiegend im unteren Prozentbereich (Tab. 59). Auch längere Wundbehandlungen (> 8 Wochen) finden sich nur bei 1-19% der Fälle (Tab. 60).

**Tab. 59 Indikationsbereich »Postoperative Wunden bei bösartigen Neubildung«:  
Relevanz ausgewählter ICD-Kodes für die Identifikation von Patienten mit  
chronischen Wunden nach Art der Behandlung**

BV-Med	P M V	ICD	Bezeichnung	Behandlungsfälle mit ICD in 2012 davon:			
				Anzahl	Anteil [%] mit Behandlung im Diagnosequartal		
				Wund.	Dekub.	Kompr.	
F	F	C79.2	Sekundäre bösartige Neubildung der Haut	93	34,4	1,1	12,9
	F	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	9.250	25,2	0,5	4,6
	F	C49	Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe	407	22,4	0,7	5,4
F	F	C79.88	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger näher bezeichneter Lokalisationen	206	18,0	1,5	4,4
	F	C43	Bösartiges Melanom der Haut	2.274	15,9	0,5	4,0
	F	C80	Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation	1.983	14,9	1,7	5,4
F	F	L92	Granulomatöse Krankheiten der Haut und der Unterhaut	587	14,0	0,0	3,1
F	F	C79.9	Sekundäre bösartige Neubildung nicht näher bezeichneter Lokalisation	532	12,2	2,4	4,7
	F	C76	Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen	250	10,0	0,0	7,6
F	F	Z08.0	Nachuntersuchung nach chirurgischem Eingriff wegen bösartiger Neubildung	471	9,6	0,2	5,5
F	F	Z08.2	Nachuntersuchung nach Chemotherapie wegen bösartiger Neubildung	75	9,3	0,0	6,7
	F	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	10.911	6,0	0,7	6,1
F	F	Z08.1	Nachuntersuchung nach Strahlentherapie wegen bösartiger Neubildung	167	6,0	0,0	3,0
F	F	Z08.7	Nachuntersuchung nach Kombinationstherapie wegen bösartiger Neubildung	293	2,7	0,0	3,4

Kennzeichnung: F = Wunde als Komplikation dieser Erkrankung möglich

ICD: ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)

Mehrfachnennung möglich

Wundbehandlung: einbezogene Verordnungen/Leistungen siehe Tab. 19

© PMV 2015

**Tab. 60 Indikationsbereich »Postoperative Wunden bei bösartigen Neubildung«:  
Relevanz ausgewählter ICD-Kodes für die Identifikation von Patienten mit  
chronischen Wunden nach Dauer der Behandlung**

B V - M e d	P M V	ICD	Bezeichnung	Behandlungsfälle mit ICD in 2012				
				Anzahl (100%)	davon: Anteil mit Wundbehandlung		Mindestens 8 Wochen	
					Anzahl	Anteil [%]	Anzahl	Anteil [%]
F	F	C79.2	Sekundäre bösartige Neubildung der Haut	93	32	34,4	18	19,4
	F	C49	Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe	407	91	22,4	57	14,0
F	F	C79.88	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger näher bezeichneter Lokalisationen	206	37	18,0	21	10,2
	F	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	9.250	2.341	25,3	904	9,8
	F	C80	Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation	1.983	296	14,9	151	7,6
F	F	C79.9	Sekundäre bösartige Neubildung nicht näher bezeichneter Lokalisation	532	66	12,4	36	6,8
	F	C43	Bösartiges Melanom der Haut	2.274	362	15,9	144	6,3
	F	C76	Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen	250	25	10,0	13	5,2
F	F	L92	Granulomatöse Krankheiten der Haut und der Unterhaut	587	82	14,0	25	4,3
F	F	Z08.0	Nachuntersuchung nach chirurgischem Eingriff wegen bösartiger Neubildung	471	45	9,6	17	3,6
	F	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	10.911	658	6,0	294	2,7
F	F	Z08.1	Nachuntersuchung nach Strahlentherapie wegen bösartiger Neubildung	167	10	6,0	4	2,4
F	F	Z08.2	Nachuntersuchung nach Chemotherapie wegen bösartiger Neubildung	75	7	9,3	1	1,3
F	F	Z08.7	Nachuntersuchung nach Kombinationstherapie wegen bösartiger Neubildung	293	8	2,7	3	1,0

Kennzeichnung: F = Wunde als Komplikation dieser Erkrankung möglich

© PMV 2015

ICD: ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)

Mehrfachnennung möglich

Wundbehandlung: einbezogene Verordnungen/Leistungen siehe Tab. 18

Prüfung der Relevanz von ICD-Kodes mit PMV-Kennzeichnung F

In der folgenden Tabelle werden nur Diagnosequartale des Jahres 2012 betrachtet, die nicht gleichzeitig andere ICD-Kodes mit Kennzeichnung S/F aus den anderen Indikationsbereichen hatten. Der Anteil der Diagnosequartale mit Wundbehandlung über mindestens acht Wochen reduziert sich deutlich und es verbleiben deutlich weniger Diagnosequartale, die einen Hinweis auf die Behandlung postoperativer Wunden bei bösartigen Neubildungen geben.

Der Anteil mit Wundbehandlung von mehr als acht Wochen liegt bei maximal 11%, wenn man Diagnosefälle mit anderen wundrelevanten ICD-Kodes aus den anderen Indikationsbereichen ausschließt (Tab. 61).

**Tab. 61** Indikationsbereich »Postoperative Wunden bei bösartigen Neubildungen«: Relevanz ausgewählter ICD-Kodes mit PMV-Kennzeichnung F nach Dauer der Behandlung

B V - M e d	P M V	ICD	Bezeichnung	Behandlungsfälle mit ICD in 2012				
				Anzahl (100%)	davon: Anteil mit Wundbehandlung		Mindestens 8 Wochen	
					Gesamt Anzahl	Anteil [%]	Anzahl	Anteil [%]
F	F	C79.2	Sekundäre bösartige Neubildung der Haut	38	10	26,3	4	10,5
	F	C49	Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe	251	40	15,9	22	8,8
	F	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	5.363	1.185	22,1	350	6,5
	F	C43	Bösartiges Melanom der Haut	1.534	229	14,9	83	5,4
F	F	C79.88	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger näher bezeichneter Lokalisationen	107	10	9,3	5	4,7
	F	C80	Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation	1.132	116	10,2	47	4,2
F	F	C79.9	Sekundäre bösartige Neubildung nicht näher bezeichneter Lokalisation	339	29	8,6	13	3,8
F	F	Z08.0	Nachuntersuchung nach chirurgischem Eingriff wegen bösartiger Neubildung	298	21	7,0	6	2,0
	F	C76	Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen	160	8	5,0	3	1,9
	F	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	6.626	187	2,8	81	1,2
F	F	L92	Granulomatöse Krankheiten der Haut und der Unterhaut	399	34	8,5	4	1,0
F	F	Z08.1	Nachuntersuchung nach Strahlentherapie wegen bösartiger Neubildung	106	3	2,8	1	0,9
F	F	Z08.7	Nachuntersuchung nach Kombinationstherapie wegen bösartiger Neubildung	206	3	1,5	1	0,5
F	F	Z08.2	Nachuntersuchung nach Chemotherapie wegen bösartiger Neubildung	40	2	5,0	0	0,0

Basis: Behandlungsfälle ohne weitere ICD-Kodes mit Kennzeichnung S/F aus allen Indikationsbereichen

© PMV 2015

Kennzeichnung: F = Wunde als Komplikation dieser Erkrankung möglich

ICD: ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)

Mehrfachnennung möglich

Wundbehandlung: einbezogene Verordnungen/Leistungen siehe Tab. 18

Prüfung der Relevanz des ICD-Kodes Zo8

Im Folgenden wird gezeigt, dass die ICD-Kodes Zo8 »Nachuntersuchung nach Behandlung wegen bösartiger Neubildung« für die Definition von Patienten mit chronischen Wunden nicht relevant sind. In der Tabelle werden nur Behandlungsfälle des Jahres 2012 mit Dokumentation des ICD-Kodes Zo8 betrachtet, die nicht gleichzeitig die in Tab. 58 aufgeführten ICD-Kodes aus dem Kapitel Coo-C97 (Bösartige Neubildungen) dokumentiert hatten oder andere ICD-Kodes mit Kennzeichnung S/F aus allen Indikationsbereichen, hatten.

Tab. 62

**Indikationsbereich »Postoperative Wunden bei bösartigen Neubildungen«: Relevanz des ICD-Kodes Z08 für die Identifikation von Patienten mit chronischen Wunden**

B V - M e M d	P M V	ICD	Bezeichnung	Behandlungsfälle mit ICD in 2012				
				Anzahl (100%)	davon: Anteil mit Wundbehandlung		Mindestens 8 Wochen	
					Gesamt Anzahl	Anteil [%]	Anzahl	Anteil [%]
F	F	Z08.0	Nachuntersuchung nach chirurgischem Eingriff wegen bösartiger Neubildung	151	5	3,3	4	2,6
F	F	Z08.1	Nachuntersuchung nach Strahlentherapie wegen bösartiger Neubildung	60	1	1,7	0	0,0
F	F	Z08.2	Nachuntersuchung nach Chemotherapie wegen bösartiger Neubildung	26	2	7,7	0	0,0
F	F	Z08.7	Nachuntersuchung nach Kombinationstherapie wegen bösartiger Neubildung	98	1	1,0	0	0,0

Basis: Behandlungsfälle mit ICD-Kode Z09; Ausschluss von Behandlungsfällen mit den in Tab. 58 genannten ICD-Kodes aus dem ICD-Kapitel C aus demselben Indikationsbereich und mit anderen ICD-Kodes mit Kennzeichnung S/F aus allen Indikationsbereichen © PMV 2015

Kennzeichnung: F = Wunde als Komplikation dieser Erkrankung möglich

ICD: ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)

Mehrfachnennung möglich

Wundbehandlung: einbezogene Verordnungen/Leistungen siehe Tab. 18

Patienten mit Diagnose in 2012 nach ambulanter/ stationärer Diagnose

Tab. 63 zeigt die Anzahl der Patienten mit den ausgewählten ICD-Kodes im Jahr 2012. Insgesamt hatten 8.878 Patienten der Bezugspopulation mindestens einen der ICD-Kodes. Weiter ist in der Tabelle dargestellt, wie sich diese Patientengruppe laut Dokumentation in der VSH nach Art der Diagnose differenziert. Diese Patientengruppe enthält alle potentiellen Erkrankungsfälle und bildet die Basis für die interne Validierung (s. Kap. 3.3) und Falldefinition der Patienten mit chronischen Wunden (s. Kap. 3.4).

Tab. 63

**Indikationsbereich »Postoperative Wunden bei bösartigen Neubildung«:  
Einteilung der Patienten mit relevanten Diagnosen in 2012 nach  
ambulanter/ stationärer Diagnose**

	Anzahl	Anteil [%]
Aufnahmediagnose	636	7,2
Hauptentlassungsdiagnose	706	8,0
Nebendiagnose	877	9,9
Krankenscheindiagnose	8.596	96,8
Gesamt	8.878	100,0

ICD: ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)

© PMV 2015

Bei der Differenzierung nach Diagnoseart sind Mehrfachzählungen möglich.

Eine Darstellung der Häufigkeit der einzelnen relevanten ICD-Kodes nach Art der Diagnose sowie nach Anzahl der Diagnosequartale findet sich in Kap. 8.4.8 im Anhang.

Résumé

Zur Definition der chronischen Wundpatienten mit postoperativen Wunden bei bösartigen Neubildung werden die ICD-Diagnose aus Tab. 58 herangezogen.



### 3.3

#### Validierung der wundrelevanten Diagnosen

Im Folgenden werden die Ergebnisse der internen Validierung der Diagnosen dargestellt. Die Validierung erfolgt getrennt für die acht Indikationsbereiche: Dekubitus, Ulcus cruris, diabetischer Fuß, posttraumatische Wunden, Verbrennung/Verätzung, Entzündungen, Abszesse und andere Infektionen, Amputationen sowie postoperative Wunden bei bösartigen Neubildungen.

#### 3.3.1

##### Erfüllung der Validierungskriterien

Zur internen Diagnosevalidierung wurden die in Kap. 2.5 aufgeführten Kriterien herangezogen. Es wurden vertragsärztliche Diagnosen mit Zusatz G (gesichert) und stationäre Diagnosen (Aufnahme-, Hauptentlassungs- und Nebendiagnosen) berücksichtigt.

Die Tab. 64ff zeigen jeweils für die o.g. acht Indikationsbereiche getrennt die Ergebnisse der internen Diagnosevalidierung. Dargestellt sind Anzahl und Anteil der Patienten mit mindestens einem der ausgewählten indikationsspezifischen ICD-Kodes mit Zusatz G (gesichert) in 2012, die die einzelnen Kriterien sowie mindestens eines der Kriterien erfüllt.

Wie die folgenden acht Tabellen zeigen, ließ sich eine Diagnosenennung bei allen der acht Indikationsbereiche zu einem hohen Prozentsatz durch weitere Diagnosenennungen oder Hinweise zur Therapie bestätigen. Der überwiegende Teil der Patienten erfüllte mindestens eines der aufgeführten Validierungskriterien. Der Prozentsatz lag zwischen 76% und 92%. Bei den verbleibenden Patienten, die die Kriterien nicht erfüllten, handelte es sich um Patienten mit ambulanter Diagnosenennung in einem Quartal.

Besonders hoch waren die Anteile bei Patienten mit den Diagnosen Dekubitus (91%), Ulcus cruris (88%), diabetischer Fuß (90%) und Amputationswunden (92%). Hierbei handelt es sich sehr häufig um Diagnosenennungen über mehrere Quartale. Dieses war zu erwarten, da es sich um Erkrankungen handelt, die einen chronischen Krankheitsverlauf haben. Bei den Patienten mit epidemiologisch unsicherer Diagnose handelt es sich vermutlich um symptomfreie Zustände ohne Behandlungsbedarf.

Etwas niedriger aber immer noch hoch lag der Prozentsatz bei den Diagnosen «Verbrennung/Verätzung (86%), postoperativen Wunden bei bösartigen Neubildung» (85%), Entzündungen, Abszesse und andere Infektionen» (76%) und posttraumatische Wunden (82%). Auch dies war zu erwarten, da es sich bei diesen Erkrankungen überwiegend um akute Ereignisse handelt, deren Behandlung häufig in einem Quartal abgeschlossen ist und die nicht zwingend eine der einbezogenen Behandlungen erfordern.

Bei den verbleibenden Patienten, die die Kriterien nicht erfüllten, handelte es sich um Patienten mit ambulanter Diagnosenennung in einem Quartal. Wir gehen davon aus, dass auf der Basis der ICD-10-Kodierung in den Abrechnungsdaten der GKV eine Prävalenzschätzung der o.g. Diagnosen vorgenommen werden kann.

Tab. 64

**Anteil der potentiellen Erkrankungsfälle in 2012, die die ausgewählten Validierungskriterien erfüllen, nach Indikationsbereichen**

Indikationsbereich: Dekubitus		
Kriterium	Patienten mit Diagnose	
	[n]	[%]
(1) Stationäre Hauptentlassungsdiagnose	55	1,9
(2) Zwei Diagnosequartale	511	17,4
(3) Drei Diagnosequartale	197	6,7
(4) Vier Diagnosequartale	330	11,2
(5) Verschiedene Ärzte/Einrichtungen	687	23,3
(6) Verschiedene ICD-Ziffern	966	32,8
(7) Spezifisches Arzneimittel (ATC)	1.935	65,7
(8) Spezifische Leistung (EBM)	1.044	35,4
(9) Spezifische Leistung (OPS)	648	22,0
(10) Spezifisches Heil- u. Hilfsmittel (LART)	1.352	45,9
Mindestens ein Kriterium erfüllt	2.666	90,5
Kriterium (2)-(4) erfüllt	1.038	35,2
Kriterium (7)-(10) erfüllt	2.494	84,7
Potentielle Fälle gesamt	2.945	100,0

© PMV 2015

Indikationsbereich: Ulcus cruris		
Kriterium	Patienten mit Diagnose	
	[n]	[%]
(1) Stationäre Hauptentlassungsdiagnose	1.218	3,6
(2) Zwei Diagnosequartale	4.214	12,5
(3) Drei Diagnosequartale	4.103	12,1
(4) Vier Diagnosequartale	17.253	51,0
(5) Verschiedene Ärzte/Einrichtungen	8.950	26,5
(6) Verschiedene ICD-Ziffern	10.242	30,3
(7) Spezifisches Arzneimittel (ATC)	9.187	27,2
(8) Spezifische Leistung (EBM)	6.966	20,6
(9) Spezifische Leistung (OPS)	1.857	5,5
(10) Spezifisches Heil- u. Hilfsmittel (LART)	1.273	3,8
Mindestens ein Kriterium erfüllt	29.677	87,8
Kriterium (2)-(4) erfüllt	25.570	75,6
Kriterium (7)-(10) erfüllt	13.355	39,5
Potentielle Fälle gesamt	33.805	100,0

© PMV 2015

Fortsetzung folgt

Fortsetzung Tab. 64

**Anteil der potentiellen Erkrankungsfälle in 2012, die die ausgewählten Validierungskriterien erfüllen, nach Indikationsbereichen**

Indikationsbereich: Diabetischer Fuß		
Kriterium	Patienten mit Diagnose	
	[n]	[%]
(1) Stationäre Hauptentlassungsdiagnose	602	5,5
(2) Zwei Diagnosequartale	1.164	10,7
(3) Drei Diagnosequartale	1.248	11,5
(4) Vier Diagnosequartale	6.050	55,6
(5) Verschiedene Ärzte/Einrichtungen	3.500	32,1
(6) Verschiedene ICD-Ziffern	5.336	49,0
(7) Spezifisches Arzneimittel (ATC)	3.147	28,9
(8) Spezifische Leistung (EBM)	2.294	21,1
(9) Spezifische Leistung (OPS)	668	6,1
(10) Spezifisches Heil- u. Hilfsmittel (LART)	553	5,1
Mindestens ein Kriterium erfüllt	9.849	90,4
Kriterium (2)-(4) erfüllt	8.462	77,7
Kriterium (7)-(10) erfüllt	4.433	40,7
Potentielle Fälle gesamt	10.890	100,0

© PMV 2015

Indikationsbereich: Posttraumatische Wunden		
Kriterium	Patienten mit Diagnose	
	[n]	[%]
(1) Stationäre Hauptentlassungsdiagnose	348	2,8
(2) Zwei Diagnosequartale	1.197	9,5
(3) Drei Diagnosequartale	256	2,0
(4) Vier Diagnosequartale	381	3,0
(5) Verschiedene Ärzte/Einrichtungen	2.374	18,8
(6) Verschiedene ICD-Ziffern	2.444	19,4
(7) Spezifisches Arzneimittel (ATC)	4.226	33,5
(8) Spezifische Leistung (EBM)	7.990	63,3
(9) Spezifische Leistung (OPS)	1.348	10,7
(10) Spezifisches Heil- u. Hilfsmittel (LART)	636	5,0
Mindestens ein Kriterium erfüllt	10.314	81,7
Kriterium (2)-(4) erfüllt	1.834	14,5
Kriterium (7)-(10) erfüllt	9.770	77,4
Potentielle Fälle gesamt	12.621	100,0

© PMV 2015

Fortsetzung folgt

Fortsetzung Tab. 64

**Anteil der potentiellen Erkrankungsfälle in 2012, die die ausgewählten Validierungskriterien erfüllen, nach Indikationsbereichen**

Indikationsbereich: Verbrennung/Verätzung		
Kriterium	Patienten mit Diagnose	
	[n]	[%]
(1) Stationäre Hauptentlassungsdiagnose	60	10,0
(2) Zwei Diagnosequartale	41	6,8
(3) Drei Diagnosequartale	12	2,0
(4) Vier Diagnosequartale	14	2,3
(5) Verschiedene Ärzte/Einrichtungen	98	16,3
(6) Verschiedene ICD-Ziffern	115	19,1
(7) Spezifisches Arzneimittel (ATC)	288	47,9
(8) Spezifische Leistung (EBM)	403	67,1
(9) Spezifische Leistung (OPS)	70	11,6
(10) Spezifisches Heil- u. Hilfsmittel (LART)	15	2,5
Mindestens ein Kriterium erfüllt	519	86,4
Kriterium (2)-(4) erfüllt	67	11,1
Kriterium (7)-(10) erfüllt	501	83,4
Potentielle Fälle gesamt	601	100,0

© PMV 2015

Indikationsbereich: Amputationswunden		
Kriterium	Patienten mit Diagnose	
	[n]	[%]
(1) Stationäre Hauptentlassungsdiagnose	23	4,2
(2) Zwei Diagnosequartale	111	20,1
(3) Drei Diagnosequartale	57	10,3
(4) Vier Diagnosequartale	181	32,8
(5) Verschiedene Ärzte/Einrichtungen	159	28,9
(6) Verschiedene ICD-Ziffern	136	24,7
(7) Spezifisches Arzneimittel (ATC)	321	58,3
(8) Spezifische Leistung (EBM)	239	43,4
(9) Spezifische Leistung (OPS)	136	24,7
(10) Spezifisches Heil- u. Hilfsmittel (LART)	143	26,0
Mindestens ein Kriterium erfüllt	505	91,7
Kriterium (2)-(4) erfüllt	349	63,3
Kriterium (7)-(10) erfüllt	391	71,0
Potentielle Fälle gesamt	551	100,0

© PMV 2015

Fortsetzung folgt

Fortsetzung Tab. 64

**Anteil der potentiellen Erkrankungsfälle in 2012, die die ausgewählten Validierungskriterien erfüllen, nach Indikationsbereichen**

Indikationsbereich: Entzündungen, Abszesse und andere Infektionen		
Kriterium	Patienten mit Diagnose	
	[n]	[%]
(1) Stationäre Hauptentlassungsdiagnose	1.036	8,6
(2) Zwei Diagnosequartale	1.496	12,4
(3) Drei Diagnosequartale	455	3,8
(4) Vier Diagnosequartale	594	4,9
(5) Verschiedene Ärzte/Einrichtungen	2.589	21,5
(6) Verschiedene ICD-Ziffern	2.259	18,8
(7) Spezifisches Arzneimittel (ATC)	4.689	39,0
(8) Spezifische Leistung (EBM)	4.782	39,8
(9) Spezifische Leistung (OPS)	1.174	9,8
(10) Spezifisches Heil- u. Hilfsmittel (LART)	484	4,0
Mindestens ein Kriterium erfüllt	9.115	75,8
Kriterium (2)-(4) erfüllt	2.545	21,2
Kriterium (7)-(10) erfüllt	7.673	63,8
Potentielle Fälle gesamt	12.018	100,0

© PMV 2015

Indikationsbereich: Postoperative Wunden bei bösartigen Neubildungen		
Kriterium	Patienten mit Diagnose	
	[n]	[%]
(1) Stationäre Hauptentlassungsdiagnose	706	8,0
(2) Zwei Diagnosequartale	1.399	15,8
(3) Drei Diagnosequartale	1.031	11,6
(4) Vier Diagnosequartale	3.158	35,6
(5) Verschiedene Ärzte/Einrichtungen	3.331	37,5
(6) Verschiedene ICD-Ziffern	2.489	28,0
(7) Spezifisches Arzneimittel (ATC)	2.664	30,0
(8) Spezifische Leistung (EBM)	2.310	26,0
(9) Spezifische Leistung (OPS)	1.589	17,9
(10) Spezifisches Heil- u. Hilfsmittel (LART)	191	2,2
Mindestens ein Kriterium erfüllt	7.584	85,4
Kriterium (2)-(4) erfüllt	5.588	62,9
Kriterium (7)-(10) erfüllt	4.607	51,9
Potentielle Fälle gesamt	8.878	100,0

© PMV 2015

### 3.3.2 Einteilung der Patienten nach epidemiologischer Sicherheit

Zur Gruppe der *epidemiologisch sicheren Fälle* wurden diejenigen Patienten mit Diagnose zugeordnet, die mindestens eines der zehn aufgeführten Validierungskriterien erfüllten, d.h. eine stationäre Hauptentlassungsdiagnose, eine Diagnosewiederholung (Dokumentation in mindestens zwei Quartalen, durch mehrere Ärzte/Einrichtungen oder verschiedene ICD-Kodes) oder eine spezifische Leistung/Verordnung dokumentiert hatten.

Die restlichen Patienten wurden als *epidemiologisch unsichere Fälle* eingestuft. Hier finden sich Patienten mit Diagnose in nur einem Quartal und bei nur einem Arzt ohne Bestätigung der Diagnose durch eines der berücksichtigten Kriterien. Bei Erkrankungen, die eher einen chronischen Krankheitsverlauf haben, wie Dekubitus, Ulcus cruris, diabetischer Fuß, Zustände nach Amputation, gehen wir davon aus, dass es sich hierbei entweder um Ausschluss- oder Verdachtsfälle ohne entsprechende Kodierung oder um Patienten im symptomfreien Zustand ohne Behandlungsbedarf handelt. Patienten mit diesen Diagnosen zeichneten sich durch einen hohen Anteil intern validierter Fälle aus (88-92%) (Tab. 65). Bei den anderen Erkrankungen, die in der Regel nach kurzer Zeit abheilen und keinen chronischen Krankheitsverlauf haben, wie Verbrennungen/ Verätzungen, Traumata, Entzündungen/Abszesse/andere Infektionen oder postoperative Wunden sind es vermutlich akute Zustände ohne spezifische Behandlung. Diese wiesen Validierungsraten von 76-86% auf (Tab. 65).

Es ist zu erwarten, dass sich unter den epidemiologisch unsicheren Patienten keine Patienten mit chronischen Wunden befinden.

Für die acht Indikationsbereiche ergeben sich die in Tab. 65 dargestellten Verteilungen nach Sicherheit der Diagnose sowie Häufigkeiten in Fälle je 1.000 Versicherte.

Tab. 65

**Einteilung der potentiellen Erkrankungsfälle in 2012 nach epidemiologischer Sicherheit der Diagnose und nach Indikationsbereich**

Indikationsgruppe: Dekubitus			
	Anzahl der Patienten	Anteil [%]	Fälle pro 1.000 Versicherte
Epidemiologisch sichere Fälle	2.666	90,5	10,3
Epidemiologisch unsichere Fälle	279	9,5	1,1
<b>Gesamt</b>	<b>2.945</b>	<b>100,0</b>	<b>11,4</b>

© PMV 2015

Indikationsgruppe: Ulcus cruris			
	Anzahl der Patienten	Anteil [%]	Fälle pro 1.000 Versicherte
Epidemiologisch sichere Fälle	29.677	87,8	114,4
Epidemiologisch unsichere Fälle	4.128	12,2	15,9
<b>Gesamt</b>	<b>33.805</b>	<b>100,0</b>	<b>130,3</b>

© PMV 2015

Indikationsgruppe: Diabetischer Fuß			
	Anzahl der Patienten	Anteil [%]	Fälle pro 1.000 Versicherte
Epidemiologisch sichere Fälle	9.849	90,4	38,0
Epidemiologisch unsichere Fälle	1.041	9,6	4,0
<b>Gesamt</b>	<b>10.890</b>	<b>100,0</b>	<b>42,0</b>

© PMV 2015

Indikationsgruppe: Amputationswunden			
	Anzahl der Patienten	Anteil [%]	Fälle pro 1.000 Versicherte
Epidemiologisch sichere Fälle	505	91,7	1,9
Epidemiologisch unsichere Fälle	46	8,3	0,2
<b>Gesamt</b>	<b>551</b>	<b>100,0</b>	<b>2,1</b>

© PMV 2015

Fortsetzung folgt

Fortsetzung Tab. 65

**Einteilung der potentiellen Erkrankungsfälle in 2012 nach epidemiologischer Sicherheit der Diagnose und nach Indikationsbereich**

Indikationsgruppe: Verbrennung/Verätzung			
	Anzahl der Patienten	Anteil [%]	Fälle pro 1.000 Versicherte
Epidemiologisch sichere Fälle	519	86,4	2,0
Epidemiologisch unsichere Fälle	82	13,6	0,3
<b>Gesamt</b>	<b>601</b>	<b>100,0</b>	<b>2,3</b>

© PMV 2015

Indikationsgruppe: Posttraumatische Wunden			
	Anzahl der Patienten	Anteil [%]	Fälle pro 1.000 Versicherte
Epidemiologisch sichere Fälle	10.314	81,7	39,7
Epidemiologisch unsichere Fälle	2.307	18,3	8,9
<b>Gesamt</b>	<b>12.621</b>	<b>100,0</b>	<b>48,6</b>

© PMV 2015

Indikationsgruppe: Entzündungen, Abszesse und andere Infektionen			
	Anzahl der Patienten	Anteil [%]	Fälle pro 1.000 Versicherte
Epidemiologisch sichere Fälle	9.115	75,8	35,1
Epidemiologisch unsichere Fälle	2.903	24,2	11,2
<b>Gesamt</b>	<b>12.018</b>	<b>100,0</b>	<b>46,3</b>

© PMV 2015

Indikationsgruppe: Postoperative Wunden bei bösartigen Neubildungen			
	Anzahl der Patienten	Anteil [%]	Fälle pro 1.000 Versicherte
Epidemiologisch sichere Fälle	7.584	85,4	29,2
Epidemiologisch unsichere Fälle	1.294	14,6	5,0
<b>Gesamt</b>	<b>8.878</b>	<b>100,0</b>	<b>34,2</b>

© PMV 2015



### 3.4

#### Falldefinition für chronische Wundpatienten

Die Falldefinition erfolgte zunächst nach den im Folgenden dargestellten Schritten. Aufgrund des Vorliegens von Kodierungen aus mehreren Indikationsbereichen bei einem Patienten mit chronischen Wunden wurden anschließend mittels eines Algorithmus angestrebt, eine Zuordnung zu einer Indikation zu erhalten.

#### Schritt 1: Patienten mit wundrelevanten Diagnosen

Im ersten Schritt wurden die Behandlungsfälle mit Diagnosen aus den acht Indikationsbereichen selektiert. Diese bilden die Basis zur Selektion der Patienten mit chronischen Wunden. Nach Sichtung der Ergebnisse der internen Validierung wurde festgelegt, dass sowohl epidemiologisch sichere als auch epidemiologisch unsichere Behandlungsfälle aus den acht Indikationsbereichen in die Ergebnisdarstellung einbezogen werden. Der Anteil der Patienten mit epidemiologisch unsicherer Diagnose lag in den Indikationsbereichen Dekubitus, Ulcus cruris, diabetischer Fuß, Zustände nach Amputation mit unter 10% niedrig, bei den anderen Erkrankungen wie Verbrennung/Verätzung, Traumata, Entzündungen/Abszesse/andere Infektionen oder postoperative Wunden etwas höher (14-29%). Wir gehen davon aus, dass es sich hierbei um Fälle ohne spezifischen Behandlungsbedarf handelt. Diese werden nicht zur Zielgruppen der Patienten mit *chronischen* Wunden gehören.

#### Schritt 2: Patienten mit Wundbehandlung (Weite Definition)

Im zweiten Schritt wurden Patienten identifiziert, bei denen mindestens eine wundrelevante Leistung oder Verordnung in mindestens einem Diagnosequartal dokumentiert war. Als wundrelevant galten die in Tab. 66 aufgeführten Leistungen und Verordnungen. Zu den einzelnen EBM-, OPS-, ATC-Kodes und Leistungsarten siehe Tab. 3ff.

#### Schritt 3: Patienten mit chronischen Wunden (Enge Definition)

Im dritten Schritt wurden Chronizitätskriterien festgelegt, um Patienten mit chronischen Wunden zu identifizieren: Eine Wunde wird üblicherweise als chronisch bezeichnet, wenn sie auch nach acht Wochen unter fachgerechter Therapie keine Heilungstendenzen zeigt (Leitlinie [9]). Basierend auf diese Annahme wurde ein Patient als chronischer Wundpatient mit einer Diagnose der jeweiligen Indikationsgruppe im Jahr 2012 definiert, wenn eines der folgenden zwei Kriterien erfüllt war:

- Dokumentation einer Diagnose der Indikationsgruppe in mindestens einem Quartal in 2012
- Mindestens eine wundrelevante Leistung/Verordnung in mindestens einem Diagnosequartal in 2012
- Mindestens zwei wundrelevante Leistungen/Verordnungen in 2012
- Der Abstand zwischen erster und letzter wundrelevanter Leistung/Verordnung in 2012 betrug mindestens acht Wochen.

Tab. 66

**Einbezogene Leistungen- und Verordnungsgruppen im Rahmen einer Wundbehandlung**

PMV-ID	Bezeichnung	Quelle
11	Medizinische Verbände	ATC
12	Zubereitungen zur Behandlung von Wunden und Geschwüren	ATC
13	Spüllösungen	ATC
14	Lokale Hämostatika	ATC
15	Verbandmittel	ATC
15	Verbandmittel	LART
16	Wundspülung	OPS
17	Wundreinigung	OPS
18	Debridement I	OPS
19	Debridement II	OPS
1A	Wundverbände anlegen	LART
1A	Wundverbände anlegen	OPS
1B	Vakuumtherapie	OPS
1C	Hyperbare Sauerstofftherapie	OPS
1D	Hauttransplantationen	OPS
1E	Wundbehandlung	EBM
1E	Wundbehandlung	LART
1F	Verbandschuhe	LART
22	Dekubitusbehandlung	LART

© PMV 2015

**Schritt 4:  
Zuordnung bei Patienten  
mit Mehrfachkodierung**

Es zeigte sich, dass bei den potentiellen Wundpatienten häufig ICD-Kodes aus mehreren Indikationsbereichen dokumentiert waren und diese Patienten nach den o.g. Definitionen (Schritt 1-3) in mehreren Indikationsbereichen berücksichtigt wurden.

**Zuordnungsprobleme**

Dieses Problem betraf zum einen die Abgrenzung der Indikationsgruppen »Ulcus cruris« und »Diabetisches Fußsyndrom« sowie »Ulcus cruris« und »Dekubitus«. So hatten beispielsweise nach der oben genannten Definition insgesamt 2.599 Patienten chronische Wunden aus den Indikationsbereichen »Ulcus cruris« und/oder »Diabetischer Fuß«. Davon gehörten knapp zwei Drittel (60,6%) ausschließlich der Indikationsgruppe »Ulcus cruris« und nur 8,7% ausschließlich der Indikationsgruppe »diabetischer Fuß« an. Bei rund einem Drittel (30,7%) waren Diagnosen aus beiden Indikationsbereichen dokumentiert.

Auch waren ICD-Kodes aus dem Indikationsbereich »Posttraumatische Wunden« häufig bei Wundpatienten mit »Diabetischem Fußsyndrom«, »Dekubitus« und »Ulcus cruris« kodiert. So gehörten von den 1.304 chronischen Wundpatienten mit posttraumatischen Wunden 74,9% zusätzlich zu den drei o.g. Indikationsbereichen. Hier stellte sich die Frage, ob chronische Wundpatienten des Indikationsbereichs »Posttraumatische Wunden«, die zusätzlich den

Indikationsbereichen »Ulcus cruris«, »Dekubitus« und »diabetischer Fuß« zugeordnet wurden, nur in diesen Indikationsgruppen berücksichtigt werden sollten. Auch bei Patienten mit Verbrennungen wurden häufig ICD-Kodes des Indikationsbereichs »Posttraumatische Wunden« dokumentiert.

Um eine Mehrfachzuordnung von Patienten zu mehreren Indikationsbereichen zu vermeiden, wurden die ICD-Kodes der einzelnen Indikationsbereiche differenzierter betrachtet.

#### Modifizierte Definition

Zunächst mussten Patienten mit chronischen Wunden nach der engen Definition, die mehr als einer Indikationsbereich zugeordnet worden waren, zusätzlich die folgende Bedingungen erfüllen:

#### **1. Zusatzbedingung für Patienten mit chronischen Wunden mit Mehrfachkodierung**

Der Abstand zwischen erster und letzter wundrelevanter Leistung/ Verordnung im Beobachtungsjahr 2012 betrug mindestens acht Wochen. Bei der Berechnung wurden nur Leistungen/Verordnungen in Quartalen berücksichtigt, in denen ein ICD-Kode aus dem jeweiligen Indikationsbereich dokumentiert war.

Diese Bedingung wirkte sich nicht auf Patienten aus, deren Wundbehandlung über mehr als acht Wochen dauerte, aber innerhalb eines Quartals abgeschlossen war. Bei Patienten mit Wundbehandlung über mehr als ein Quartal führte diese Zusatzbedingung im Vergleich zur bisherigen engen Definition (vgl. Schritt 2) durch die Wiederholung der Indikation zu einer restriktiveren Definition.

#### **2. Algorithmus bei Kodierung mehrerer Indikationsbereiche:**

Wundpatienten nach der weiten Definition sowie Patienten mit chronischer Wunde, die die o.g. Zusatzbedingung erfüllten, und die mehr als einer Indikationsgruppe zugeordnet wurden, mussten zusätzlich die folgenden Kriterien erfüllen.

#### **Zuordnung zum Indikationsbereich »Posttraumatische Wunden«**

Ziel war es, in der Gruppe der Patienten mit posttraumatischen Wunden und Mehrfachkodierung Patienten mit anderen Wundarten wie Ulcus cruris, diabetischem Fußsyndrom und Dekubitus auszuschließen, bei denen die Wunde durch einen zusätzlichen ICD-Kodes aus dem Indikationsbereich »Posttraumatische Wunden« (ICD s. Tab. 39) dokumentiert war.

Hierzu wurden die posttraumatischen Wunden im Hinblick auf ihre Lokalisation in drei Untergruppen geteilt: ICD-Kodes mit Angabe der Lokalisation »Untere Extremitäten«, »Andere Lokalisationen« und ICD-Kodes ohne Angabe der Lokalisation (s. Tab. 67).

Tab. 67

**Posttraumatische Wunden – ICD-10-Kodes nach Lokalisation der Wunde**

Lokalisation	ICD-10
Untere Extremität	S81.7, S81.8, S81.9, S88, S91.0, S91.1, S91.2, S91.3, S91.7, S91.8, S98, T13.1, T13.6, T82.7, T93.0, T93,6
Andere Lokalisationen	S11, S21, S31.0, S31.1, S31.7, S31.8, S41, S51, S61, S71, S81.0, T01, T05, T09.1, T11.1, T11.6, T14.7, T84.5, T84.6, T90.1, T91.0, T92.0
Ohne Angabe der Lokalisation	T14.1, T79.2, T79.3, T79.9, T81.3, T81.4, T86.51, T88.9, T89.0

© PMV 2015

Um als Patient mit posttraumatischen Wunden bei Vorliegen von Mehrfachkodierung der Indikation »Posttraumatische Wunde« zugeordnet zu werden, musste zusätzlich zu den o.g. Bedingungen (enge/weite Definition/Zusatzbedingung bei chronischer Wunde) mindestens eine der folgenden Bedingungen erfüllt sein:

- Dokumentation eines ICD-Kodes aus dem Indikationsbereich »Posttraumatische Wunden« mit Angabe einer Lokalisation, ausgenommen Traumata an den unteren Extremitäten oder
- Dokumentation eines ICD-Kodes aus dem Indikationsbereich »Posttraumatische Wunden« mit Angabe der Lokalisation »Untere Extremitäten« bzw. Traumata ohne Angabe der Lokalisation und keine Zuordnung zu den Indikationsbereichen »Diabetischer Fuß« und »Ulcus cruris« (siehe unten).

**Abgrenzung »Ulcus cruris« von »Diabetischem Fuß«:**

Die ICD-Kodes der Indikationsgruppe »Ulcus cruris« wurden in ICD-Kodes mit und ohne Bezug zum Diabetischen Fußsyndrom eingeteilt (Tab. 69).

Tab. 68

**Einteilung der ICD-10-Kodes des Indikationsbereichs »Ulcus cruris«**

Kennzeichnung	Ulcus cruris		
	Venös	Diabetischer Fuß möglich Arteriell	Unspezifisch
S = Wunde explizit kodiert (S)	I83.0, I83.2, I87.01	I70.23, I70.24	L97, L98.4, R02
Wunde als Komplikation dieser Erkrankung (F) möglich	I83.1, I83.9, I87.00, I87.2, I89.0, M62.2	I70.20, I70.21, I70.22, I70.9, I73.9	

© PMV 2015

**Zuordnung zum Indikationsbereich »Ulcus cruris«**

Um als Patient mit Ulcus cruris bei Vorliegen von Mehrfachkodierung der Indikation »Ulcus cruris« zugeordnet zu werden, musste zusätzlich zu den o.g.

Bedingungen (enge/weite Definition/Zusatzbedingung bei chronischer Wunde) mindestens eine der folgenden Bedingungen erfüllt sein:

- Keine Zuordnung zu den Indikationsbereichen »Diabetischer Fuß« und »Dekubitus« (siehe unten) oder
- Bei Zuordnung zu den Indikationsbereichen »Diabetischer Fuß« und »Dekubitus« (siehe unten):
  - Dokumentation mindestens eines der folgenden ICD-Kodes mit Kennzeichnung S (Wunde explizit genannt): I83.o (Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration), I83.2 (Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung), I87.01 (Postthrombotisches Syndrom mit Ulzeration) oder
  - Dokumentation einer Kompressionsbehandlung

#### **Zuordnung zum Indikationsbereich »Diabetischer Fuß«**

Um als Patient mit diabetischem Fuß bei Vorliegen von Mehrfachkodierung der Indikation »Diabetischer Fuß« zugeordnet zu werden, musste zusätzlich zu den o.g. Bedingungen (enge/weite Definition/Zusatzbedingung bei chronischer Wunde) mindestens eine der folgenden Bedingungen erfüllt sein:

- Keine Zuordnung zum Indikationsbereich »Ulcus cruris« (siehe oben) oder
- Bei Zuordnung zu dem Indikationsbereich »Ulcus cruris«:
  - Dokumentation mindestens eines der folgenden ICD-Kodes: L98.4 (Chronisches Ulkus der Haut, anderenorts nicht klassifiziert), R02 (Gangrän, anderenorts nicht klassifiziert), L97 (Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert), I70.2 (Atherosklerose der Extremitätenarterien), I73.9 (Periphere Gefäßkrankheit, nicht näher bezeichnet) oder ein ICD-Kode für Traumata an den unteren Extremitäten oder Traumata ohne Angabe der Lokalisation (s. Tab. 67); aber kein ICD-Kode I83 (Varizen der unteren Extremitäten), I87.01 (Postthrombotisches Syndrom mit Ulzeration), I89 (Lymphödem, anderenorts nicht klassifiziert), M62.2 (ischämischer Muskelfarkt (nichttraumatisch)) aus Tab. 28 oder
  - Dokumentation mindestens eines ICD-Kodes E10-E14.74, E10-E14.75 (Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen mit DFS) und kein ICD-Kode aus dem Indikationsbereich Ulcus cruris der Kategorie S (Wunde explizit genannt) oder
  - Dokumentation mindestens eines ICD-Kodes I70.23/I70.24 (Atherosklerose der Extremitätenarterien, Beckentyp, mit Ulzeration/Gangrän), aber kein anderer ICD-Kode aus dem Indikationsbereich Ulcus cruris der Kategorie S (Wunde explizit genannt) oder
  - Dokumentation einer Behandlung des diabetischen Fußes

#### **Zuordnung zum Indikationsbereich »Dekubitus«**

Um als Patient mit Dekubitus bei Vorliegen von Mehrfachkodierung der Indikation »Dekubitus« zugeordnet zu werden, musste zusätzlich zu den o.g. Bedingungen (enge/weite Definition/Zusatzbedingung bei chronischer Wunde) mindestens eine der folgenden Bedingungen erfüllt sein:

- Keine Zuordnung zu den Indikationsbereichen »Diabetischer Fuß« und »Ulcus« (siehe oben) oder

- Bei Zuordnung zu den Indikationsbereichen »Ulcus cruris« oder »Diabetischer Fuß« (siehe oben):
  - Dokumentation einer Dekubitusbehandlung

#### **Zuordnung zum Indikationsbereich »Verbrennungen«**

Um als Patient mit Verbrennungen bei Vorliegen von Mehrfachkodierung der Indikation »Verbrennungen« zugeordnet zu werden, musste zusätzlich zu den o.g. Bedingungen (enge/weite Definition/Zusatzbedingung bei chronischer Wunde) mindestens eine der folgenden Bedingungen erfüllt sein:

- Dokumentation eines ICD-Kodes aus dem Indikationsbereich »Verbrennungen« in mindestens zwei Quartalen

Wundpatienten der Indikationsgruppen »Amputation«, »Entzündungen, Abszesse und andere Infektionen« sowie »Postoperative Wunden bei bösartigen Neubildungen«, die nach den Kriterien der modifizierten Definition keiner der fünf o.g. Indikationsbereiche zugeordnet wurden, wurden in der Gruppe »Andere Indikationsbereiche« zusammenfasst.

Die folgenden Tabellen geben einen Überblick, wie viele Patienten diese Kriterien erfüllen. Die Gruppen der epidemiologisch sicheren Patienten werden unterteilt in Patienten mit mindestens einem ICD-Kode, der die Wunde explizit benennt (PMV-Kennzeichnung S) und Patienten, die ausschließlich ICD-Kodes dokumentiert hatten, die Krankheiten benennen, bei denen Wunden als Folge oder Komplikation auftreten können (PMV-Kennzeichnung F). Weiter wird noch zwischen Patienten mit Diagnosenennung in einem einzelnen Quartal und in mehr als einem Diagnosequartale differenziert.

Für die Indikationsbereiche »Dekubitus« zeigt sich ein hoher Anteil chronischer Wundpatienten (24,9%; Tab. 69). Dieser Anteil ist auch bei Patienten mit Diagnose in nur einem Quartal und bei Patienten ohne explizite Kodierung der Wunde hoch und liegt in allen Untergruppen zwischen 14% und 48%. Bei allen anderen Indikationsbereichen liegt der Anteil chronischer Wundpatienten zwischen 3% und 7%. Dies liegt zum Teil daran, dass es für den Indikationsbereich keine ICD-Kodes gibt, die die Wunde explizit kodieren und eine Vielzahl von ICD-Kodes einbezogen werden mussten, um die Wundpatienten zu identifizieren (z.B. diabetischer Fuß, postoperative Wunden bei bösartigen Neubildungen) oder der überwiegende Teil der Patienten nur eine kurzfristige Wundbehandlung erhält (z. B. Verbrennungen).

**Tab. 69** **Potentielle Erkrankungsfälle nach Indikationsbereichen und nach Diagnosesicherheit und Anzahl der Diagnosequartale: Wundrelevante Therapie und Chronizität**

Indikationsbereich: Dekubitus						
Diagnose(n)	Anzahl der Diagnosequartale	Patienten mit wund-relevanten Diagnosen (100%)	davon:			
			Patienten mit Wundbehandlung »weite« Definition		Patienten mit chronischen Wunden »enge« Definition	
			Anzahl	Anteil [%]	Anzahl	Anteil [%]
Epidemiologisch sicher: Wunde explizit kodiert	2-4	576	367	63,7	275	47,7
Epidemiologisch sicher: Wunde explizit kodiert	1	746	333	44,6	110	14,7
Epidemiologisch sicher: Wunde möglich	2-4	462	260	56,3	177	38,3
Epidemiologisch sicher: Wunde möglich	1	882	482	54,6	171	19,4
Epidemiologisch unsicher	1	279	0	0,0	0	0,0
Gesamt		2.945	1.442	49,0	733	24,9

Indikationsbereich: Ulcus cruris						
Diagnose(n)	Anzahl der Diagnosequartale	Patienten mit wund-relevanten Diagnosen (100%)	davon:			
			Patienten mit Wundbehandlung »weite« Definition		Patienten mit chronischen Wunden »enge« Definition	
			Anzahl	Anteil [%]	Anzahl	Anteil [%]
Epidemiologisch sicher: Wunde explizit kodiert	2-4	3.079	1.803	58,6	1.112	36,1
Epidemiologisch sicher: Wunde explizit kodiert	1	933	592	63,5	137	14,7
Epidemiologisch sicher: Wunde möglich	2-4	22.491	2.030	9,0	522	2,3
Epidemiologisch sicher: Wunde möglich	1	3.174	382	12,0	54	1,7
Epidemiologisch unsicher	1	4.128	0	0,0	0	0,0
Gesamt		33.805	4.807	14,2	1.825	5,4

Indikationsbereich: Diabetischer Fuss						
Diagnose(n)	Anzahl der Diagnosequartale	Patienten mit wund-relevanten Diagnosen (100%)	davon:			
			Patienten mit Wundbehandlung »weite« Definition		Patienten mit chronischen Wunden »enge« Definition	
			Anzahl	Anteil [%]	Anzahl	Anteil [%]
Epidemiologisch sicher: Wunde möglich	2-4	8.462	1.379	16,3	721	8,5
Epidemiologisch sicher: Wunde möglich	1	1.387	160	11,5	41	3,0
Epidemiologisch unsicher	1	1.041	0	0,0	0	0,0
Gesamt		10.890	1.539	14,1	762	7,0

© PMV 2015

Fortsetzung folgt

Fortsetzung Tab. 69

**Potentielle Erkrankungsfälle nach Indikationsbereichen und nach Diagnosesicherheit und Anzahl der Diagnosequartale: Wundrelevante Therapie und Chronizität**

Indikationsbereich: Posttraumatische Wunden						
Diagnose(n)	Anzahl der Diagnosequartale	Patienten mit wund-relevanten Diagnosen (100%)	davon:			
			Patienten mit Wundbehandlung »weite« Definition		Patienten mit chronischen Wunden »enge« Definition	
			Anzahl	Anteil [%]	Anzahl	Anteil [%]
Epidemiologisch sicher: Wunde explizit kodiert	2-4	1.404	350	24,9	141	10,0
Epidemiologisch sicher: Wunde explizit kodiert	1	7.479	1.301	17,4	167	2,2
Epidemiologisch sicher: Wunde möglich	2-4	430	100	23,3	46	10,7
Epidemiologisch sicher: Wunde möglich	1	1.001	328	32,8	48	4,8
Epidemiologisch unsicher	1	2.307	0	0,0	0	0,0
Gesamt		12.621	2.079	16,5	402	3,2

Indikationsbereich: Verbrennung/Verätzung						
Diagnose(n)	Anzahl der Diagnosequartale	Patienten mit wund-relevanten Diagnosen (100%)	davon:			
			Patienten mit Wundbehandlung »weite« Definition		Patienten mit chronischen Wunden »enge« Definition	
			Anzahl	Anteil [%]	Anzahl	Anteil [%]
Epidemiologisch sicher: Wunde explizit kodiert	2-4	67	38	56,7	17	25,4
Epidemiologisch sicher: Wunde explizit kodiert	1	452	212	46,9	14	3,1
Epidemiologisch unsicher	1	82	0	0,0	0	0,0
Gesamt		601	250	41,6	31	5,2

Indikationsbereich: Entzündungen, Abszesse und andere Infektionen						
Diagnose(n)	Anzahl der Diagnosequartale	Patienten mit wund-relevanten Diagnosen (100%)	davon:			
			Patienten mit Wundbehandlung »weite« Definition		Patienten mit chronischen Wunden »enge« Definition	
			Anzahl	Anteil [%]	Anzahl	Anteil [%]
Epidemiologisch sicher: Wunde explizit kodiert	2-4	1.723	435	25,2	138	8,0
Epidemiologisch sicher: Wunde explizit kodiert	1	3.405	670	19,7	119	3,5
Epidemiologisch sicher: Wunde möglich	2-4	822	167	20,3	68	8,3
Epidemiologisch sicher: Wunde möglich	1	3.165	586	18,5	161	5,1
Epidemiologisch unsicher	1	2.903	0	0,0	0	0,0
Gesamt		12.018	1.858	15,5	486	4,0

Fortsetzung folgt



Fortsetzung Tab. 69

**Potentielle Erkrankungsfälle nach Indikationsbereichen und nach Diagnosesicherheit und Anzahl der Diagnosequartale: Wundrelevante Therapie und Chronizität**

Indikationsbereich: Amputationswunden						
Diagnose(n)	Anzahl der Diagnosequartale	Patienten mit wund-relevanten Diagnosen (100%)	davon:			
			Patienten mit Wundbehandlung »weite« Definition		Patienten mit chronischen Wunden »enge« Definition	
			Anzahl	Anteil [%]	Anzahl	Anteil [%]
Epidemiologisch sicher: Wunde explizit kodiert	2-4	19	2	10,5	0	0,0
Epidemiologisch sicher: Wunde explizit kodiert	1	10	0	0,0	0	0,0
Epidemiologisch sicher: Wunde möglich	2-4	330	44	13,3	20	6,1
Epidemiologisch sicher: Wunde möglich	1	146	22	15,1	6	4,1
Epidemiologisch unsicher	1	46	0	0,0	0	0,0
Gesamt		551	68	12,3	26	4,7

Indikationsbereich: Postoperative Wunden bei bösartigen Neubildungen						
Diagnose(n)	Anzahl der Diagnosequartale	Patienten mit wund-relevanten Diagnosen (100%)	davon:			
			Patienten mit Wundbehandlung »weite« Definition		Patienten mit chronischen Wunden »enge« Definition	
			Anzahl	Anteil [%]	Anzahl	Anteil [%]
Epidemiologisch sicher: Wunde möglich	2-4	5.588	749	13,4	170	3,0
Epidemiologisch sicher: Wunde möglich	1	1.996	252	12,6	67	3,4
Epidemiologisch unsicher	1	1.294	0	0,0	0	0,0
Gesamt		8.878	1.001	11,3	237	2,7

© PMV 2015

## 4.1

## Fragestellung

Beruhend auf der Falldefinition wird die Prävalenz von chronischen Wunden aus den o.g. Indikationsbereichen dargestellt. Hierbei werden Ergebnisse bei Anwendung der weiten und engen Definition gezeigt (Definitionen s. Kap. 3.4). Die Prävalenzschätzungen erfolgen für die Indikationsbereiche insgesamt sowie nach den folgenden Indikationsbereichen getrennt:

- Dekubitus
- Ulcus cruris
- Diabetischer Fuß
- Post-traumatische Wunden
- Verbrennung
- Andere Wunden (Entzündungen, Abszesse und andere Infektionen, Amputationswunden, Postoperative Wunden bei bösartigen Neubildungen)

Die Prävalenzen werden nach Geschlecht und für 10-Jahres-Altersgruppen angegeben. Es werden rohe (beruhend auf den Daten der AOK Hessen) sowie auf die Alters- und Geschlechtsstruktur der Bevölkerung Deutschlands standardisierte Prävalenzen ausgewiesen. Bei der Bewertung der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass die Angaben auf der Basis einer regionalen Kasse und einer Kassenart (hier AOK) beruhen und es Hinweise auf regionale Varianz der Morbidität und Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen sowie auch auf diesbezügliche Unterschiede zwischen den Kassenarten gibt [15].

Des Weiteren erfolgt eine Charakterisierung der Patienten mit chronischen Wunden hinsichtlich des Ausmaßes an Komorbidität. Hierzu werden die folgenden Kennzahlen ausgewiesen:

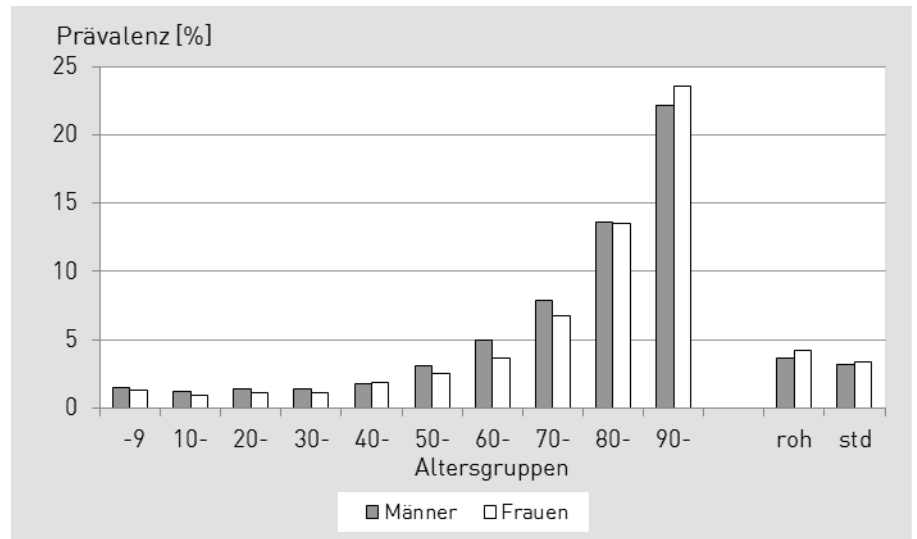
- Charlson-Index [27]
- Anteil mit Multimorbidität, definiert als Versicherte mit mehr als drei Diagnose(gruppen) jeweils in mindestens drei Quartalen des Beobachtungsjahres
- Anteil mit Multimedikation, definiert als Anteil der chronischen Wundpatienten mit 5 und mehr verschiedenen ATC 7-Stellern (ohne Varia) in jedem der vier Quartale des Beobachtungsjahres

## 4.2

## Administrative Prävalenz

Die Behandlungsprävalenz betrug in der VSH 4,0% (»weite« Definition; Abb. 1) bzw. 1,4% (»enge« Definition; Abb. 2). Standardisiert auf die Alters- und Geschlechtsstruktur der Bevölkerung Deutschlands (Stand: 31. Dez. 2012) betrug die Prävalenz 3,3% bzw. 1,1%. Sie zeigt eine Altersabhängigkeit mit deutlichem Anstieg im Alter. Männer hatten in fast allen Altersgruppen eine höhere Prävalenz als Frauen. Insgesamt lag die Prävalenz bei Männern und Frauen vergleichbar hoch. Hochgerechnet auf Deutschland ergaben sich rund 2,7 Mio. Wundpatienten (»weite« Definition) aus den o.g. Indikationen. Bei 890.000 war eine Wundbehandlung von mehr als acht Wochen dokumentiert (»enge« Definition) (Tab. 70).

Abb. 1

**Patienten mit Wundbehandlung: Prävalenz nach Altersgruppe und Geschlecht, 2012**


© PMV 2015

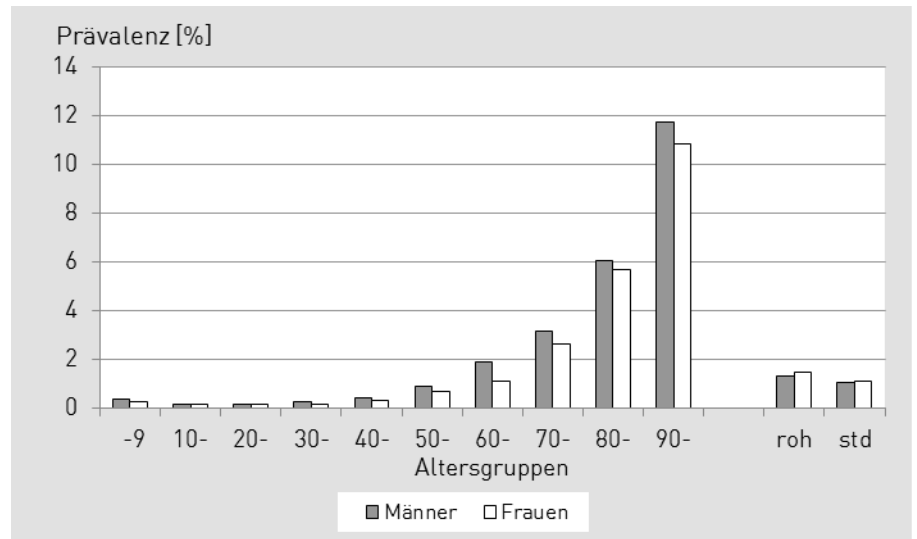
Daten zu Abb. 1

Alters- gruppe [Jahre]	Wundpatienten »weite« Definition Administrative Prävalenz					
	Männer		Frauen		Gesamt	
	[n]	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]
-9	159	1,48	140	1,35	299	1,41
10-	148	1,23	111	0,98	259	1,11
20-	164	1,37	144	1,15	308	1,25
30-	196	1,41	166	1,17	362	1,29
40-	359	1,82	331	1,88	690	1,84
50-	571	3,07	433	2,49	1.004	2,79
60-	764	4,95	566	3,67	1.330	4,31
70-	1.239	7,85	1.294	6,77	2.533	7,26
80-	877	13,58	1.701	13,50	2.578	13,53
90-	180	22,17	765	23,56	945	23,28
roh	4.657	3,71	5.651	4,22	10.308	3,97
std		3,22		3,36		3,29

Werte Versichertenstichprobe gesamt standardisiert auf die Alters- und Geschlechtsverteilung der Bevölkerung Deutschlands (Stand: 31.12.2012)

© PMV 2015

Abb. 2

**Patienten mit chronischen Wunden: Prävalenz nach Altersgruppe und Geschlecht, 2012**


© PMV 2015

**Daten zu Abb. 2**

Alters- gruppe [Jahre]	Wundpatienten »enge« Definition Administrative Prävalenz					
	Männer		Frauen		Gesamt	
	[n]	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]
-9	38	0,35	25	0,24	63	0,30
10-	22	0,18	16	0,14	38	0,16
20-	22	0,18	20	0,16	42	0,17
30-	35	0,25	25	0,18	60	0,21
40-	79	0,40	55	0,31	134	0,36
50-	167	0,90	121	0,70	288	0,80
60-	291	1,89	173	1,12	464	1,50
70-	499	3,16	502	2,63	1.001	2,87
80-	390	6,04	713	5,66	1.103	5,79
90-	95	11,70	351	10,81	446	10,99
roh	1.638	1,30	2.001	1,49	3.639	1,40
std		1,07		1,10		1,09

Werte Versichertenstichprobe gesamt standardisiert auf die Alters- und Geschlechtsverteilung der Bevölkerung Deutschlands (Stand: 31.12.2012)

© PMV 2015

#### 4.2.1 Prävalenz und Hochrechnung nach Indikationsbereichen

Hochgerechnet auf Deutschland betrug die Anzahl der Wundpatienten im Jahr 2012 rund 2,7 Mio. Patienten (Tab. 70). Darunter befanden sich rund 890.000 Patienten mit chronischen Krankheitsverlauf, d.h. mit einer Wundbehandlung über einen Zeitraum von mehr als acht Wochen. Die häufigste Indikation für eine längerfristige Wundbehandlung war das Ulcus cruris mit 430.000 Behandlungsfällen. Es folgten das diabetische Fußsyndrom mit 190.000, der Dekubitus mit 160.000 und posttraumatische Wunden mit 110.000 chronischen Behandlungsfällen. Jeweils rund 10% der Wundpatienten (nach enger und weiter Definition) hatten Diagnosen aus mehr als einem Indikationsbereich.

**Tab. 70** Prävalenz nach Indikationsbereichen

Indikationsbereich	Anzahl der Patienten mit relevanten ICD-Kodes (100%) [n]	davon: Wundpatienten »weite« Definition [%]	Wundpatienten »weite« Definition Administrative Prävalenz			
			VSH		Hochrechnung	
			[n]	[%]	[n]	[%]
Dekubitus	2.945	49,0	1.442	0,56	320.025	0,39
Ulcus cruris	33.805	14,2	4.807	1,85	1.173.408	1,43
Diabetischer Fuß	10.890	14,1	1.539	0,59	383.561	0,47
Posttraumatische Wunden	12.621	16,5	2.079	0,80	612.229	0,75
Verbrennungen/Verätzungen	601	41,6	250	0,10	78.050	0,10
Andere	20.630	6,5	1.339	0,52	404.139	0,49
<b>Gesamt</b>	<b>63.050</b>	<b>16,3</b>	<b>10.308</b>	<b>3,97</b>	<b>2.701.637</b>	<b>3,29</b>

Indikationsbereich	Anzahl der Patienten mit relevanten ICD-Kodes (100%) [n]	davon: Wundpatienten »enge« Definition [%]	Wundpatienten »enge« Definition Administrative Prävalenz			
			VSH		Hochrechnung	
			[n]	[%]	[n]	[%]
Dekubitus	2.945	24,9	733	0,28	165.319	0,20
Ulcus cruris	33.805	5,4	1.825	0,70	432.778	0,53
Diabetischer Fuß	10.890	7,0	762	0,29	190.466	0,23
Posttraumatische Wunden	12.621	3,2	402	0,15	110.259	0,13
Verbrennungen/Verätzungen	601	5,2	31	0,01	9.832	0,01
Andere	20.630	1,3	267	0,10	73.353	0,09
<b>Gesamt</b>	<b>63.050</b>	<b>5,8</b>	<b>3.639</b>	<b>1,40</b>	<b>892.305</b>	<b>1,09</b>

Mehrfachzählungen möglich

Andere: Per definitionem keine der fünf genannten Indikationen

© PMV 2015

**Mehrfachkodierung**

Tab. 71 zeigt die Häufigkeit von Mehrfachkodierungen. So wurde bei Wundpatienten (»enge« Definition) abhängig von der Indikation bei 7% (Posttraumatische Wunden) bis 29% (Dekubitus) der Patienten mindestens eine weitere Indikation dokumentiert. Von den Wundpatienten der Indikationsgruppe Ulcus cruris war beispielsweise bei 9% Dekubitalulzera, bei 8% ein diabetischer Fuß und bei 1% explizit eine offene Wunden (aus den ICD-Kapiteln Soo-T98) dokumentiert. Bei Patienten mit Wunden der Indikationsgruppe diabetischer Fuß fand sich bei einem Viertel der Betroffenen (25%) zusätzlich eine weitere Indikation: Ulcus cruris (18,9%), ein Dekubitus (7,6%) oder explizit eine offene Wunde (0,8%).

**Tab. 71****Mehrfachkodierung von Wunddiagnosen bei Patienten mit offenen Wunden**

Indikationsbereich	Anzahl (100%)	Population: Wundpatienten »weite« Definition					Mind. eine weitere Indikation
		Anteil [%] mit Wunden des Indikationsbereichs					
		Dekubitus	Ulcus cruris	Diabet. Fuß	Posttraumata	Verbrennung	
Ulcus cruris	4.807	8,5	100,0	8,3	3,1	0,8	19,4
Dekubitus	1.442	100,0	28,3	8,3	2,0	0,5	35,6
Diab. Fuß	1.539	7,8	25,9	100,0	2,7	0,7	33,8
Posttraumat.	2.079	1,4	7,1	2,0	100,0	0,6	9,8
Verbrennung	250	2,8	15,6	4,4	5,2	100,0	24,0

Indikationsbereich	Anzahl (100%)	Population: Wundpatienten »enge« Definition					Mind. eine weitere Indikation
		Anteil [%] mit Wunden des Indikationsbereichs					
		Dekubitus	Ulcus cruris	Diabet. Fuß	Posttraumata	Verbrennung	
Ulcus cruris	1.825	8,9	100,0	7,9	1,0	0,2	16,9
Dekubitus	733	100,0	22,1	7,9	1,1	0,0	28,5
Diab. Fuß	762	7,6	18,9	100,0	0,8	0,3	25,2
Posttraumat.	402	2,0	4,5	1,5	100,0	0,0	6,7
Verbrennung	31	0,0	9,7	6,5	0,0	100,0	16,1

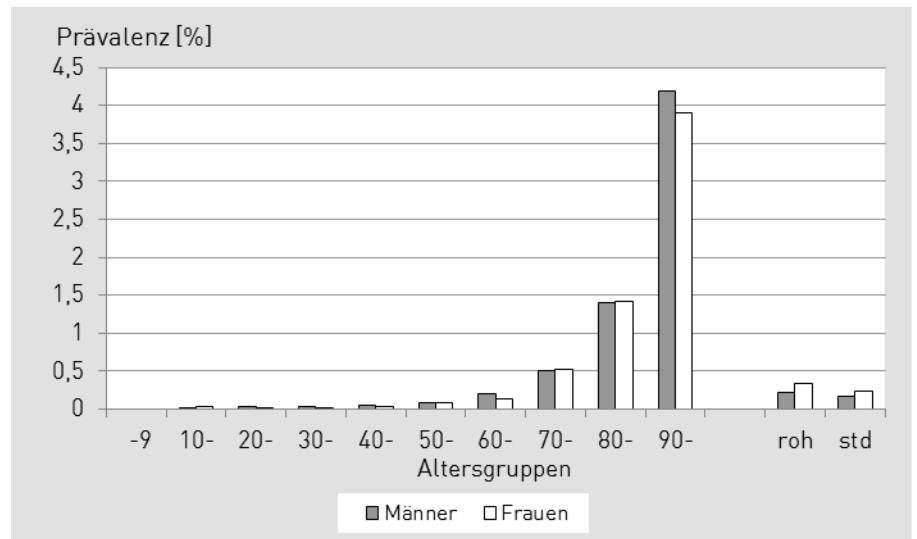
© PMV 2015

#### 4.2.2 Prävalenz nach Indikation

In den folgenden Abbildungen und Tabellen werden die alters- und geschlechtsspezifischen Behandlungsprävalenzen für chronische Wunden für die einzelnen Indikationsbereiche dargestellt. Es werden hier nur die Ergebnisse bei Anwendung der engen Definition dargestellt.

Abb. 3

#### Schätzung der administrativen Prävalenz für »chronische Wunden bei Dekubitus« (enge Definition) in 2012 nach Altersgruppe und Geschlecht



© PMV 2015

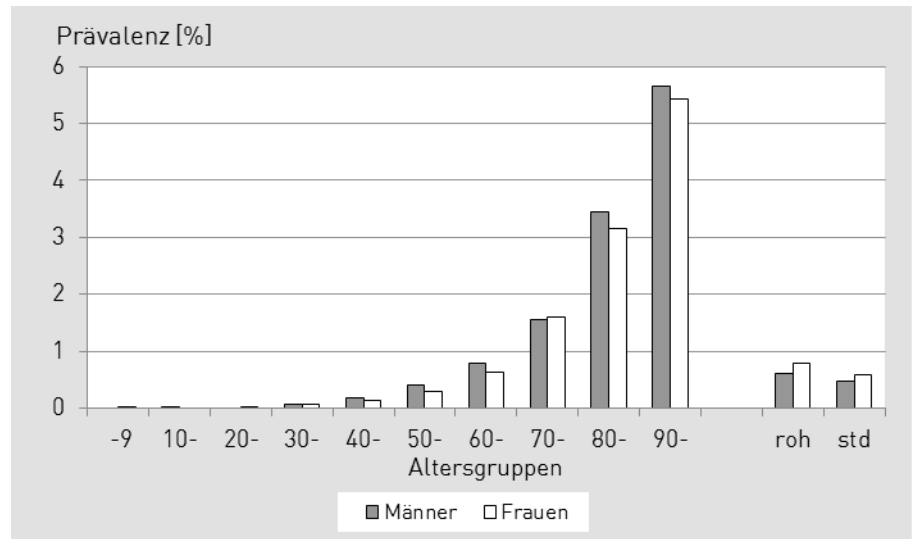
Daten zu Abb. 3

Alters- gruppe [Jahre]	Wundpatienten »enge« Definition					
	Administrative Prävalenz				Gesamt	
	Männer		Frauen		[n]	[%]
	[n]	[%]	[n]	[%]		
-9	0	0,00	0	0,00	0	0,00
10-	2	0,02	3	0,03	5	0,02
20-	5	0,04	2	0,02	7	0,03
30-	4	0,03	3	0,02	7	0,03
40-	11	0,06	7	0,04	18	0,05
50-	17	0,09	16	0,09	33	0,09
60-	32	0,21	21	0,14	53	0,17
70-	80	0,51	100	0,52	180	0,52
80-	91	1,41	178	1,41	269	1,41
90-	34	4,19	127	3,91	161	3,97
roh	276	0,22	457	0,34	733	0,28
std		0,17		0,23		0,20

Werte Versichertenstichprobe gesamt standardisiert auf die Alters- und Geschlechtsverteilung der Bevölkerung Deutschlands (Stand: 31.12.2012)

© PMV 2015

Abb. 4

**Schätzung der administrativen Prävalenz für »chronische Wunden bei Ulcus cruris« (enge Definition) in 2012 nach Altersgruppe und Geschlecht**


© PMV 2015

Daten zu Abb. 4

Alters- gruppe [Jahre]	Wundpatienten »enge« Definition Administrative Prävalenz					
	Männer		Frauen		Gesamt	
	[n]	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]
-9	0	0,00	1	0,01	1	0,01
10-	1	0,01	0	0,00	1	0,00
20-	0	0,00	2	0,02	2	0,01
30-	9	0,07	11	0,08	20	0,07
40-	34	0,17	23	0,13	57	0,15
50-	76	0,41	52	0,30	128	0,36
60-	122	0,79	96	0,62	218	0,71
70-	247	1,56	308	1,61	555	1,59
80-	223	3,45	398	3,16	621	3,26
90-	46	5,67	176	5,42	222	5,47
roh	758	0,60	1.067	0,80	1.825	0,70
std		0,48		0,58		0,53

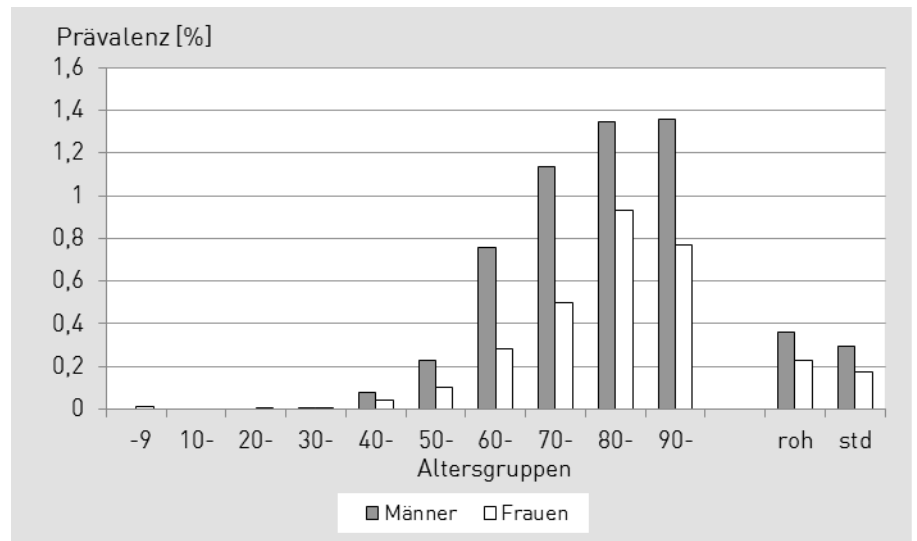
Werte Versichertenstichprobe gesamt standardisiert auf die Alters- und Geschlechtsverteilung der Bevölkerung Deutschlands (Stand: 31.12.2012)

© PMV 2015



Abb. 5

**Schätzung der administrativen Prävalenz für »chronische Wunden bei diabetischem Fuß« (enge Definition) in 2012 nach Altersgruppe und Geschlecht**



© PMV 2015

## Daten zu Abb. 5

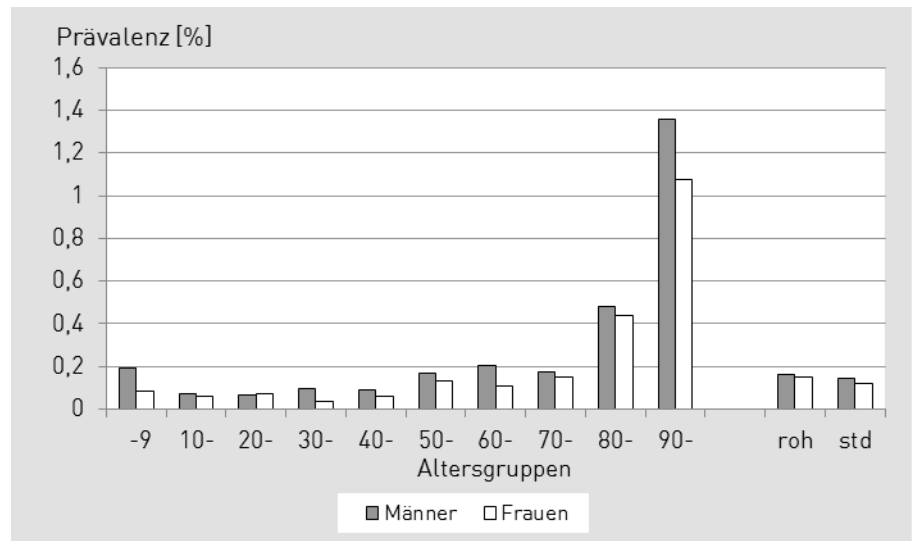
Alters- gruppe [Jahre]	Wundpatienten »enge« Definition					
	Administrative Prävalenz				Gesamt	
	Männer		Frauen		[n]	[%]
	[n]	[%]	[n]	[%]		
-9	0	0,00	1	0,01	1	0,01
10-	0	0,00	0	0,00	0	0,00
20-	0	0,00	1	0,01	1	0,00
30-	1	0,01	1	0,01	2	0,01
40-	15	0,08	7	0,04	22	0,06
50-	43	0,23	18	0,10	61	0,17
60-	117	0,76	44	0,29	161	0,52
70-	179	1,13	95	0,50	274	0,79
80-	87	1,35	117	0,93	204	1,07
90-	11	1,36	25	0,77	36	0,89
roh	453	0,36	309	0,23	762	0,29
std		0,29		0,18		0,23

Werte Versichertenstichprobe gesamt standardisiert auf die Alters- und Geschlechtsverteilung der Bevölkerung Deutschlands (Stand: 31.12.2012)

© PMV 2015

Abb. 6

**Schätzung der administrativen Prävalenz für »chronische posttraumatische Wunden« (enge Definition) in 2012 nach Altersgruppe und Geschlecht**



© PMV 2015

## Daten zu Abb. 6

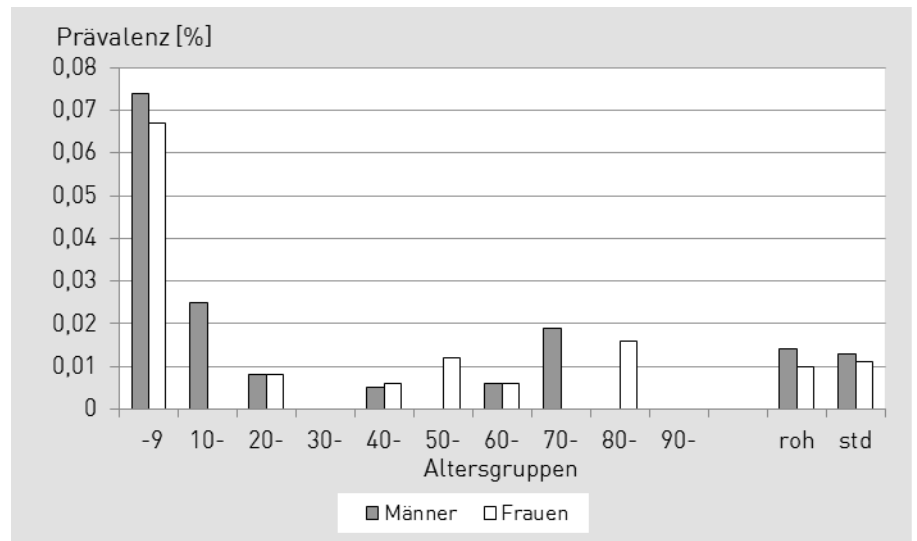
Alters- gruppe [Jahre]	Wundpatienten »enge« Definition					
	Administrative Prävalenz				Gesamt	
	Männer		Frauen		[n]	[%]
	[n]	[%]	[n]	[%]		
-9	21	0,20	9	0,09	30	0,14
10-	9	0,08	7	0,06	16	0,07
20-	8	0,07	9	0,07	17	0,07
30-	13	0,09	5	0,04	18	0,06
40-	18	0,09	11	0,06	29	0,08
50-	31	0,17	23	0,13	54	0,15
60-	32	0,21	17	0,11	49	0,16
70-	28	0,18	29	0,15	57	0,16
80-	31	0,48	55	0,44	86	0,45
90-	11	1,36	35	1,08	46	1,13
roh	202	0,16	200	0,15	402	0,16
std		0,15		0,12		0,13

Werte Versichertenstichprobe gesamt standardisiert auf die Alters- und Geschlechtsverteilung der Bevölkerung Deutschlands (Stand: 31.12.2012)

© PMV 2015

Abb. 7

**Schätzung der administrativen Prävalenz für »chronische Wunden bei Verbrennung/Verätzung« (enge Definition) in 2012 nach Altersgruppe und Geschlecht**



© PMV 2015

## Daten zu Abb. 7

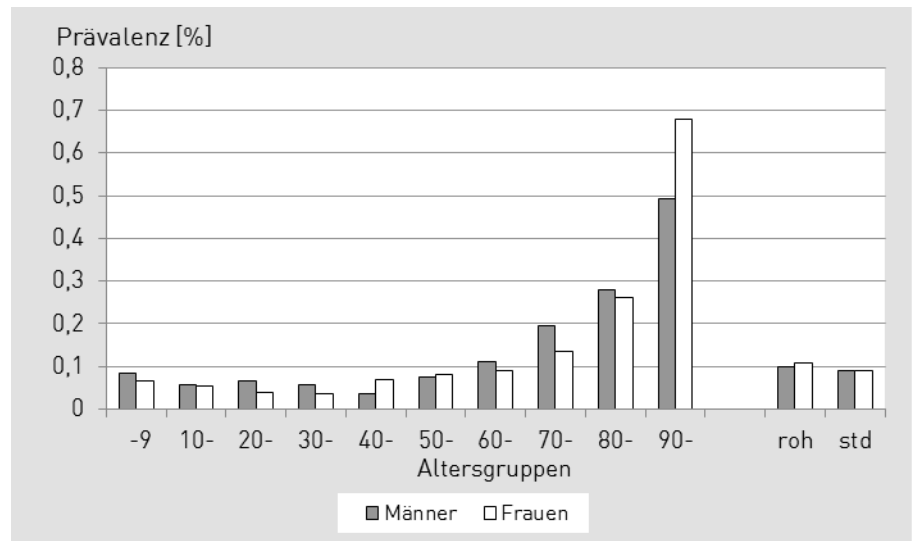
Alters- gruppe [Jahre]	Wundpatienten »enge« Definition					
	Administrative Prävalenz				Gesamt	
	Männer		Frauen		[n]	[%]
	[n]	[%]	[n]	[%]		
-9	8	0,07	7	0,07	15	0,07
10-	3	0,03	0	0,00	3	0,01
20-	1	0,01	1	0,01	2	0,01
30-	0	0,00	0	0,00	0	0,00
40-	1	0,01	1	0,01	2	0,01
50-	0	0,00	2	0,01	2	0,01
60-	1	0,01	1	0,01	2	0,01
70-	3	0,02	0	0,00	3	0,01
80-	0	0,00	2	0,02	2	0,01
90-	0	0,00	0	0,00	0	0,00
roh	17	0,01	14	0,01	31	0,01
std		0,01		0,01		0,01

Werte Versichertenstichprobe gesamt standardisiert auf die Alters- und Geschlechtsverteilung der Bevölkerung Deutschlands (Stand: 31.12.2012)

© PMV 2015

Abb. 8

**Schätzung der administrativen Prävalenz für »chronische Wunden bei anderen Krankheiten« (enge Definition) in 2012 nach Altersgruppe und Geschlecht**



Andere Wunden: Entzündungen, Abszesse und andere Infektionen, Amputationswunden, postoperative Wunden bei bösartigen Neubildungen

© PMV 2015

**Daten zu Abb. 8**

Alters- gruppe [Jahre]	Wundpatienten »enge« Definition					
	Administrative Prävalenz				Gesamt	
	Männer		Frauen		[n]	[%]
	[n]	[%]	[n]	[%]		
-9	9	0,08	7	0,07	16	0,08
10-	7	0,06	6	0,05	13	0,06
20-	8	0,07	5	0,04	13	0,05
30-	8	0,06	5	0,04	13	0,05
40-	7	0,04	12	0,07	19	0,05
50-	14	0,08	14	0,08	28	0,08
60-	17	0,11	14	0,09	31	0,10
70-	31	0,20	26	0,14	57	0,16
80-	18	0,28	33	0,26	51	0,27
90-	4	0,49	22	0,68	26	0,64
roh	123	0,10	144	0,11	267	0,10
std		0,09		0,09		0,09

Werte Versichertenstichprobe gesamt standardisiert auf die Alters- und Geschlechtsverteilung der Bevölkerung Deutschlands (Stand: 31.12.2012)

© PMV 2015

## 4.3

**Charakterisierung von Patienten mit chronischen Wunden**

Es folgt eine Charakterisierung der Patienten mit Wundbehandlung (»weite« Definition) bzw. mit chronischen Wunden (»enge« Definition) hinsichtlich des Ausmaßes an Komorbidität. Hierzu werden die folgenden Kennzahlen ausgewiesen:

- Charlson Index [27]
- Anteil mit Multimorbidität, definiert als Versicherte mit mehr als drei Diagnose(gruppen) jeweils in mindestens drei Quartalen des Beobachtungsjahres
- Anteil mit Multimedikation, definiert als Anteil der chronischen Wundpatienten mit fünf und mehr verschiedenen ATC 7-Stellern (ohne Varia) in jedem der vier Quartale des Beobachtungsjahres

Patienten mit chronischen Wunden haben einen viermal so hohen Charlson-Index als ihre alters- und geschlechtsgleiche Kontrollgruppe (Tab. 72). Rund 85% sind nach Definition als multimorbide einzustufen, in der Kontrollgruppe waren es 52% (Tab. 73). Rund 40% der chronischen Wundpatienten erhielten nach Definition eine Multimedikation (Kontrollen: 10%) (Tab. 74).

Tab. 72

**Charlson-Index für Wundpatienten nach Indikationsbereich**

	Wundpatienten »weite« Definition		
	Charlson-Index		Faktor (F:K)
	Fälle (F)	Kontrolle (K)	
Dekubitus	3,5	1,0	3,4
Ulcus cruris	3,2	0,9	3,7
Diabetischer Fuß	4,8	0,9	5,1
Posttraumatische Wunden	2,4	0,6	3,8
Verbrennung/Verätzung	0,9	0,3	2,9
Andere	2,9	0,7	4,1
Gesamt	2,7	0,7	3,6

	Wundpatienten »enge« Definition		
	Charlson-Index		Faktor (F:K)
	Fälle (F)	Kontrolle (K)	
Dekubitus	3,8	1,0	3,7
Ulcus cruris	3,7	0,9	4,1
Diabetischer Fuß	5,1	1,0	5,3
Posttraumatische Wunden	3,6	0,8	4,4
Verbrennung/Verätzung	1,6	0,4	3,9
Andere	3,8	0,8	4,7
Gesamt	3,5	0,9	4,0

Werte Versichertenstichprobe gesamt standardisiert auf die Alters- und Geschlechtsverteilung der Bevölkerung Deutschlands (Stand: 31.12.2012)

© PMV 2015

**Tab. 73 Anteil mit Multimorbidität unter den Wundpatienten nach Indikationsbereich**

	Wundpatienten »weite« Definition Multimorbidität					
	Fälle		Kontrolle		Exzess [%] (F-K)	Faktor (F:K)
	Anzahl	Anteil [%] (F)	Anzahl	Anteil [%] (K)		
Dekubitus	1.597	76,9	1.187	57,1	19,7	1,3
Ulcus cruris	4.518	84,4	2.854	53,3	31,1	1,6
Diabetischer Fuß	1.783	89,6	1.100	55,3	34,3	1,6
Posttraumatische Wunden	2.503	68,6	1.480	40,5	28,0	1,7
Verbrennung/Verätzung	102	38,5	57	21,5	17,0	1,8
Andere	2.936	71,1	1.833	44,4	26,7	1,6
<b>Gesamt</b>	<b>7.428</b>	<b>72,1</b>	<b>4.739</b>	<b>46,0</b>	<b>26,1</b>	<b>1,6</b>

	Wundpatienten »enge« Definition Multimorbidität					
	Fälle		Kontrolle		Exzess [%] (F-K)	Faktor (F:K)
	Anzahl	Anteil [%] (F)	Anzahl	Anteil [%] (K)		
Dekubitus	1.042	86,1	680	56,2	29,9	1,5
Ulcus cruris	2.158	89,3	1.338	55,4	33,9	1,6
Diabetischer Fuß	961	92,9	581	56,1	36,7	1,7
Posttraumatische Wunden	1.109	83,8	657	49,7	34,2	1,7
Verbrennung/Verätzung	31	52,5	15	25,4	27,1	2,1
Andere	1.250	84,7	744	50,4	34,3	1,7
<b>Gesamt</b>	<b>3.077</b>	<b>84,6</b>	<b>1.886</b>	<b>51,8</b>	<b>32,7</b>	<b>1,6</b>

Werte Versichertenstichprobe gesamt standardisiert auf die Alters- und Geschlechtsverteilung der Bevölkerung Deutschlands (Stand: 31.12.2012) © PMV 2015

**Tab. 74 Anteil mit Multimedikation unter den Wundpatienten nach Indikationsbereich**

	Wundpatienten »weite« Definition					
	Fälle		Kontrolle		Exzess [%] (F-K)	Faktor (F:K)
	Anzahl	Anteil [%] (F)	Anzahl	Anteil [%] (K)		
Dekubitus	702	33,8	230	11,1	22,7	3,1
Ulcus cruris	1.980	37,0	514	9,6	27,4	3,9
Diabetischer Fuß	1.073	53,9	181	9,1	44,8	5,9
Posttraumatische Wunden	971	26,6	273	7,5	19,1	3,6
Verbrennung/Verätzung	31	11,7	13	4,9	6,8	2,4
Andere	1.212	29,3	316	7,6	21,7	3,8
<b>Gesamt</b>	<b>3.024</b>	<b>29,3</b>	<b>859</b>	<b>8,3</b>	<b>21,0</b>	<b>3,5</b>

	Wundpatienten »enge« Definition					
	Fälle		Kontrolle		Exzess [%] (F-K)	Faktor (F:K)
	Anzahl	Anteil [%] (F)	Anzahl	Anteil [%] (K)		
Dekubitus	488	40,3	133	11,0	29,3	3,7
Ulcus cruris	1.063	44,0	249	10,3	33,7	4,3
Diabetischer Fuß	598	57,8	91	8,8	49,0	6,6
Posttraumatische Wunden	541	40,9	107	8,1	32,8	5,1
Verbrennung/Verätzung	12	20,3	3	5,1	15,3	4,0
Andere	616	41,7	135	9,1	32,6	4,6
<b>Gesamt</b>	<b>1.471</b>	<b>40,4</b>	<b>354</b>	<b>9,7</b>	<b>30,7</b>	<b>4,2</b>

Werte Versichertenstichprobe gesamt standardisiert auf die Alters- und Geschlechtsverteilung der Bevölkerung Deutschlands (Stand: 31.12.2012) © PMV 2015

## 5.1

## Fragestellungen

Im Folgenden werden erste orientierende Grundaussagen zur Inanspruchnahme verschiedener Leistungen durchgeführt. Um einen Hinweis zu erhalten, welche Inanspruchnahme aufgrund der chronischen Wunden erfolgt, werden Patienten mit chronischen Wunden mit alters- und geschlechtsgleicher Paarlingen verglichen. Es werden hier nur die Ergebnisse bei Anwendung der engen Definition dargestellt.

Folgende Inanspruchnahmeparameter werden ausgewiesen:

- Arztkontakt nach Arztgruppen
- Arzneimittelverordnungen nach ATC-Hauptgruppen
- Verordnung von Verbandstoffen
- Stationäre Aufenthalte
- Verordnung häuslicher Krankenpflege
- Pflegeleistungen nach Art und Stufe

Die Darstellung erfolgt für die oben genannten Diagnosegruppen.

## 5.2

## Vertragsärztliche Versorgung

Tab. 75 zeigt die Top-10-Rangliste der Fachgruppen der Ärzte, die im Vergleich zur Kontrollgruppe im Jahr 2012 deutlich häufiger von Patienten mit chronischen Wunden aufgesucht wurden.

Tab. 75

**Fachgruppe der in Anspruch genommenen Ärzte bei Wundpatienten und ihren Kontrollen (Rangliste 1-10 sortiert nach Exzess)**

Arztfachgruppe	Vertragsärztliche Versorgung (EBM)					
	Anzahl	Anteil [%] (F)	Anzahl	Anteil [%] (K)	Exzess (F-K)	Faktor (F/K)
Laboratoriumsmedizin	2.209	60,7	1.316	36,2	24,5	1,7
Mikrobiologie	783	21,5	206	5,7	15,9	3,8
Allgemeinmediziner (Hausarzt)	3.221	88,5	2.672	73,4	15,1	1,2
Poliklinik/Krankenhaus/Institut	779	21,4	253	7,0	14,5	3,1
Internist (Hausarzt)	1.453	39,9	981	27,0	13,0	1,5
Hautarzt	751	20,6	338	9,3	11,3	2,2
Chirurgie	515	14,2	169	4,6	9,5	3,0
Unfallchirurgie	408	11,2	141	3,9	7,3	2,9
Notdienst	383	10,5	137	3,8	6,8	2,8
Allgemeinmediziner	435	12,0	195	5,4	6,6	2,2

Population: n=3.639 Patienten mit chronischen Wunden (»enge« Definition) und ihre Kontrollen  
 Werte Versichertenstichprobe gesamt standardisiert auf die Alters- und Geschlechtsverteilung der Bevölkerung Deutschlands (Stand: 31.12.2012)

© PMV 2015



Im Gegensatz zu Tab. 75 werden in der folgenden Tab. 76 nur Ärzte in die Analyse einbezogen, die einen wundrelevanten ICD-Kode dokumentiert haben. Die Tabelle zeigt, dass wundrelevante Diagnosen neben dem Hausarzt am häufigsten vom Hautarzt (13% der Wundpatienten), Chirurgen (9%), von der Poliklinik/ Krankenhaus (7%) und von der Gefäß- und Unfallchirurgie (7% bzw. 6%) dokumentiert wurden. Differenziert man die Patienten mit chronischen Wunden nach Indikationsbereichen wird der Hautarzt am häufigsten von Patienten mit Ulcus cruris und anderen Indikationen aufgesucht, Poliklinik/Krankenhaus von Patienten mit Verbrennung/Verätzung und die Chirurgie/Unfallchirurgie von Patienten mit anderen Wunden.

**Tab. 76 Fachgruppe der Diagnosen stellenden Ärzte: Anteil [%] mit Diagnose nach Wundpatienten der Indikationsbereiche (Rangliste 1-10; sortiert nach Gesamt)**

Arztgruppe	Patienten mit chronischen Wunden der Indikationsbereiche						Gesamt
	Dekubitus n=1.210	Ulcus cruris n=2.373	Diab. Fuß n=1.025	Post-traumat. n=1.304	Verbrennung n=59	Andere n=206	
Allgemeinmediziner (Hausarzt)	78,7	83,1	82,2	69,4	35,5	62,9	78,5
Internist (Hausarzt)	27,8	31,4	47,2	19,2	22,6	21,0	30,8
Hautarzt	5,0	17,9	10,0	9,0	3,2	18,0	12,9
Praktischer Arzt (Hausarzt)	8,9	9,6	8,5	8,2	6,5	7,5	8,9
Chirurgie	2,9	9,6	9,7	8,2	9,7	15,0	8,6
Poliklinik/Krankenhaus/Institut	4,2	5,9	8,8	13,4	19,4	4,9	6,8
Gefäßchirurgie	2,0	9,3	9,8	1,7	0,0	1,9	6,6
Unfallchirurgie	4,4	6,3	7,5	5,2	6,5	9,0	5,9
Internist	1,9	4,9	11,5	3,0	3,2	3,0	5,2
Orthopädie	1,2	3,8	6,0	2,5	0,0	3,4	3,5

Population: n=3.639 Patienten mit chronischen Wunden (»enge« Definition) und ihre Kontrollen  
 Werte Versichertenstichprobe gesamt standardisiert auf die Alters- und Geschlechtsverteilung der Bevölkerung Deutschlands (Stand: 31.12.2012)

© PMV 2015

## 5.3

## Arzneimittel

Tab. 77ff zeigt das Verordnungsspektrum für Patienten mit chronischen Wunden im Vergleich zu ihrer Kontrollgruppe (sortiert nach Faktor Fälle:Kontrollen). Wie erwartet stehen ICD-Kapitel, in denen Wundbehandlungsmittel und Verbände kodiert sind, auf den ersten Rängen.

Tab. 77

**Arzneimittelverordnungen bei Wundpatienten nach ATC-Hauptgruppen (ATC-1-Steller)**

ATC-1-Steller		Arzneimittelverordnungen					
		Fälle		Kontrolle		Exzess (F-K)	Faktor (F:K)
		Anzahl	Anteil [%] (F)	Anzahl	Anteil [%] (K)		
V	VARIA	3.322	91,3	415	11,4	79,9	8,0
D	DERMATIKA	2.154	59,2	477	13,1	46,1	4,5
B	BLUT UND BLUT BILDENDE ORGANE	2.011	55,3	602	16,5	38,7	3,3
P	ANTIPARASITÄRE MITTEL, INSEKTIZIDE UND REPELLENZIEN	122	3,4	44	1,2	2,1	2,8
L	ANTINEOPLASTISCHE UND IMMUNMODULIERENDE MITTEL	172	4,7	66	1,8	2,9	2,6
J	ANTIINFECTIVA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG	2.431	66,8	1.040	28,6	38,2	2,3
A	ALIMENTÄRES SYSTEM UND STOFFWECHSEL	2.788	76,6	1.239	34,0	42,6	2,3
H	SYSTEMISCHE HORMONPRÄPARATE, EXKL. SEXUALHORMONE UND INSULINE	1.509	41,5	757	20,8	20,7	2,0
N	NERVENSYSTEM	2.710	74,5	1.442	39,6	34,8	1,9
R	RESPIRATIONSTRAKT	962	26,4	551	15,1	11,3	1,7
M	MUSKEL- UND SKELETTSYSTEM	1.944	53,4	1.272	35,0	18,5	1,5
S	SINNESORGANE	704	19,3	511	14,0	5,3	1,4
C	KARDIOVASKULÄRES SYSTEM	3.085	84,8	2.308	63,4	21,4	1,3
G	UROGENITALSYSTEM UND SEXUALHORMONE	510	14,0	421	11,6	2,4	1,2

Population: n=3.639 Patienten mit chronischen Wunden (»enge« Definition) und ihre Kontrollen

© PMV 2015

Werte Versichertenstichprobe gesamt standardisiert auf die Alters- und Geschlechtsverteilung der Bevölkerung Deutschlands (Stand: 31.12.2012)

## 5.3.1

**Verbandsstoffe**

Rund 86% der Patienten mit chronischen Wunden erhielten Verbandstoffe verordnet (Tab. 78). Einbezogen wurden hier: Medizinische Verbände (ATC D09), Pflaster (V07AA), Verbandmittel (V07AG), Verbandmittel/Pflaster ohne Pharmazentralnummer (V07AW), Wundverbände (V20).

Tab. 78

**Verordnung von Verbandstoffen bei Wundpatienten**

	Fälle		Verbandsmittel			
	Anzahl	Anteil [%] (F)	Kontrolle		Exzess [%] (F-K)	Faktor (F:K)
			Anzahl	Anteil [%] (K)		
Dekubitus	1.112	91,9	37	3,1	88,8	30,1
Ulcus cruris	2.163	89,5	56	2,3	87,2	38,6
Diabetischer Fuß	899	86,9	16	1,5	85,3	56,2
Posttraumatische Wunden	1.103	83,4	28	2,1	81,3	39,4
Verbrennung/Verätzung	42	71,2	1	1,7	69,5	42,0
Andere	1.276	86,4	25	1,7	84,8	51,0
<b>Gesamt</b>	<b>3.131</b>	<b>86,0</b>	<b>84</b>	<b>2,3</b>	<b>83,7</b>	<b>37,3</b>

Population: n=3.639 Patienten mit chronischen Wunden (»enge« Definition) und ihre Kontrollen  
 Werte Versichertenstichprobe gesamt standardisiert auf die Alters- und Geschlechtsverteilung der Bevölkerung Deutschlands (Stand: 31.12.2012)

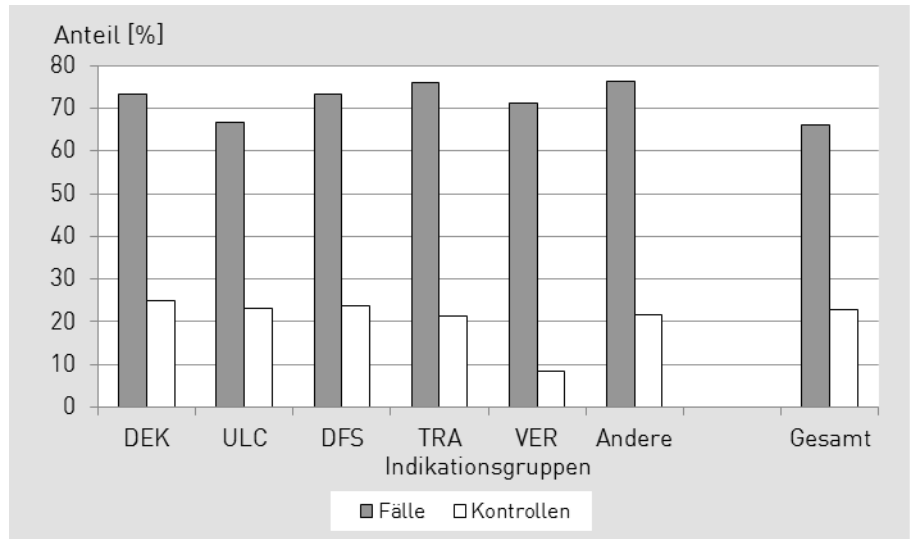
© PMV 2015

## 5.4

**Stationäre Versorgung**

Rund zwei Drittel (66%) der Patienten mit chronischen Wunden hatten 2012 einen stationären Aufenthalt (Abb. 9). Dieser Anteil lag dreimal so hoch im Vergleich zur Kontrollgruppe (22%).

Abb. 9

**Stationäre Aufenthalte bei Wundpatienten**

Population: n=3.639 Patienten mit chronischen Wunden (»enge« Definition) und ihre Kontrollen © PMV 2015

**Daten zu Abb. 9**

	Stationärer Aufenthalt					
	Fälle		Kontrolle		Exzess [%] (F-K)	Faktor (F:K)
	Anzahl	Anteil [%] (F)	Anzahl	Anteil [%] (K)		
Dekubitus	888	73,4	300	24,8	48,6	3,0
Ulcus cruris	1.610	66,6	561	23,2	43,4	2,9
Diabetischer Fuß	759	73,3	247	23,9	49,5	3,1
Posttraumatische Wunden	1.004	75,9	283	21,4	54,5	3,5
Verbrennung/Verätzung	42	71,2	5	8,5	62,7	8,4
Andere	1.124	76,2	318	21,5	54,6	3,5
<b>Gesamt</b>	<b>2.407</b>	<b>66,1</b>	<b>829</b>	<b>22,8</b>	<b>43,4</b>	<b>2,9</b>

Population: n=3.639 Patienten mit chronischen Wunden (»enge« Definition) und ihre Kontrollen

© PMV 2015

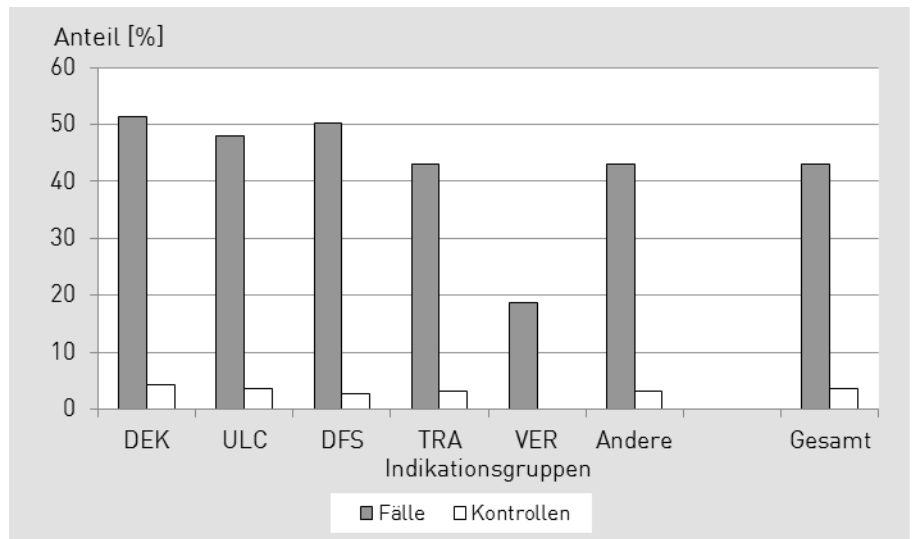
Werte Versichertenstichprobe gesamt standardisiert auf die Alters- und Geschlechtsverteilung der Bevölkerung Deutschlands (Stand: 31.12.2012)

## 5.5

**Häusliche Krankenpflege**

Der Anteil der Patienten mit chronischen Wunden, die Leistungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege erhielten, lag elfmal so hoch im Vergleich zur Kontrollgruppe (Abb. 10).

Abb. 10

**Verordnung häuslicher Krankenpflege bei Wundpatienten**

Population: n=3.639 Patienten mit chronischen Wunden (»enge« Definition) und ihre Kontrollen © PMV 2015

**Daten zu Abb. 10**

	Häusliche Krankenpflege					
	Fälle		Kontrolle		Exzess [%] (F-K)	Faktor (F:K)
	Anzahl	Anteil [%] (F)	Anzahl	Anteil [%] (K)		
Dekubitus	622	51,4	53	4,4	47,0	11,7
Ulcus cruris	1.161	48,1	85	3,5	44,5	13,7
Diabetischer Fuß	521	50,3	27	2,6	47,7	19,3
Posttraumatische Wunden	568	42,9	42	3,2	39,8	13,5
Verbrennung/Verätzung	11	18,6	0	0,0	18,6	
Andere	635	43,0	46	3,1	39,9	13,8
<b>Gesamt</b>	<b>1.565</b>	<b>43,0</b>	<b>134</b>	<b>3,7</b>	<b>39,3</b>	<b>11,7</b>

Population: n=3.639 Patienten mit chronischen Wunden und ihre Kontrollen

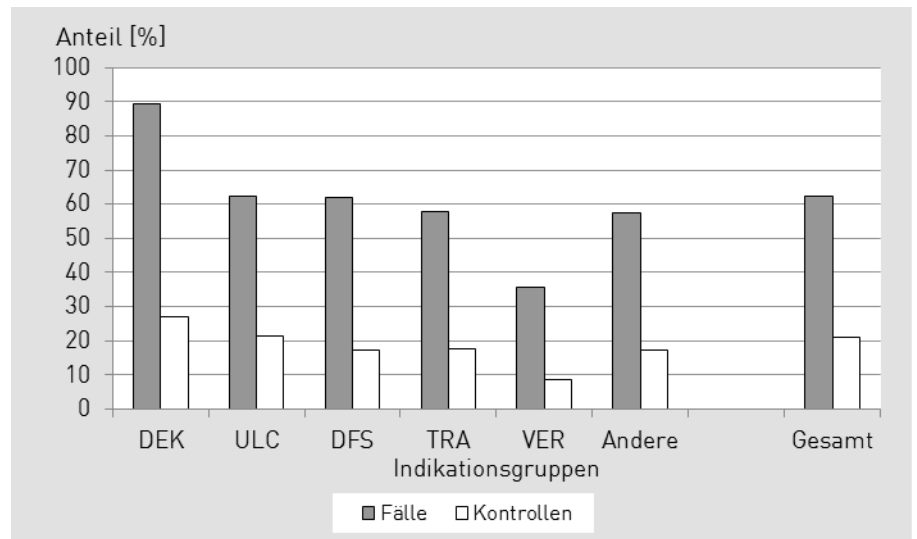
© PMV 2015

Werte Versichertenstichprobe gesamt standardisiert auf die Alters- und Geschlechtsverteilung der Bevölkerung Deutschlands (Stand: 31.12.2012)

## 5.6 Pflege

Knapp zwei Drittel (63%) der Patienten mit chronischen Wunden hatten 2012 Leistungen der Pflegeversicherung (SGB XI) in Anspruch genommen (Abb. 11). Tab. 79 zeigt die Pflegeeinstufung, Tab. 80 die Pflegeart und Tab. 81 das Leistungsspektrum.

**Abb. 11 Anteil der Wundpatienten mit Pflegeleistungen (SGB XI)**



Population: n=3.639 Patienten mit chronischen Wunden (»enge« Definition) und ihre Kontrollen © PMV 2015

### Daten zu Abb. 11

	Pflege (SGB XI)					
	Fälle		Kontrolle		Exzess [%] (F-K)	Faktor (F:K)
	Anzahl	Anteil [%] (F)	Anzahl	Anteil [%] (K)		
Dekubitus	1.080	89,3	327	27,0	62,2	3,3
Ulcus cruris	1.506	62,3	518	21,4	40,9	2,9
Diabetischer Fuß	643	62,1	177	17,1	45,0	3,6
Posttraumatische Wunden	765	57,8	235	17,8	40,1	3,3
Verbrennung/Verätzung	21	35,6	5	8,5	27,1	4,2
Andere	849	57,5	255	17,3	40,2	3,3
<b>Gesamt</b>	<b>2.273</b>	<b>62,5</b>	<b>769</b>	<b>21,1</b>	<b>41,3</b>	<b>3,0</b>

Population: n=3.639 Patienten mit chronischen Wunden (»enge« Definition) und ihre Kontrollen  
Werte Versichertenstichprobe gesamt standardisiert auf die Alters- und Geschlechtsverteilung der Bevölkerung Deutschlands (Stand: 31.12.2012)

© PMV 2015

**Tab. 79 Anteil der Wundpatienten mit Pflegeleistungen (SGB XI) nach Pflegestufe**

Stufe	Leistungen der Pflegeversicherung (SGB XI)					
	Fälle		Kontrolle		Exzess (F-K)	Faktor (F:K)
	Anzahl	Anteil [%] (F)	Anzahl	Anteil [%] (K)		
1	724	19,9	403	11,1	8,8	1,8
2	914	25,1	239	6,6	18,5	3,8
3	593	16,3	114	3,1	13,2	5,2
1-3	2.231	61,3	756	20,8	40,5	3,0

Population: n=3.639 Patienten mit chronischen Wunden (»enge« Definition) und ihre Kontrollen © PMV 2015

Werte Versichertenstichprobe gesamt standardisiert auf die Alters- und Geschlechtsverteilung der Bevölkerung Deutschlands (Stand: 31.12.2012)

**Tab. 80 Anteil der Wundpatienten mit Pflegeleistungen (SGB XI) nach Pflegeart**

Pflegeart	Leistungen der Pflegeversicherung (SGB XI)					
	Fälle		Kontrolle		Exzess (F-K)	
	Anzahl	Anteil [%] (F)	Anzahl	Anteil [%] (K)		
Geldleistung	768	21,1	352	9,7	11,4	2,2
Sachleistung	663	18,2	133	3,7	14,6	5,0
Stationäre Pflege	824	22,6	276	7,6	15,1	3,0
Gesamt	2.255	62,0	761	20,9	41,1	3,0

Population: n=3.639 Patienten mit chronischen Wunden (»enge« Definition) und ihre Kontrollen © PMV 2015

Werte Versichertenstichprobe gesamt standardisiert auf die Alters- und Geschlechtsverteilung der Bevölkerung Deutschlands (Stand: 31.12.2012)

**Tab. 81 Anteil der Wundpatienten mit Pflegeleistungen (SGB XI) nach Leistungsarten**

Pflegeart	Leistungen der Pflegeversicherung (SGB XI)					
	Fälle		Kontrolle		Exzess (F-K)	Faktor (F:K)
	Anzahl	Anteil [%] (F)	Anzahl	Anteil [%] (K)		
Geldleistung	1.520	41,8	500	13,7	28,0	3,0
Technische Hilfsmittel	860	23,6	168	4,6	19,0	5,1
Stationäre Pflege	824	22,6	276	7,6	15,1	3,0
Sachleistung	775	21,3	145	4,0	17,3	5,3
Demenz	725	19,9	238	6,5	13,4	3,0
Pflegehilfsmittel	695	19,1	113	3,1	16,0	6,2
Verhinderungspflege	426	11,7	95	2,6	9,1	4,5
Beratungsbesuch	378	10,4	137	3,8	6,6	2,8
Kurzzeitpflege	377	10,4	88	2,4	7,9	4,3
Beitragszuschuss zur sozialen Sicherung d. Pflegepersonen	347	9,5	95	2,6	6,9	3,7
Verbesserung Wohnumfeld	64	1,8	12	0,3	1,4	5,3
Tages- und Nachtpflege	43	1,2	14	0,4	0,8	3,1
Pflegekurs	2	0,1	0	0,0	0,1	
Erstattung Stationäre Pflege	1	0,0	0	0,0	0,0	

Population: n=3.639 Patienten mit chronischen Wunden («enge» Definition) und ihre Kontrollen

© PMV 2015

Werte Versichertenstichprobe gesamt standardisiert auf die Alters- und Geschlechtsverteilung der Bevölkerung

Deutschlands (Stand: 31.12.2012)

Pflegeart Demenz: Zusatzleistungen zur Pflege bei Demenzpatienten



Kodierung in der ICD	Offene Wunden sind mit der ICD-10 zurzeit nur unzureichend abgebildet. Für zahlreiche Behandlungssituationen mit offenen Wunden gibt es keine ICD. Die Kodierung ist daher nicht eindeutig und ist von der Ätiologie der Wunde abhängig. So gibt es Wunden, die als solche in der ICD klassifiziert werden können. Dazu gehören Druckulzera (Dekubitus), traumatische Wunden, Verbrennungen und spezielle Hautkrankheiten. Bei anderen Wunden – und diese machen die Mehrzahl chronischer Wunden aus – können die Wundpatienten nur über ICD-Kodes für Krankheiten, bei denen die Wunden als Folge oder Komplikation möglich sind, identifiziert werden. Hier wird primär die Krankheit als ICD-Diagnose kodiert und evtl. als Sekundärkode die Wunde mittels eines Komplikationskodes (aus den ICD-Kapiteln T oder S) kodiert. Dazu gehören periphere AVK, Varizen und diabetische Wunden.
Definition von Patienten mit chronischen Wunden	In der vorliegenden Untersuchung wurden Patienten mit Wundbehandlung bzw. mit chronischen Wunden auf der Basis von GKV-Daten identifiziert. Es wurden ICD-Kodes identifiziert, die entweder Wunden explizit oder die Krankheiten, die der Wunde zugrunde liegen, kodieren. Die Chronizität wurden auf der Basis der wundrelevanten Verordnungen und Leistungen festgelegt. Eine chronische Wunde lag vor, wenn in einem Quartal eine wundrelevante Diagnose zusammen mit einer wundrelevanten Verordnung/Leistung dokumentiert war und mindestens zwei Verordnungen/Leistungen im Abstand von mindestens acht Wochen vorlagen. Ein Versicherter wurde als Patient mit chronischer Wunde definiert, wenn er in mindestens einem Quartal diese Bedingung erfüllte.
Mehrfachkodierung: Zuordnungsprobleme	Es zeigte sich, dass bei den definierten chronischen Wundpatienten häufig ICD-Kodes aus mehreren Indikationsbereichen dokumentiert waren und diese Patienten nach Definition in mehreren Indikationsbereichen berücksichtigt wurden. Aus diesem Grund wurden in diesen Fällen an die jeweilige Zuordnung noch weitere Bedingungen geknüpft, u.a. die Wiederholung der Indikation bei einer Wundverordnung in einem weiteren Quartal sowie beispielsweise eine Zuordnung posttraumatischer Wunden nach Art der Wunde zu anderen Indikationsbereichen. Auf diese Weise konnte der Anteil der Patienten mit Wunden aus verschiedenen Indikationsbereichen reduziert werden. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass bei Patienten im Beobachtungszeitraum Wunden aus verschiedenen Indikationsgebieten vorliegen.
Schätzung der Behandlungsprävalenz	Nach dieser modifizierten Definition betrug die Prävalenz in der VSH 4,0% (Patienten mit Wundbehandlung) bzw. 1,4% (Patienten mit chronischer Wunde). Standardisiert auf die Alters- und Geschlechtsstruktur der Bevölkerung Deutschlands (Stand: 31.12.2012) lag die Behandlungsprävalenz bei 3,3% bzw. 1,1%. Hochgerechnet auf Deutschland ergaben sich 2,7 Mio. Wundpatienten (»weite« Definition), darunter rund 890.000 Patienten mit chronischen Wunden.

## Auswahl der ICD-Kodes

Neben den ICD-Kodes, die explizit Wunden benennen, wurden auch zahlreiche ICD-Kodes einbezogen, die nur die Krankheiten kodieren, die einer Wunde zugrunde liegen können. Die Wunde wurde dann über wundrelevante Verordnungen/Leistungen definiert. Dies führt möglicherweise zu einer Überschätzung der Prävalenz.

An Beispiel des Ulcus cruris sei dies dargestellt: Lässt man bei der Definition nur ICD-Kodes aus dem Indikationsbereich »Ulcus cruris« zu, die die Wunde explizit benennen (PMV-Kennzeichnung S), so würde die Behandlungsprävalenz von 5,3 pro 1.000 auf 4,8 pro 1.000 sinken (standardisiert).

Bei anderen Indikationsbereichen wiederum – wie beispielsweise die Indikationsbereiche »diabetischer Fuß« und »postoperative Wunden bei bösartigen Neubildungen« – gibt es keine ICD-Kodes, die eine Wunde explizit benennen. Selbst ICD-Kodes, die den diabetischen Fuß benennen, sagen noch nichts über das Vorhandensein einer offenen Wunde aus.

Würde man nur ICD-Kodes einbeziehen, die eine Wunde explizit nennen, so würde die Zahl der chronischen Wundpatienten von 3.639 auf 2.675 und die Prävalenz von 10,9 pro 1.000 auf 8,1 pro 1.000 Einwohner sinken (standardisiert).

## Auswahl wundrelevanter Leistungen/ Verordnungen

Die chronische Wunde wurde über wundrelevante Verordnungen/ Leistungen definiert. Voraussetzung für eine zuverlässige Schätzung ist die Vollständigkeit der Liste der einbezogenen Verordnungen/Leistungen. Sind nicht alle Wundverordnungen/-behandlungen erfasst, führt dies zu einer Unterschätzung der Prävalenz. Mittel GKV Daten können hier nur zu Lasten der GKV abgerechnete Verordnung/Leistungen einbezogen werden.

## Fazit

Mittels Routinedaten lassen sich Behandlungsprävalenzen für verschiedene Arten chronischer Wunden schätzen. Patienten können jedoch in mehreren Gruppen auftreten. Bei administrativen Prävalenz- und Inzidenzschätzungen kommt der Falldefinition deshalb immer eine hohe Bedeutung zu und sollte jeweils berichtet werden, da es keinen Standard zur Operationalisierung gibt. Der Vorteil der Daten besteht jedoch darin, dass die Angaben ohne Recall- und Selektionsbias – d. h. auch für Versicherte, die an Surveys oder klinischen Studien nicht teilnehmen könnten – vorliegen.

- 1 Arbeitsgruppe Erhebung und Nutzung von Sekundärdaten (AGENS) der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention: Gute Praxis Sekundärdatenanalyse (GPS). In: Swart E, Ihle P (Hrsg.): Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden, Perspektiven. Bern: Verlag Hans Huber 2005; 405-12.
- 2 Augustin M.-Die Zukunft der integrierten Wundversorgung. Vortrag (o.Datum) [http://www.uke.de/downloads/klinik-dermatologie-venereologie/2009-10-05\\_Wundversorgung\\_Augustin\\_HandOut.pdf](http://www.uke.de/downloads/klinik-dermatologie-venereologie/2009-10-05_Wundversorgung_Augustin_HandOut.pdf)
- 3 Boomsma A. Confidence Intervals for a Binomial Proportion. Department of Statistics & Measurement Theory, University of Groningen, The Netherlands 2005. <http://www.ppsw.rig.nl/~boomsma/confbin.pdf>, 30.8.2006
- 4 Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies. Development and validation. *J Chron Dis* 1987; 40(5):373-383
- 5 Deyo R, Cherikin D, Ciol M. Adapting a clinical comorbidity index for use with ICD-9-CM administrative databases. *Journal of Clinical Epidemiology*, 1992; 45:613-619.
- 6 Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.). ICD-10-GM. Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision – German Modification. Herausgegeben im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.
- 7 Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.) (2003). Operationen- und Prozedurenschlüssel nach §301 SGB V – Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin. Band 1: Systematisches Verzeichnis. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung unter Beteiligung der Arbeitsgruppe OPS des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG)
- 8 Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.). ICD-10-GM. Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision - German Modification. Herausgegeben im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Version 2007. URL: <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-10-gm/vorgaenger/version2007/systematik/x1gea2007.zip> (letzter Zugriff am 26. Juni 2009)
- 9 Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V. (Hrsg.). S3-Leitlinie: Lokaltherapie chronischer Wunden bei Patienten mit den Risiken periphere arterielle Verschlusskrankheit, Diabetes mellitus, chronisch venöse Insuffizienz. 2012: 1–287
- 10 DESTATIS. Bevölkerungsfortschreibung 2009. A1 Bevölkerung am 31.12.2012 nach Alters- und Geburtsjahren. Bevölkerung insgesamt. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2010
- 11 Feinstein AR. The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *J Chron Dis* 1970;23(7):455-768
- 12 Fricke U, Günther J, Zawinell A. Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Klassifikation mit Tagesdosen für den deutschen Arzneimittelmarkt herausgegeben vom Wissenschaftlichen Institut der AOK, 4. Auflage Bonn, April 2005
- 13 Gerste B, Gutschmidt S. Datenqualität von Diagnosedaten aus dem ambulanten Bereich. Kritische Anmerkungen am Beispiel Diabetes. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 2006; 3-4:29-43
- 14 Hauner H, Köster I, Ferber L von. Prävalenz des Diabetes mellitus in Deutschland 1998-2001. Sekundärdaten einer Versichertenprobe der AOK Hessen/KV Hessen. *Dtsch Med Wochenschr* 2003; 128:2632-2638
- 15 Hoffmann F, Icks A. Diabetes prevalence based on health insurance claims: Large differences between companies. *Diabetic Medicine* 2011; 28(8): 919–923
- 16 Ihle P, Köster I, Schubert I, Ferber Lv, Ferber Cv. GKV-Versichertenstichprobe. *Wirtschaft und Statistik*, 1999; Heft 9:742-749

- 17 Ihle P, Köster I, Herholz H, Rambow-Bertram P, Schardt T, Schubert I. Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen - Konzeption und Umsetzung einer personenbezogenen Datenbasis aus der Gesetzlichen Krankenversicherung. *Gesundheitswesen* 2005; 67:638-45
- 18 Kassenärztliche Bundesvereinigung. EBM und Gebührenordnung. Siehe <http://www.daris.kbv.de/daris.asp>
- 19 Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie: Diagnostik und Therapie des Ulcus cruris venosum. In: AWMF online; 2010
- 20 Maier-Hasselmann A, Wilm S: Epidemiologie. In: S3-Leitlinie: Lokalthherapie chronischer Wunden bei Patienten mit den Risiken periphere arterielle Verschlusskrankheit, Diabetes mellitus, chronisch venöse Insuffizienz. Edited by Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V.; 2012: 1–287
- 21 Purwins S, Herberger K, Debus ES et al. Cost-of-illness of chronic leg ulcers in Germany. *Int Wound J*. 2010 Apr;7(2):97-102 DOI: 10.1111/j.1742-481X.2010.00660.x
- 22 Quan H, Sundararajan V, Halfon P et al. Coding Algorithms for Defining Comorbidity in ICD-9-CM and ICD-10 Administrative Data. *Medical Care* 2005;43:1130-1139
- 23 Schneier B. Angewandte Kryptographie. Protokolle, Algorithmen und Sourcecode. Bonn [u.a.]: Addison-Wesley, 1996
- 24 Schubert I, Ihle P, Köster I. Verwendung von GKV-Diagnosen in der Sekundärdaten-forschung. In: Swart E, Ihle P (Hrsg.): Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden, Perspektiven. Bern: Verlag Hans Huber, 2005: 235-41
- 25 Schubert I, Ihle P, Köster S I. Interne Validierung von Diagnosen in GKV Routinedaten. Konzeption mit Beispielen und Falldefinition. *Gesundheitswesen* 2010. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0030-1249688>
- 26 Schubert I, Köster I. Krankheitsereignis: Operationalisierung und Falldefinition. Swart E, Ihle P, Gothe H, Matusiewicz D (Hrsg.): Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. 2. vollst. überarb. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber 2014 (im Druck)
- 27 Sundarajan V, Henderson T, Perry C, Muggivan A, Quan H, Ghali WA (2004): New ICD-10 version of the Charlson comorbidity index predicted in-hospital mortality. In: *Journal of Clinical Epidemiology* 57(12), 1288-1294
- 28 Swart E, Ihle P (Hrsg.): Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. Bern: Verlag Hans Huber 2005
- 29 Thiem U. Clearingstelle Versorgungsforschung NRW (Hrsg.). Definitionen und Konzepte von Multimorbidität. Tagung: (Multi-) Morbidität und Risikostrukturausgleich, Bochum, 28.01.2009. Verfügbar unter: <http://www.versorgungsforschung.nrw.de>
- 30 van den Akker M, Buntinx F, Knottnerus JA. Comorbidity or multimorbidity: What's in a name. A review of literature. *Eur J Gen Pract* 1996;2(2):65-70
- 31 Wilson, EB. Probable inference, the law of succession, and statistical inference. *Journal of the American Statistical Association* 1927;22:209-212

## 8.1

**Daten und verwendete Klassifikationssysteme**

Im Folgenden werden die in der vorliegenden Studie **verwendeten Variablen** der verschiedenen Datenbereiche beschrieben. In jedem Abschnitt finden sich eine oder mehrere Tabellen, in der die hier herangezogenen Variablen aufgelistet werden. Das Datenmaterial setzt sich zusammen aus verschiedenen Datensätzen, die über verschiedene Merkmale verknüpfbar sind, z. B. über die Identifikationsnummer (ID) des Versicherten, des Kassenarztes bzw. der Institution.

**Stammdaten**

Unter der Bezeichnung Stammdaten werden diejenigen Variablen zusammengefasst, die nicht das medizinische Versorgungsgeschehen, sondern den Versicherten hinsichtlich seiner soziodemographischen und versicherungstechnischen Merkmale beschreiben. Hierzu gehören in der Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen die folgenden Variablen, die in der vorliegenden Versorgungs- und Kostenanalyse genutzt wurden:

- Geschlecht
- Geburtsjahr (aus dem Geburtsdatum)
- Versicherungszeiten

Diese werden nachfolgend beschrieben und diskutiert.

**Variablen »Alter« und »Geschlecht«**

Die Variablen Alter und Geschlecht gelten als die Haupteinflussfaktoren auf die Morbidität und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Damit kommt der Aufbereitung dieser Variablen eine besondere Bedeutung zu. Innerhalb des AOK-Systems sind die Variablen »Geschlecht« und »Geburtsdatum« gespeichert und können für die Versichertenstichprobe genutzt werden. Noch innerhalb der AOK werden diese Daten vor Pseudonymisierung durch eine entsprechende Routinesoftware der PMV forschungsgruppe auf Plausibilität geprüft.

Nach Plausibilitätsprüfung und Herausnahme unplausibler Fälle (dieser Anteil liegt bei den bisher erhobenen Daten unter 5 Promille) wird für jede Identifikationsnummer das Geschlecht und das Geburtsjahr ausgelesen und nach Pseudonymisierung in die Versichertendatenbank der PMV forschungsgruppe übernommen. Über das Geburtsjahr kann in späteren Analysen das zum jeweiligen Auswertungszeitraum aktuelle Alter des Versicherten berechnet werden.

**File 1A: Demografische Information**

- Versicherten-ID
- Geburtsjahr
- Geschlecht

In der vorliegenden Studie werden die Variablen für die Darstellung der Prävalenz nach Alter und Geschlecht herangezogen. Darüber hinaus ist die Alters- und Geschlechtsverteilung für Standardisierungen notwendig. Die beiden

Variablen stellen Basisvariablen in den Sekundärdaten dar und sind u. E. valide erfasst.

Variable  
»Versicherungszeiten«

Die Versicherungszeiten, also solche Zeiten, in denen ein Leistungsanspruch besteht, werden nach SGB V § 288f für jeden Versicherten (Mitglied, Familienversicherte, Rentner) erhoben. Neben den eigentlichen Versicherungszeiten (Anfangs- und Enddatum) wird in der Versichertenstichprobe auch der Austrittsgrund »Tod« genutzt. Die Versicherungszeiten werden in erster Linie genutzt, um die Versicherten hinsichtlich der Dauer ihrer Anspruchsberechtigung zu klassifizieren (»durchgängig versichert«, »Eintreter«, »Austreter«, »Wechsler«). Diese Gruppenbildung ist notwendig, um die für die Berechnung von Anteilen notwendige Bezugsgröße – die »Grundgesamtheit« – bestimmen zu können.

Mit Hilfe der vorgenannten Variablen ist es möglich, für bestimmte Auswertungen spezifische Bezugspopulationen zu modellieren. Es kann z. B. die Bezugspopulation der »durchgängig Versicherten« zu Grunde gelegt werden, wenn versorgungsepidemiologische und gesundheitsökonomische Fragen bearbeitet werden sollen. Letzteres erfordert, dass ein Versicherter für den gesamten Untersuchungszeitraum beobachtbar ist. Dies ist nur gewährleistet, wenn der Versicherte durchgängig – hier bei der AOK – versichert ist, da nur in diesem Fall alle Informationen des Versorgungsgeschehens *lückenlos* erhoben werden können. Bei Versicherten mit *fehlenden* Versicherungszeiten dagegen sind über diesen Zeitraum keine Aussagen über die Inanspruchnahme von Leistungen möglich.

In der vorliegenden Studie werden die folgenden Variablen genutzt:

File 1B: Versicherungszeiten

- Versicherten-ID
- Kalenderdaten der Versicherungszeit
- Austrittsgrund

**Ambulante ärztliche  
Versorgung**

Die Daten der ambulanten ärztlichen Versorgung wurden versichertenbezogen ab 1993 nur in derjenigen Kassenärztlichen Vereinigung gespeichert, in der der behandelnde Arzt seinen Praxissitz hat. Eine versichertenbezogene Übermittlung dieser Daten erfolgte nach dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) an die Krankenkassen erst wieder ab dem Quartal I/2004. Die PMV forschungsgruppe erhält die Daten der ambulanten ärztlichen Versorgung weiterhin von der KV Hessen.

Für das hier durchgeführte Projekt wurden die folgenden Variablen herangezogen:

## File 3: Ambulante ärztliche Diagnosen

- Versicherten-ID
- Jahr
- Quartal
- Kassenarzt-ID
- Scheinnummer
- Berufsfachgruppe
- ICD-10 kodierte Diagnosen

## File 4: Ambulante ärztliche Leistungen

- Versicherten-ID
- Jahr
- Quartal
- Kassenarzt-ID
- Scheinnummer
- Berufsfachgruppe des abrechnenden Arztes
- Verarbeitungs(teil)fachgruppe (VFG-VTG) des abrechnenden Arztes
- Scheinart (z. B. Überweisung, Notfall)
- Leistung(sziffer) (EBM)
- Kalenderdatum der Leistungserbringung
- Häufigkeit der abgerechneten Leistungsziffer
- Kosten der Leistung [Euro]

Der Versicherten-, Arzt- und Quartalsbezug ermöglicht ein Record-Linkage zu anderen Sektoren der Versorgung. So können beispielsweise ärztliche Leistungen und Verordnungen von Arzneimitteln über diese Variablen zusammengeführt werden.

Im Folgenden werden drei Variablen ausführlich beschrieben, da sie eine wichtige Grundlage des hier vorliegenden Berichts sind: Die »Diagnose« stellt die Basis für die Definition von Versicherten mit einer Erkrankung dar. Die »Verarbeitungsfachgruppe« und die »Berufsfachgruppe«, die sich aus der Kassenarzt-ID generieren lässt, sowie die »Leistungsziffer« und das »Datum der Leistungserbringung« stellen wichtige Daten für die Untersuchung der Kodiergewohnheiten und der internen Diagnosevalidierung dar.

## Variable »Diagnose«

Diagnosen finden sich innerhalb des GKV-Systems in den Abrechnungsdaten der niedergelassenen Ärzte, aber auch noch in weiteren Profilen. Für den hier vorliegenden Bericht wurden neben den ambulanten ärztlichen Diagnosen die Diagnosen aus den stationären Aufenthalten verwendet, die weiter unten erörtert werden.

Im Rahmen des Abrechnungsverfahrens ist der Arzt verpflichtet, die abgerechneten Leistungsziffern durch die so genannten Abrechnungsdiagnosen zu begründen. Allerdings erfolgt die Dokumentation dieser Diagnosen nur quartalsbezogen, so dass eine Beziehung der Diagnose zu den mit Datum abgerechneten Leistungsziffern nicht direkt hergestellt werden kann.

### ICD-10 Klassifikation der Diagnosen

Die Dokumentation der Abrechnungsdiagnose erfolgte bis 1999 überwiegend im Klartext, nur ein geringer Teil der Ärzte nutzte bereits die Möglichkeit der Klassifizierung nach ICD. Ab dem Quartal I/2000 war diese Klassifizierung nach ICD-10 als Standard vorgeschrieben [6]. Für die Kodierung nach ICD-10 war das vierstellige System anzuwenden. Ab dem Quartal II/2004 können auch fünfstelligen Schlüsselnummern genutzt werden, allerdings ist diese Angabe fakultativ, es genügt in der ambulanten Versorgung weiterhin die vierstellige Verschlüsselung.

Im Rahmen der hier durchgeführten Studie wurden Diagnosedaten für den Zeitraum [KODE\_JJJ\_VON]-2012 herangezogen, eine Nachklassifizierung war deshalb nicht notwendig. Die für den Beobachtungszeitraum und die Fragestellung der hier vorliegenden Studie gültige Kodierung nach dem vierstelligen ICD bringt keine Einschränkung mit sich.

Problematisch im Umgang mit den ICD-kodierten ambulanten ärztlichen Diagnosen ist die Frage nach der Spezifität. Die ICD-Klassifikation bietet meistens mit der vierten Stelle »9« eine Restklasse »sonstige« oder »nicht näher bezeichnet« an.

Zur Kennzeichnung von Diagnoseangaben, die nicht eine erfolgte oder geplante Behandlung begründen sollen, sondern Leistungen vor Stellung einer gesicherten Diagnose, zum Ausschluss einer Erkrankung oder zur Verhütung eines Rezidivs, dienen folgende Diagnosezusätze:

- »V« = Verdacht auf/Ausschluss von
- »A« = ausgeschlossen
- »Z« = Zustand nach

Ab dem Quartal I/2004 gibt es einen vierten Zusatz zur Diagnosesicherheit:

- »G« = Gesicherte Diagnose.

Seit diesem Zeitpunkt muss jeder verschlüsselten Diagnose ein Kennzeichen für die Diagnosesicherheit angefügt sein.

Bisherige Auswertungen legen nahe, dass insbesondere von dem Modifikator »Verdacht auf« zu selten Gebrauch gemacht wird und sich daher auch unter den einmal genannten Diagnosen ohne Modifikator auch solche befinden, die als Verdachtsdiagnosen noch abgeklärt wurden.

### Variable »Berufsfachgruppe des Arztes«

Neben der Möglichkeit, über die pseudonymisierte Kassenzahl alle Versorgungsbereiche eines Patienten bei einem Arzt über einen bestimmten Zeitraum zusammenzuführen (z. B. Leistungen und Verordnungen von Arzneimitteln oder Sachleistungen), gibt die dritte und vierte Stelle der 7-stelligen Kassenzahl Auskunft über die Berufsfachgruppe des Arztes. Diese Angabe bleibt bei der Pseudonymisierung der Arztzahl erhalten.



Variable »Verarbeitungsfachgruppe des Arztes«	Weiter werden Angaben zur Verarbeitungsfachgruppe des abrechnenden Arztes gemacht, die von abrechnungstechnischer Relevanz sind. Diese Variablen ermöglichen z. B. auch eine Differenzierung nach hausärztlicher, fachärztlicher und Notfallbehandlung und internistischer Spezialisierung etc. (Gastroenterologen).
Variable »Leistungsziffer«	Bis Quartal I/2005 wurden die ärztlichen Leistungen als 4-stellige Leistungsziffern nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (Ziffern 1 bis 7999), Landes-KV-spezifisch (Ziffern 8000ff) oder KBV-spezifisch (KBV = Kassenärztliche Bundesvereinigung) (9000ff) oder auch EBM-abgewandelt (dann mit einem Buchstabenzusatz versehen) dokumentiert. Seit Quartal II/2005 ist die Leistungsziffer 5-stellig nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (Ziffern 01100 bis 40852), Landes-KV-spezifisch (Ziffern 80000ff) oder KBV-spezifisch (KBV = Kassenärztliche Bundesvereinigung) (90000ff) oder auch EBM-abgewandelt (dann mit einem Buchstabenzusatz versehen) (zu den verschiedenen Fassungen des EBM siehe [18]).
<b>Arzneimittel</b>	<p>Der Sektor »Arzneimittel« enthält alle ärztlich rezeptierten Verordnungen, die von den GKV-Versicherten in einer Apotheke eingelöst werden. Hierzu zählen auch die Btm-Rezepte sowie eine kleine Anzahl von Heil- und Hilfsmitteln, sofern diese über die Apotheken abgegeben werden. Heil- und Hilfsmittel werden in der Regel von nichtärztlichen Leistungserbringern abgegeben und finden sich dann normalerweise in der Sachleistungsdatenbank.</p> <p>Nicht erfasst hingegen sind in den GKV-Verordnungsdaten die »Privatverordnungen«, vor allem also Rezepte für nicht erstattungsfähige Medikamente, und der gesamte Bereich der Selbstmedikation. Dies ist bei geplanten Auswertungen entsprechend zu berücksichtigen. Ebenso wenig finden sich in den Verordnungsdaten die in stationären Einrichtungen verordneten Medikamente, da die Kostenerstattung nicht im Einzelbelegverfahren erfolgt, sondern in den jeweiligen Tagessätzen bzw. Pauschalen enthalten ist. Der GKV-Verordnungsdatenbankpool kann damit nicht mit dem Arzneimittelkonsum in einer betrachteten Bezugspopulation gleichgesetzt werden, da, wie oben dargelegt, zum einen einige Arzneimittel nicht enthalten sind (Privatrezepte, Selbstmedikation, stationäre Aufenthalte), zum anderen die im ambulanten ärztlichen Sektor verordneten Medikamente nicht vollständig eingenommen werden.</p> <p>Der Versicherten-, Arzt- und Quartalsbezug der ambulanten ärztlichen Daten ermöglicht ein Record-Linkage zu anderen Sektoren der Versorgung. So können beispielsweise ambulante ärztliche Diagnosen und Verordnungen von Arzneimitteln über diese Variablen zusammengeführt werden.</p>

## File 6A: Rezeptdaten I

- Versicherten-ID
- Jahr
- Quartal
- Kassenarzt-ID, der das Rezept ausstellt
- Berufsfachgruppe
- Rezept-ID
- Anzahl der Verordnungen
- Rezeptgesamtkosten [Euro]
- Zuzahlungsbetrag des Patienten [Euro]

## File 6B: Rezeptdaten II

- Rezept-ID
- Pharmazentralnummer (PZN) des Produktes<sup>1</sup>
- Anzahl der Verordnungen des Produktes
- Apothekenabgabepreis [Euro] des Produktes nach ABDA [ABDATA Pharma-Daten-Service, Eschborn]

## ATC-Klassifikation der Fertigarzneimittel

Die verordneten Medikamente und Hilfsmittel liegen als Pharmazentralnummer (PZN) kodiert vor. Über Schlüsselstabellen lassen sich weitere Angaben ergänzen. Für die hier vorliegende Auswertung wurde die folgende Schlüsselstabelle herangezogen: ABDA-Artikelstamm. Im ABDA-Artikelstamm werden diejenigen auf dem deutschen Markt befindlichen Fertigarzneimittel, sowie Verbands- und Hilfsmittel gelistet, die für die »Abgabe und Abrechnung von Arzneimitteln und anderen Artikeln des apothekenüblichen Sortiments ... notwendig sind« [ABDATA Pharma-Daten-Service, Eschborn].

Bei der ABDATA finden sich neben den Fertigarzneibezeichnungen auch technische Details, beispielsweise Lagerungshinweise (Lichtempfindlichkeit, Bruchgefahr) oder auch Angaben zur Größe der Umverpackung (Höhe, Breite, Gewicht) ebenso wie eine Verschlüsselung der Arzneimittel nach der Anatomisch-Therapeutisch-Chemischen (ATC)-Klassifikation für den deutschen Arzneimittelmarkt [12].

Mit der ATC-Klassifikation eng verbunden ist das Konzept der defined daily dose (DDD). Die DDD wird festgelegt als die "angenommene mittlere tägliche Erhaltungsdosis für die Hauptindikation eines Arzneimittels bei Erwachsenen". Ausnahmen stellen Arzneimittel dar, die nur bei Kindern angewandt werden. Die DDD wurde als eine technische Größe eingeführt, um den Arzneiverbrauch messbar und vor allen Dingen zeitlich wie regional und international vergleichbar zu machen. Die Richtlinien zur Ermittlung der DDD werden von der WHO festgelegt; auch hier erfolgten Ergänzungen in Bezug auf den deutschen Arzneimittelmarkt durch das WIdO (s. ausführlich [12]). Die PMV forschungsgruppe berechnet die Tagesdosen (DDD) für Medikamente nach den Grundregeln zur DDD-Festlegung, wie sie ausführlich von Fricke/Günther [12] dargestellt wurden.

### Stationäre Versorgung

Im stationären Sektor werden alle Arten von Inanspruchnahme stationärer Einrichtungen zusammengefasst. Neben Krankenhausaufenthalten werden hier Aufenthalte in Rehabilitationsstätten, Kurheimen und Sanatorien (Rehabilitation und Vorsorge), stationäre Dialysen etc. einbezogen. Über die Variable Sachbuchkonto kann nach Art des stationären Aufenthaltes differenziert werden.

Die folgenden Variablen werden in dieser Analyse verwendet:

#### File 8A: Stationäre Daten

- Versicherten-ID
- Fallnummer
- Institution-ID
- Aufnahmedatum
- Entlassungsdatum
- Aufnahmediagnose (ICD-10)
- Hauptentlassungsdiagnose (ICD-10)

#### File 8B: Stationäre Nebendiagnosen

- Versicherten-ID
- Fallnummer
- Institution-ID
- Aufnahmedatum
- Entlassungsdatum
- Nebendiagnose (ICD-10)

#### File 8C: OPS-Daten (Stationäre Operationen und Prozeduren)

- Versicherten-ID
- Fallnummer
- Institution-ID
- Aufnahmedatum
- Entlassungsdatum
- Operationsdatum
- ICPM-Code der Operation (nach amtlichem OPS)

Die wichtige Basisinformation eines stationären Aufenthaltes ist das Anfangs- und Ende-Datum, aus der sich die Dauer des Aufenthaltes ableiten lässt. Daneben sind auch die behandelnde stationäre Einrichtung (Institutionskennzeichen), die Aufnahme- und Entlassungsdiagnose, die (AOK-spezifische) Fallnummer und das Sachbuchkonto sowie die nach ICPM/OPS 301 abgerechneten Leistungen [7] gespeichert. Die Daten liegen in der Krankenkasse mit Bezug zum Versicherten vor. Dieser Versichertenbezug ermöglicht die Verknüpfung stationärer Daten mit soziodemografischen Daten (Stammdaten) sowie mit Angaben aus anderen Sektoren (Vertragsärztliche Leistungen/ Diagnosen, Arzneimittelverordnung etc.).

Variablen »Aufnahme-/Neben- und Hauptentlassungsdiagnosen«

Für die vorliegende Untersuchung wurden die stationären Aufnahme-, Hauptentlassungs- und Nebendiagnosen genutzt. Diese liegen für den Zeitraum der Studie nach ICD-10 verschlüsselt vor [6].

Auf Grund der Untersuchungen und Behandlung im Krankenhaus stellt die Hauptentlassungsdiagnose im Vergleich zu den Aufnahme- und Nebendiagnosen die im klinischen Sinne sicherere Diagnose dar. Die Hauptentlassungsdiagnose hat sich, das bestätigen auch andere Untersuchungen auf der Basis von GKV-Daten, als die primär genutzte Diagnose etabliert. So wird in Auswertungen zum Leistungsspektrum oder zur Krankenhausverweildauer die Entlassungsdiagnose als Basisvariable ebenso genutzt wie in der amtlichen Krankenhausdiagnosestatistik des Statistischen Bundesamtes.

Variablen »Aufnahmedatum«, »Entlassungsdatum«

Für die vorliegende Auswertung wurden Anfang und Ende des Aufenthalts herangezogen. Damit ist auch der zeitliche Bezug zum jeweiligen Beobachtungszeitraum herzustellen. Für eine quartalsbezogene Betrachtung der stationären Diagnosen wird für die Aufnahme- und Nebendiagnosen das Quartal der stationären Aufnahme (Aufnahmedatum) und für die Hauptentlassungsdiagnose das Quartal der stationären Entlassung (Entlassungsdatum) herangezogen.

Variable »Operationen- und Prozeduren (OPS)«

Die stationären Einrichtungen übermitteln auch Daten zu den durchgeführten Operationen und bestimmten Prozeduren (z. B. Diagnostik) an die Krankenkassen. Die Verschlüsselung erfolgt nach dem jeweils gültigen Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS), der von DIMDI im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums herausgegeben wird [7].

## 8.2 Diagnoseuntergruppen nach DIMDI

Tab. 82

**Diagnoseuntergruppen nach DIMDI [8]**

ICD-10	Bezeichnung
A00-A09	Infektiöse Darmkrankheiten
A15-A19	Tuberkulose
A20-A28	Bestimmte bakterielle Zoonosen
A30-A49	Sonstige bakterielle Krankheiten
A50-A64	Infektionen, die vorwiegend durch Geschlechtsverkehr übertragen werden
A65-A69	Sonstige Spirochätenkrankheiten
A70-A74	Sonstige Krankheiten durch Chlamydien
A75-A79	Rickettsiosen
A80-A89	Virusinfektionen des Zentralnervensystems
A90-A99	Durch Arthropoden übertragene Viruskrankheiten und virale hämorrhagische Fieber
B00-B09	Virusinfektionen, die durch Haut- und Schleimhautläsionen gekennzeichnet sind
B15-B19	Virushepatitis
B20-B24	HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]
B25-B34	Sonstige Viruskrankheiten
B35-B49	Mykosen
B50-B64	Protozoenkrankheiten
B65-B83	Helminthosen
B85-B89	Pedikulose [Läusebefall], Akarinoase [Milbenbefall] und sonstiger Parasitenbefall der Haut
B90-B94	Folgestände von infektiösen und parasitären Krankheiten
B95-B97	Bakterien, Viren und sonstige Infektionserreger als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind
B99-B99	Sonstige Infektionskrankheiten
C00-C97	Bösartige Neubildungen
D00-D09	In-situ-Neubildungen
D10-D36	Gutartige Neubildungen
D37-D48	Neubildungen unsicheren oder unbekanntes Verhaltens [siehe Hinweis]
D50-D53	Alimentäre Anämien
D55-D59	Hämolytische Anämien
D60-D64	Aplastische und sonstige Anämien
D65-D69	Koagulopathien, Purpura und sonstige hämorrhagische Diathesen
D70-D77	Sonstige Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe
D80-D90	Bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems
E00-E07	Krankheiten der Schilddrüse
E10-E14	Diabetes mellitus
E15-E16	Sonstige Störungen der Blutglukose-Regulation und der inneren Sekretion des Pankreas
E20-E35	Krankheiten sonstiger endokriner Drüsen
E40-E46	Mangelernährung
E50-E64	Sonstige alimentäre Mangelzustände

Fortsetzung folgt

## Fortsetzung Tab. 82

ICD-10	Bezeichnung
E65-E68	Adipositas und sonstige Überernährung
E70-E90	Stoffwechselstörungen
F00-F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F10-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F20-F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
F30-F39	Affektive Störungen
F40-F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F50-F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F60-F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F70-F79	Intelligenzstörung
F80-F89	Entwicklungsstörungen
F90-F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99-F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen
G00-G09	Entzündliche Krankheiten des Zentralnervensystems
G10-G13	Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
G20-G26	Extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen
G30-G32	Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems
G35-G37	Demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems
G40-G47	Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems
G50-G59	Krankheiten von Nerven, Nervenwurzeln und Nervenplexus
G60-G64	Polyneuropathien und sonstige Krankheiten des peripheren Nervensystems
G70-G73	Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
G80-G83	Zerebrale Lähmung und sonstige Lähmungssyndrome
G90-G99	Sonstige Krankheiten des Nervensystems
H00-H06	Affektionen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
H10-H13	Affektionen der Konjunktiva
H15-H22	Affektionen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
H25-H28	Affektionen der Linse
H30-H36	Affektionen der Aderhaut und der Netzhaut
H40-H42	Glaukom
H43-H45	Affektionen des Glaskörpers und des Augapfels
H46-H48	Affektionen des N. opticus und der Sehbahn
H49-H52	Affektionen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler
H53-H54	Sehstörungen und Blindheit
H55-H59	Sonstige Affektionen des Auges und der Augenhangsgebilde
H60-H62	Krankheiten des äußeren Ohres
H65-H75	Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
H80-H83	Krankheiten des Innenohres
H90-H95	Sonstige Krankheiten des Ohres

Fortsetzung folgt

## Fortsetzung Tab. 82

ICD-10	Bezeichnung
I00-I02	Akutes rheumatisches Fieber
I05-I09	Chronische rheumatische Herzkrankheiten
I10-I15	Hypertonie [Hochdruckkrankheit]
I20-I25	Ischämische Herzkrankheiten
I26-I28	Pulmonale Herzkrankheit und Krankheiten des Lungenkreislaufes
I30-I52	Sonstige Formen der Herzkrankheit
I60-I69	Zerebrovaskuläre Krankheiten
I70-I79	Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
I80-I89	Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten, anderenorts nicht klassifiziert
I95-I99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des
J00-J06	Akute Infektionen der oberen Atemwege
J09-J18	Grippe und Pneumonie
J20-J22	Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege
J30-J39	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
J40-J47	Chronische Krankheiten der unteren Atemwege
J60-J70	Lungenkrankheiten durch exogene Substanzen
J80-J84	Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane, die hauptsächlich das Interstitium betreffen
J85-J86	Purulente und nekrotisierende Krankheitszustände der unteren Atemwege
J90-J94	Sonstige Krankheiten der Pleura
J95-J99	Sonstige Krankheiten des Atmungssystems
K00-K14	Krankheiten der Mundhöhle, der Speicheldrüsen und der Kiefer
K20-K31	Krankheiten des Ösophagus, des Magens und des Duodenums
K35-K38	Krankheiten der Appendix
K40-K46	Hernien
K50-K52	Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis
K55-K63	Sonstige Krankheiten des Darmes
K65-K67	Krankheiten des Peritoneums
K70-K77	Krankheiten der Leber
K80-K87	Krankheiten der Gallenblase, der Gallenwege und des Pankreas
K90-K93	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems
L00-L08	Infektionen der Haut und der Unterhaut
L10-L14	Bullöse Dermatosen
L20-L30	Dermatitis und Ekzem
L40-L45	Papulosquamöse Hautkrankheiten
L50-L54	Urtikaria und Erythem
L55-L59	Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung
L60-L75	Krankheiten der Hautanhangsgebilde
L80-L99	Sonstige Krankheiten der Haut und der Unterhaut
M00-M25	Arthropathien
M30-M36	Systemkrankheiten des Bindegewebes

Fortsetzung folgt

## Fortsetzung Tab. 82

ICD-10	Bezeichnung
M40-M54	Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
M60-M79	Krankheiten der Weichteilgewebe
M80-M94	Osteopathien und Chondropathien
M95-M99	Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des
N00-N08	Glomeruläre Krankheiten
N10-N16	Tubulointerstitielle Nierenerkrankungen
N17-N19	Niereninsuffizienz
N20-N23	Urolithiasis
N25-N29	Sonstige Krankheiten der Niere und des Ureters
N30-N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems
N40-N51	Krankheiten der männlichen Genitalorgane
N60-N64	Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]
N70-N77	Entzündliche Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
N80-N98	Nichtentzündliche Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
N99-N99	Sonstige Krankheiten des Urogenitalsystems
O00-O08	Schwangerschaft mit abortivem Ausgang
O09-O09	Schwangerschaftsdauer
O10-O16	Ödeme, Proteinurie und Hypertonie während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
O20-O29	Sonstige Krankheiten der Mutter, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind
O30-O48	Betreuung der Mutter im Hinblick auf den Feten und die Amnionhöhle sowie mögliche Entbindungskomplikationen
O60-O75	Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung
O80-O82	Entbindung
O85-O92	Komplikationen, die vorwiegend im Wochenbett auftreten
O94-O99	Sonstige Krankheitszustände während der Gestationsperiode, die
P00-P04	Schädigung des Feten und Neugeborenen durch mütterliche Faktoren und durch Komplikationen bei Schwangerschaft, Wehentätigkeit und Entbindung
P05-P08	Störungen im Zusammenhang mit der Schwangerschaftsdauer und dem fetalen Wachstum
P10-P15	Geburtstrauma
P20-P29	Krankheiten des Atmungs- und Herz-Kreislaufsystems, die für die Perinatalperiode spezifisch sind
P35-P39	Infektionen, die für die Perinatalperiode spezifisch sind
P50-P61	Hämorrhagische und hämatologische Krankheiten beim Feten und Neugeborenen
P70-P74	Transitorische endokrine und Stoffwechselstörungen, die für den Feten und das Neugeborene spezifisch sind
P75-P78	Krankheiten des Verdauungssystems beim Feten und Neugeborenen
P80-P83	Krankheitszustände mit Beteiligung der Haut und der Temperaturregulation beim Feten und Neugeborenen

Fortsetzung folgt



## Fortsetzung Tab. 82

ICD-10	Bezeichnung
P90-P96	Sonstige Störungen, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode
Q00-Q07	Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems
Q10-Q18	Angeborene Fehlbildungen des Auges, des Ohres, des Gesichtes und des Halses
Q20-Q28	Angeborene Fehlbildungen des Kreislaufsystems
Q30-Q34	Angeborene Fehlbildungen des Atmungssystems
Q35-Q37	Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalte
Q38-Q45	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Verdauungssystems
Q50-Q56	Angeborene Fehlbildungen der Genitalorgane
Q60-Q64	Angeborene Fehlbildungen des Harnsystems
Q65-Q79	Angeborene Fehlbildungen und Deformitäten des Muskel-Skelett-Systems
Q80-Q89	Sonstige angeborene Fehlbildungen
Q90-Q99	Chromosomenanomalien, anderenorts nicht klassifiziert
R00-R09	Symptome, die das Kreislaufsystem und das Atmungssystem betreffen
R10-R19	Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen
R20-R23	Symptome, die die Haut und das Unterhautgewebe betreffen
R25-R29	Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen
R30-R39	Symptome, die das Harnsystem betreffen
R40-R46	Symptome, die das Erkennungs- und Wahrnehmungsvermögen, die Stimmung und das Verhalten betreffen
R47-R49	Symptome, die die Sprache und die Stimme betreffen
R50-R69	Allgemeinsymptome
R70-R79	Abnorme Blutuntersuchungsbefunde ohne Vorliegen einer Diagnose
R80-R82	Abnorme Urinuntersuchungsbefunde ohne Vorliegen einer Diagnose
R83-R89	Abnorme Befunde ohne Vorliegen einer Diagnose bei der Untersuchung anderer Körperflüssigkeiten, Substanzen und Gewebe
R90-R94	Abnorme Befunde ohne Vorliegen einer Diagnose bei bildgebender Diagnostik und Funktionsprüfungen
R95-R99	Ungenau bezeichnete und unbekannte Todesursachen
S00-S09	Verletzungen des Kopfes
S10-S19	Verletzungen des Halses
S20-S29	Verletzungen des Thorax
S30-S39	Verletzungen des Abdomens, der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
S40-S49	Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
S50-S59	Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
S60-S69	Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
S70-S79	Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
S80-S89	Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
S90-S99	Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
T00-T07	Verletzungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen
T08-T14	Verletzungen nicht näher bezeichneter Teile des Rumpfes, der Extremitäten oder anderer Körperregionen

Fortsetzung folgt

## Fortsetzung Tab. 82

ICD-10	Bezeichnung
T15-T19	Folgen des Eindringens eines Fremdkörpers durch eine natürliche Körperöffnung
T20-T32	Verbrennungen oder Verätzungen
T33-T35	Erfrierungen
T36-T50	Vergiftungen durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen
T51-T65	Toxische Wirkungen von vorwiegend nicht medizinisch verwendeten Substanzen
T66-T78	Sonstige und nicht näher bezeichnete Schäden durch äußere Ursachen
T79-T79	Bestimmte Frühkomplikationen eines Traumas
T80-T88	Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert
T89-T89	Sonstige Komplikationen eines Traumas, anderenorts nicht klassifiziert
T90-T98	Folgen von Verletzungen, Vergiftungen und sonstigen Auswirkungen
U00-U49	Vorläufige Zuordnungen für Krankheiten mit unklarer Ätiologie
U50-U52	Funktionseinschränkung
U55-U55	Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation
U60-U61	Stadieneinteilung der HIV-Infektion
U69-U69	Sonstige sekundäre Schlüsselnummern für besondere Zwecke
U80-U85	Infektionserreger mit Resistenzen gegen bestimmte Antibiotika oder Chemotherapeutika
U99-U99	Nicht belegte Schlüsselnummern
UUU-UUU	Abrechnungstechnisch genutzte Schlüsselnummer
V01-X59	Unfälle
X60-X84	Vorsätzliche Selbstbeschädigung
X85-Y09	Tätlicher Angriff
Y10-Y34	Ereignis, dessen nähere Umstände unbestimmt sind
Y35-Y36	Gesetzliche Maßnahmen und Kriegshandlungen
Y40-Y84	Komplikationen bei der medizinischen und chirurgischen Behandlung
Z00-Z13	Personen, die das Gesundheitswesen zur Untersuchung und Abklärung in Anspruch nehmen
Z20-Z29	Personen mit potentiellen Gesundheitsrisiken hinsichtlich übertragbarer Krankheiten
Z30-Z39	Personen, die das Gesundheitswesen im Zusammenhang mit Problemen der Reproduktion in Anspruch nehmen
Z40-Z54	Personen, die das Gesundheitswesen zum Zwecke spezifischer Maßnahmen und zur medizinischen Betreuung in Anspruch nehmen
Z55-Z65	Personen mit potentiellen Gesundheitsrisiken aufgrund sozioökonomischer oder psychosozialer Umstände
Z70-Z76	Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen
Z80-Z99	Personen mit potentiellen Gesundheitsrisiken aufgrund der

© PMV 2015

**8.3****Zusammenstellen der relevanten ICD-Kodes**

In Tab. 83 werden ICD-Kodes dargestellt, die die folgenden Bedingungen erfüllen:

- Der ICD-Kode wurde vom Auftraggeber und/oder PMV als möglicherweise wundrelevant angesehen.
- Mindestens ein Behandlungsfall mit dem jeweiligen ICD-Kode im Quartal I/2012 erfüllte die beiden Kriterien:

**Kriterium 1:** mindestens eine wundrelevante Verordnung/ Leistung im selben Quartal und

**Kriterium 2:** mindestens zwei wundrelevanten Verordnungen/Leistungen im Abstand von mindestens acht Wochen in 2012

Zu den einbezogene Leistungen/Verordnungen siehe Tab. 18.

**Tab. 83 Relevanz ausgewählter ICD-Kodes für die Identifikation von Patienten mit chronischen Wunden: Anteil der ambulanten Behandlungsfälle mit ICD-Kode im Quartal I/2012 mit mindestens acht Wochen Wundbehandlung\***

B V - M e d	P M V	ICD	Patienten mit ICD-Kode in Quartal I/2012 davon: mit Wundbehandlung mindestens 8 Wochen		Bezeichnung
			Anzahl	Anteil [%]	
F	F	L89.02	1	100,0	Dekubitus 1. Grades: Dornfortsätze
S	S	L89.36	4	100,0	Dekubitus 4. Grades: Trochanter
S	S	T21.39	1	100,0	Verbrennung 3. Grades des Rumpfes: Sonstige Teile
	F	T87.0	1	100,0	Komplikationen durch replantierte (Teile der) obere(n) Extremität
	S	S81.88	1	100,0	Weichteilschaden II. Grades bei offener Fraktur oder Luxation des Unterschenkels
F	F	E12.40	1	100,0	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bez.
S	S	L89.35	2	100,0	Dekubitus 4. Grades: Sitzbein
	F	S98.0	1	100,0	Traumatische Amputation des Fußes in Höhe des oberen Sprunggelenkes
S	S	T89.0	1	100,0	Komplikationen einer offenen Wunde
F	F	E12.5	1	100,0	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit peripheren vaskulären Komplikationen
	F	S98.3	3	100,0	Traumatische Amputation sonstiger Teile des Fußes
	F	T86.51	1	100,0	Nekrose eines Hauttransplantates
S	S	L89.39	1	100,0	Dekubitus 4. Grades: Sonstige u. nicht näher bez. Lokalisationen
S	S	L89.21	1	100,0	Dekubitus 3. Grades: Obere Extremität
S	S	L89.37	3	75,0	Dekubitus 4. Grades: Ferse
S	S	L89.11	3	75,0	Dekubitus 2. Grades: Obere Extremität
S	S	L89.28	7	70,0	Dekubitus 3. Grades: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität
	S	T93.0	2	66,7	Folgen einer offenen Wunde der unteren Extremität
S	S	T24.2	2	66,7	Verbrennung 2. Grades der Hüfte u. des Beines, ausgenommen Knöchelregion u. Fuß
S	S	T30.3	4	66,7	Verbrennung 3. Grades, Körperregion nicht näher bez.

S = Wunde explizit kodiert, F = Wunde als Komplikation dieser Erkrankung möglich

© PMV 2015

ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)

\*) mindestens eine Verordnung/Leistung im Quartal I/2012 und mindestens zwei Verordnungen/Leistungen im Abstand von acht Wochen in 2012

Fortsetzung folgt

## Fortsetzung Tab. 83

B V - M e d	P M V	ICD	Patienten mit ICD-Kode in Quartal I/2012 davon: mit Wundbehandlung mindestens 8 Wochen		Bezeichnung
			Anzahl	Anteil [%]	
S	S	L89.38	13	65,0	Dekubitus 4. Grades: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität
S	S	L89.16	3	60,0	Dekubitus 2. Grades: Trochanter
S	S	I70.24	30	54,5	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän
S	S	T89.02	6	54,5	Komplikationen einer offenen Wunde: Infektion
S	S	L89.1	6	54,5	Dekubitus 2. Grades
S	S	L89.15	7	53,8	Dekubitus 2. Grades: Sitzbein
	F	E14.61	1	50,0	Nicht näher bez. Diabetes mellitus: Mit sonstigen näher bez. Komplikationen: Als entgleist bez.
S	S	S51.85	1	50,0	Weichteilschaden II. Grades bei geschlossener Fraktur oder Luxation des Unterarmes
F	F	E14.51	1	50,0	Nicht näher bez. Diabetes mellitus: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bez.
F	F	E14.75	3	50,0	Nicht näher bez. Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bez.
F	F	E13.74	2	50,0	Sonstiger näher bez. Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bez.
S	S	L89.23	1	50,0	Dekubitus 3. Grades: Beckenkamm
S	S	T25.3	1	50,0	Verbrennung 3. Grades der Knöchelregion u. des Fußes
	F	T84.6	1	50,0	Infektion u. entzündliche Reaktion durch eine interne Osteosynthesevorrichtung [jede Lokalisation]
F	F	L89.03	2	50,0	Dekubitus 1. Grades: Beckenkamm
S	S	L89.13	1	50,0	Dekubitus 2. Grades: Beckenkamm
S	S	L89.29	7	50,0	Dekubitus 3. Grades: Sonstige u. nicht näher bez. Lokalisationen
F	F	L89.05	10	47,6	Dekubitus 1. Grades: Sitzbein
S	S	I70.23	45	47,4	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration
	F	T87.4	6	46,2	Infektion des Amputationsstumpfes

S = Wunde explizit kodiert, F = Wunde als Komplikation dieser Erkrankung möglich  
ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)

© PMV 2015

\*) mindestens eine Verordnung/Leistung im Quartal I/2012 und mindestens zwei Verordnungen/Leistungen im Abstand von acht Wochen in 2012

Fortsetzung folgt

Fortsetzung Tab. 83

B V - M e d	P M V	ICD	Patienten mit ICD-Kode in Quartal I/2012 davon: mit Wundbehandlung mindestens 8 Wochen		Bezeichnung
			Anzahl	Anteil [%]	
S	S	L89.10	6	46,2	Dekubitus 2. Grades: Kopf
	F	L89.94	37	45,1	Dekubitus, Grad nicht näher bez. Kreuzbein
S	S	L97	443	43,6	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert
F	F	L89.07	6	42,9	Dekubitus 1. Grades: Ferse
	S	R02	72	42,6	Gangrän, anderenorts nicht klassifiziert
S	S	L89.24	7	41,2	Dekubitus 3. Grades: Kreuzbein
	F	C49.5	2	40,0	Bösartige Neubildung: Bindegewebe u. andere Weichteilgewebe des Beckens
S	S	L89.19	9	39,1	Dekubitus 2. Grades: Sonstige u. nicht näher bez. Lokalisationen
F	F	L89.04	14	38,9	Dekubitus 1. Grades: Kreuzbein
	F	S98.4	5	38,5	Traumatische Amputation am Fuß, Höhe nicht näher bez.
S	S	L98.4	129	38,1	Chronisches Ulkus der Haut, anderenorts nicht klassifiziert
S	S	L89.25	3	37,5	Dekubitus 3. Grades: Sitzbein
	F	L89.95	3	37,5	Dekubitus, Grad nicht näher bez. Sitzbein
S	S	L89.17	10	37,0	Dekubitus 2. Grades: Ferse
	F	L89.98	10	37,0	Dekubitus, Grad nicht näher bez. Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität
F	F	Z89.4	7	36,8	Verlust des Fußes u. des Knöchels, einseitig
S	S	L89.14	16	35,6	Dekubitus 2. Grades: Kreuzbein
F	F	E10.74	7	35,0	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bez.
	F	S88.0	1	33,3	Traumatische Amputation im Kniegelenk
	F	L89.97	12	33,3	Dekubitus, Grad nicht näher bez. Ferse

S = Wunde explizit kodiert, F = Wunde als Komplikation dieser Erkrankung möglich  
ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)

© PMV 2015

\*) mindestens eine Verordnung/Leistung im Quartal I/2012 und mindestens zwei Verordnungen/Leistungen im Abstand von acht Wochen in 2012

Fortsetzung folgt

Fortsetzung Tab. 83

B V - M e M d	P M V	ICD	Patienten mit ICD-Kode in Quartal I/2012 davon: mit Wundbehandlung mindestens 8 Wochen		Bezeichnung
			Anzahl	Anteil [%]	
	S	T87.5	2	33,3	Nekrose des Amputationsstumpfes
F	F	E10.75	1	33,3	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bez.
S	S	S41.0	1	33,3	Offene Wunde der Schulter
	F	L89.93	2	33,3	Dekubitus, Grad nicht näher bez. Beckenkamm
S	S	K61.3	2	33,3	Ischiorektalabszess
	S	T05.9	1	33,3	Multiple traumatische Amputationen, nicht näher bez.
S	S	L89.20	1	33,3	Dekubitus 3. Grades: Kopf
S	S	K60.4	3	33,3	Rektalfistel
S	S	L89.27	4	33,3	Dekubitus 3. Grades: Ferse
	F	T87.6	5	33,3	Sonstige u. nicht näher bez. Komplikationen am Amputationsstumpf
	S	T20.3	1	33,3	Verbrennung 3. Grades des Kopfes u. des Halses
F	F	E13.5	1	33,3	Sonstiger näher bez. Diabetes mellitus: Mit peripheren vaskulären Komplikationen
	F	L89.99	131	33,0	Dekubitus, Grad nicht näher bez. Sonstige u. nicht näher bez. Lokalisationen
	F	L89.90	29	32,6	Dekubitus, Grad nicht näher bez. Kopf
S	S	I83.2	108	32,5	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration u. Entzündung
	F	L89.9	8	32,0	Dekubitus, Grad nicht näher bez.
	F	S98.1	9	31,0	Traumatische Amputation einer einzelnen Zehe
F	F	E14.74	127	30,7	Nicht näher bez. Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bez.
	F	L03.11	20	30,3	Phlegmone an der unteren Extremität
S	S	L89.18	9	30,0	Dekubitus 2. Grades: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität

S = Wunde explizit kodiert, F = Wunde als Komplikation dieser Erkrankung möglich

© PMV 2015

ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)

\*) mindestens eine Verordnung/Leistung im Quartal I/2012 und mindestens zwei Verordnungen/Leistungen im Abstand von acht Wochen in 2012

Fortsetzung folgt

Fortsetzung Tab. 83

B V - M e d	P M V	ICD	Patienten mit ICD-Kode in Quartal I/2012 davon: mit Wundbehandlung mindestens 8 Wochen		Bezeichnung
			Anzahl	Anteil [%]	
F	F	E11.75	9	29,0	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bez.
	S	T81.3	48	28,9	Aufreißen einer Operationswunde, anderenorts nicht klassifiziert
S	S	S31.0	2	28,6	Offene Wunde der Lumbosakralgegend u. des Beckens
	S	S31.80	2	28,6	Offene Wunde sonstiger u. nicht näher bez. Teile des Abdomens
S	S	I83.0	92	27,3	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration
	S	S81.80	3	27,3	Nicht näher bez. offene Wunde sonstiger Teile des Unterschenkels
S	S	L89.34	3	27,3	Dekubitus 4. Grades: Kreuzbein
	F	T79.9	118	27,2	Nicht näher bez. Frühkomplikation eines Traumas
F	F	E11.74	87	26,9	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bez.
	F	Z89.9	27	26,2	Extremitätenverlust, nicht näher bez.
	S	I87.01	7	25,9	Postthrombotisches Syndrom mit Ulzeration
F	F	E14.50	73	25,4	Nicht näher bez. Diabetes mellitus: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bez.
S	S	S81.7	1	25,0	Multiple offene Wunden des Unterschenkels
	F	E10.61	3	25,0	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit sonstigen näher bez. Komplikationen: Als entgleist bez.
F	F	L89.06	1	25,0	Dekubitus 1. Grades: Trochanter
	S	T92.0	1	25,0	Folgen einer offenen Wunde der oberen Extremität
	S	T01.1	2	25,0	Offene Wunden mit Beteiligung von Thorax u. Abdomen, von Thorax u. Lumbosakralgegend oder von Thorax u. Becken
	S	T05.8	1	25,0	Traumatische Amputationen mit Beteiligung sonstiger Kombinationen von Körperregionen
S	S	S31.1	2	25,0	Offene Wunde der Bauchdecke
	S	T13.6	1	25,0	Traumatische Amputation der unteren Extremität, Höhe nicht näher bez.

S = Wunde explizit kodiert, F = Wunde als Komplikation dieser Erkrankung möglich  
ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)

© PMV 2015

\*) mindestens eine Verordnung/Leistung im Quartal I/2012 und mindestens zwei Verordnungen/Leistungen im Abstand von acht Wochen in 2012

Fortsetzung folgt



## Fortsetzung Tab. 83

B V - M e d	P M V	ICD	Patienten mit ICD-Kode in Quartal I/2012 davon: mit Wundbehandlung mindestens 8 Wochen		Bezeichnung
			Anzahl	Anteil [%]	
S	S	T89.03	4	23,5	Komplikationen einer offenen Wunde: Sonstige
	F	S98.2	3	23,1	Traumatische Amputation von zwei oder mehr Zehen
	F	C44.2	7	22,6	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Ohres u. des äußeren Gehörganges
	F	T81.4	24	22,4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert
F	F	L89.09	4	22,2	Dekubitus 1. Grades: Sonstige u. nicht näher bez. Lokalisationen
	F	Z89.7	2	22,2	(Teilweiser) Verlust der unteren Extremität, beidseitig
F	F	Z89.5	11	21,6	Verlust der unteren Extremität unterhalb oder bis zum Knie, einseitig
	F	C44.4	14	21,2	Sonstige bösartige Neubildungen: Behaarte Kopfhaut u. Haut des Halses
S	S	T79.3	87	20,7	Posttraumatische Wundinfektion, anderenorts nicht klassifiziert
	F	L03.1	1	20,0	Phlegmone an sonstigen Teilen der Extremitäten
	S	S81.8	1	20,0	Offene Wunde sonstiger Teile des Unterschenkels
S	S	L89.2	1	20,0	Dekubitus 3. Grades
F	F	E11.51	9	20,0	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bez.
S	S	S51.9	4	18,2	Offene Wunde des Unterarmes, Teil nicht näher bez.
S	S	S51.0	3	17,6	Offene Wunde des Ellenbogens
	F	S88.9	5	17,2	Traumatische Amputation am Unterschenkel, Höhe nicht näher bez.
S	S	S51.80	1	16,7	Nicht näher bez. offene Wunde sonstiger Teile des Unterarmes
S	S	K62.6	1	16,7	Ulkus des Anus u. des Rektums
F	F	Z89.6	7	16,7	Verlust der unteren Extremität oberhalb des Knies, einseitig
S	S	T24.20	1	16,7	Verbrennung Grad 2a der Hüfte u. des Beines, ausgenommen Knöchelregion u. Fuß

S = Wunde explizit kodiert, F = Wunde als Komplikation dieser Erkrankung möglich  
ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)

© PMV 2015

\*) mindestens eine Verordnung/Leistung im Quartal I/2012 und mindestens zwei Verordnungen/Leistungen im Abstand von acht Wochen in 2012

Fortsetzung folgt

## Fortsetzung Tab. 83

B V - M e d	P M V	ICD	Patienten mit ICD-Kode in Quartal I/2012 davon: mit Wundbehandlung mindestens 8 Wochen		Bezeichnung
			Anzahl	Anteil [%]	
S	S	S91.1	3	16,7	Offene Wunde einer oder mehrerer Zehen ohne Schädigung des Nagels
S	S	T25.2	1	16,7	Verbrennung 2. Grades der Knöchelregion u. des Fußes
	F	T88.9	2	15,4	Komplikation bei chirurgischen Eingriffen u. medizinischer Behandlung, nicht näher bez.
F	F	E14.73	2	15,4	Nicht näher bez. Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bez.
	F	C43.3	2	15,4	Bösartiges Melanom sonstiger u. nicht näher bez. Teile des Gesichtes
F	F	E11.5	13	15,3	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit peripheren vaskulären Komplikationen
	S	S81.9	5	15,2	Offene Wunde des Unterschenkels, Teil nicht näher bez.
	F	C44.5	17	15,0	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Rumpfes
	S	T01.3	3	15,0	Offene Wunden mit Beteiligung mehrerer Regionen der unteren Extremität(en)
	F	T93.6	3	15,0	Folgen einer Zerquetschung oder einer traumatischen Amputation der unteren Extremität
F	F	E10.50	10	14,9	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bez.
	F	I70.22	7	14,9	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerzen
S	S	S91.3	5	14,7	Offene Wunde sonstiger Teile des Fußes
	F	C44.6	6	14,6	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut der oberen Extremität, einschließlich Schulter
	F	T84.5	2	14,3	Infektion u. entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese
	F	C76.2	1	14,3	Bösartige Neubildung ungenau bez. Lokalisationen: Abdomen
F	F	E13.72	4	14,3	Sonstiger näher bez. Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bez.
F	F	E14.5	8	14,0	Nicht näher bez. Diabetes mellitus: Mit peripheren vaskulären Komplikationen
S	S	L02.3	6	13,6	Hautabszess, Furunkel u. Karbunkel am Gesäß
	F	A46	76	13,4	Erysipel [Wundrose]

S = Wunde explizit kodiert, F = Wunde als Komplikation dieser Erkrankung möglich

© PMV 2015

ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)

\*) mindestens eine Verordnung/Leistung im Quartal I/2012 und mindestens zwei Verordnungen/Leistungen im  
Abstand von acht Wochen in 2012

Fortsetzung folgt

## Fortsetzung Tab. 83

B V - M P e M d	P M V	ICD	Patienten mit ICD-Kode in Quartal I/2012 davon: mit Wundbehandlung mindestens 8 Wochen		Bezeichnung
			Anzahl	Anteil [%]	
F	F	L89.08	2	13,3	Dekubitus 1. Grades: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität
	F	I79.2	36	13,3	Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
	F	L03.10	3	13,0	Phlegmone an der oberen Extremität
	F	L03.2	2	12,5	Phlegmone im Gesicht
S	S	K60.5	1	12,5	Anorektalfistel
S	S	S51.84	1	12,5	Weichteilschaden I. Grades bei geschlossener Fraktur oder Luxation des Unterarmes
	F	C44.7	4	12,5	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut der unteren Extremität, einschließlich Hüfte
S	S	T30.20	5	12,2	Verbrennung Grad 2a, Körperregion nicht näher bez.
F	F	E11.50	77	11,8	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bez.
F	F	E13.40	4	11,4	Sonstiger näher bez. Diabetes mellitus: Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bez.
	F	T87.3	1	11,1	Neurom des Amputationsstumpfes
S	S	S41.84	1	11,1	Weichteilschaden I. Grades bei geschlossener Fraktur oder Luxation des Oberarmes
S	S	S91.2	1	11,1	Offene Wunde einer oder mehrerer Zehen mit Schädigung des Nagels
	F	E14.60	8	10,8	Nicht näher bez. Diabetes mellitus: Mit sonstigen näher bez. Komplikationen: Nicht als entgleist bez.
	F	C49.9	7	10,8	Bösartige Neubildung: Bindegewebe u. andere Weichteilgewebe, nicht näher bez.
S	S	K60.3	13	10,7	Anal fistel
S	S	S71.1	2	10,5	Offene Wunde des Oberschenkels
	F	L03.0	9	10,5	Phlegmone an Fingern u. Zehen
	F	C44.3	40	10,2	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut sonstiger u. nicht näher bez. Teile des Gesichtes
S	S	T22.21	1	10,0	Verbrennung Grad 2a der Schulter u. des Armes, ausgenommen Handgelenk u. Hand: Unterarm u. Ellenbogen

S = Wunde explizit kodiert, F = Wunde als Komplikation dieser Erkrankung möglich  
ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)

© PMV 2015

\*) mindestens eine Verordnung/Leistung im Quartal I/2012 und mindestens zwei Verordnungen/Leistungen im Abstand von acht Wochen in 2012

Fortsetzung folgt

Fortsetzung Tab. 83

B V - M e d	P M V	ICD	Patienten mit ICD-Kode in Quartal I/2012 davon: mit Wundbehandlung mindestens 8 Wochen		Bezeichnung
			Anzahl	Anteil [%]	
	F	C76.0	3	9,7	Bösartige Neubildung ungenau bez. Lokalisationen: Kopf, Gesicht u. Hals
	S	L05.9	8	9,4	Pilonidalzyste ohne Abszess
	S	L02.4	17	9,3	Hautabszess, Furunkel u. Karbunkel an Extremitäten
	F	L03.9	14	9,2	Phlegmone, nicht näher bez.
	F	C43.6	2	9,1	Bösartiges Melanom der oberen Extremität, einschließlich Schulter
	F	C43.7	4	9,1	Bösartiges Melanom der unteren Extremität, einschließlich Hüfte
F	F	E11.73	13	9,0	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bez.
F	F	E10.40	19	9,0	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bez.
	S	L02.1	2	8,7	Hautabszess, Furunkel u. Karbunkel am Hals
S	S	K61.0	7	8,6	Analabszess
F	F	E14.72	10	8,5	Nicht näher bez. Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bez.
	F	I87.00	37	8,4	Postthrombotisches Syndrom ohne Ulzeration
	F	C80.0	7	8,4	Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bez.
S	S	L02.2	10	8,3	Hautabszess, Furunkel u. Karbunkel am Rumpf
S	S	T23.2	2	8,3	Verbrennung 2. Grades des Handgelenkes u. der Hand
	F	L03.8	1	8,3	Phlegmone an sonstigen Lokalisationen
	F	E10.6	3	8,3	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit sonstigen näher bez. Komplikationen
F	F	I70.20	83	8,0	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Sonstige u. nicht näher bez.
F	F	E11.72	62	7,9	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bez.
	F	G63.2	188	7,8	Diabetische Polyneuropathie (E10-E14, vierte Stelle .4â_ )

S = Wunde explizit kodiert, F = Wunde als Komplikation dieser Erkrankung möglich  
ICD-Diagnosezusatz G [gesichert]

© PMV 2015

\*) mindestens eine Verordnung/Leistung im Quartal I/2012 und mindestens zwei Verordnungen/Leistungen im Abstand von acht Wochen in 2012

Fortsetzung folgt

## Fortsetzung Tab. 83

B V - M e M d	P M V	ICD	Patienten mit ICD-Kode in Quartal I/2012 davon: mit Wundbehandlung mindestens 8 Wochen		Bezeichnung
			Anzahl	Anteil [%]	
S	S	T30.2	1	7,7	Verbrennung 2. Grades, Körperregion nicht näher bez.
F	F	E10.5	1	7,7	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit peripheren vaskulären Komplikationen
	F	C44.9	108	7,5	Bösartige Neubildung der Haut, nicht näher bez.
	F	C44.1	4	7,4	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Augenlides, einschließlich Kanthus
	S	T01.9	11	7,3	Multiple offene Wunden, nicht näher bez.
	S	L05.0	3	7,3	Pilonidalzyste mit Abszess
F	F	I73.9	348	7,2	Periphere Gefäßkrankheit, nicht näher bez.
S	S	S61.9	5	7,0	Offene Wunde des Handgelenkes u. der Hand, Teil nicht näher bez.
F	F	I89.0	135	6,9	Lymphödem, anderenorts nicht klassifiziert
F	F	C79.9	9	6,9	Sekundäre bösartige Neubildung nicht näher bez. Lokalisation
	F	I83.1	118	6,7	Varizen der unteren Extremitäten mit Entzündung
	F	E14.6	1	6,7	Nicht näher bez. Diabetes mellitus: Mit sonstigen näher bez. Komplikationen
F	F	E11.40	129	6,6	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bez.
F	F	E11.41	11	6,6	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit neurologischen Komplikationen: Als entgleist bez.
	F	I70.21	20	6,6	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz
	F	C44.0	2	6,5	Sonstige bösartige Neubildungen: Lippenhaut
F	F	E14.40	84	6,4	Nicht näher bez. Diabetes mellitus: Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bez.
F	F	E14.4	9	6,4	Nicht näher bez. Diabetes mellitus: Mit neurologischen Komplikationen
F	F	E10.41	2	6,3	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit neurologischen Komplikationen: Als entgleist bez.
	F	Z89.8	1	6,3	Verlust von oberen u. unteren Extremitäten [jede Höhe]

S = Wunde explizit kodiert, F = Wunde als Komplikation dieser Erkrankung möglich  
ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)

© PMV 2015

\*) mindestens eine Verordnung/Leistung im Quartal I/2012 und mindestens zwei Verordnungen/Leistungen im Abstand von acht Wochen in 2012

Fortsetzung folgt

Fortsetzung Tab. 83

B V - M e M d	P M V	ICD	Patienten mit ICD-Kode in Quartal I/2012 davon: mit Wundbehandlung mindestens 8 Wochen		Bezeichnung
			Anzahl	Anteil [%]	
	F	L03.02	21	6,2	Phlegmone an Zehen
	S	L02.8	4	6,2	Hautabszess, Furunkel u. Karbunkel an sonstigen Lokalisationen
	F	E11.6	7	6,1	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit sonstigen näher bez. Komplikationen
	F	C50.2	3	6,1	Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse
	F	C80.9	23	6,1	Bösartige Neubildung, nicht näher bez.
	F	F C79.88	2	6,1	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger näher bez. Lokalisationen
	F	F L92.0	2	5,9	Granuloma anulare
	S	L02.9	45	5,9	Hautabszess, Furunkel u. Karbunkel, nicht näher bez.
	F	F L92.9	2	5,7	Granulomatöse Krankheit der Haut u. der Unterhaut, nicht näher bez.
	F	L08.0	11	5,6	Pyodermie
	F	T82.7	1	5,6	Infektion u. entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen u. in den Gefäßen
	S	T14.1	66	5,5	Offene Wunde an einer nicht näher bez. Körperregion
	F	F E10.72	3	5,2	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bez.
	F	L03.01	15	5,1	Phlegmone an Fingern
	F	F I87.2	258	5,0	Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher)
	F	G62.9	176	5,0	Polyneuropathie, nicht näher bez.
	S	S K60.1	6	5,0	Chronische Analfissur
	F	F I70.9	83	4,9	Generalisierte u. nicht näher bez. Atherosklerose
	F	E11.60	29	4,9	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit sonstigen näher bez. Komplikationen: Nicht als entgleist bez.
	F	L03.3	1	4,8	Phlegmone am Rumpf

S = Wunde explizit kodiert, F = Wunde als Komplikation dieser Erkrankung möglich

© PMV 2015

ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)

\*) mindestens eine Verordnung/Leistung im Quartal I/2012 und mindestens zwei Verordnungen/Leistungen im Abstand von acht Wochen in 2012

Fortsetzung folgt

Fortsetzung Tab. 83

B V - M e M d	P M V	ICD	Patienten mit ICD-Kode in Quartal I/2012 davon: mit Wundbehandlung mindestens 8 Wochen		Bezeichnung
			Anzahl	Anteil [%]	
	F	E11.61	5	4,7	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit sonstigen näher bez. Komplikationen: Als entgleist bez.
	S	T01.2	2	4,7	Offene Wunden mit Beteiligung mehrerer Regionen der oberen Extremität(en)
	F	C43.5	2	4,5	Bösartiges Melanom des Rumpfes
	S	S K61.1	1	4,5	Rektalabszess
	S	L08.9	12	4,5	Lokale Infektion der Haut u. der Unterhaut, nicht näher bez.
	F	E10.60	3	3,7	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit sonstigen näher bez. Komplikationen: Nicht als entgleist bez.
	S	S S81.0	1	3,6	Offene Wunde des Knies
	S	S S61.80	1	3,6	Nicht näher bez. offene Wunde sonstiger Teile des Handgelenkes u. der Hand
	F	C50.1	4	3,4	Bösartige Neubildung: Zentraler Drüsenkörper der Brustdrüse
	F	C43.9	13	3,3	Bösartiges Melanom der Haut, nicht näher bez.
	F	F E11.4	7	3,2	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit neurologischen Komplikationen
	F	F I83.9	339	2,9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung
	F	F E10.4	1	2,6	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit neurologischen Komplikationen
	F	C50.9	53	2,6	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bez.
	F	F Z08.0	2	2,3	Nachuntersuchung nach chirurgischem Eingriff wegen bösartiger Neubildung
	S	T01.0	2	1,8	Offene Wunden mit Beteiligung von Kopf u. Hals
	S	S S61.0	4	1,6	Offene Wunde eines oder mehrerer Finger ohne Schädigung des Nagels
	S	S K60.0	1	1,4	Akute Analfissur
	F	C50.8	1	1,4	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend
	S	S K60.2	5	1,3	Analfissur, nicht näher bez.
	F	C50.4	2	1,0	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse

S = Wunde explizit kodiert, F = Wunde als Komplikation dieser Erkrankung möglich

© PMV 2015

ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)

\*) mindestens eine Verordnung/Leistung im Quartal I/2012 und mindestens zwei Verordnungen/Leistungen im Abstand von acht Wochen in 2012

In Tab. 84 werden ICD-Kodes dargestellt, die die folgenden Bedingungen erfüllen:

- Der ICD-Kode wurde nicht vom Auftraggeber und/oder PMV als möglicherweise wundrelevant angesehen.
- Mindestens zehn Behandlungsfälle mit dem jeweiligen ICD-Kode im Quartal I/2012 erfüllten die beiden Kriterien:
  - Kriterium 1:** mindestens eine wundrelevanten Verordnung/ Leistung im selben Quartal und
  - Kriterium 2:** mindestens zwei wundrelevanten Verordnungen/Leistungen im Abstand von mindestens acht Wochen in 2012
- Zusätzlich wurden Behandlungsfälle ausgeschlossen, bei denen bereits wundrelevante ICD-Kodes im Quartal I/2012 identifiziert wurden (ICD-Kodes mit Kennzeichnung S/F).

Diese Tabelle dient der Kontrolle, ob alle wundrelevanten ICD-Kodes identifiziert wurden.



Tab. 84

**Überprüfung der ICD-Kodes ohne Kennzeichnung S/F: Anteil der ambulanten Behandlungsfälle mit ICD-Kode im Quartal I/2012 mit mindestens acht Wochen Wundbehandlung\***

BV-Med	PMV	ICD	Patienten mit ICD-Kode in Quartal I/2012 davon: mit Wundbehandlung mindestens 8 Wochen		Bezeichnung
			Anzahl	Anteil [%]	
		Z43.5	16	51,6	Versorgung eines Zystostomas
		Z93.5	31	39,2	Vorhandensein eines Zystostomas
		Z46.6	13	29,5	Versorgen mit u. Anpassen eines Gerätes im Harntrakt
		Z93.6	11	28,9	Vorhandensein anderer künstlicher Körperöffnungen der Harnwege
		Z93.1	25	25,0	Vorhandensein eines Gastrostomas
		G82.49	12	10,3	Spastische Tetraparese u. Tetraplegie: Nicht näher bez.
		M62.39	16	9,2	Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Nicht näher bez. Lokalisationen
		N31.9	31	6,9	Neuromuskuläre Dysfunktion der Harnblase, nicht näher bez.
		F07.0	21	6,6	Organische Persönlichkeitsstörung
		T14.9	17	6,4	Verletzung, nicht näher bez.
		R33	12	5,8	Harnverhaltung
		F06.9	35	5,4	Nicht näher bez. organische psychische Störung aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit
		R39.1	52	5,1	Sonstige Miktionsstörungen
		E86	16	5,0	Volumenmangel
		C20	11	5,0	Bösartige Neubildung des Rektums
		G81.9	35	4,8	Hemiparese u. Hemiplegie, nicht näher bez.
		G30.9	14	4,6	Alzheimer-Krankheit, nicht näher bez. (F00.9*)
		E87.6	19	4,4	Hypokaliämie
		I69.3	14	4,4	Folgen eines Hirninfarktes
		R13.9	22	4,4	Sonstige u. nicht näher bez. Dysphagie
		Z76.0	12	4,4	Ausstellung wiederholter Verordnung
		G20.90	30	4,3	Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bez. Ohne Wirkungsfluktuation

ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)

© PMV 2015

\*) mindestens eine Verordnung/Leistung im Quartal I/2012 und mindestens zwei Verordnungen/Leistungen im Abstand von acht Wochen in 2012

Ausschluss von Behandlungsfällen, bei denen zusätzlich eine Diagnose mit Kennzeichnung S/,F kodiert war.

Dargestellt sind nur ICD-Kodes mit mindestens 10 Behandlungsfällen mit Wundbehandlung > 8 Wochen

Fortsetzung folgt

## Fortsetzung Tab. 84

B V - M e M d	P M V	ICD	Patienten mit ICD-Kode in Quartal I/2012 davon: mit Wundbehandlung mindestens 8 Wochen		Bezeichnung
			Anzahl	Anteil [%]	
		F03	87	4,3	Nicht näher bez. Demenz
		R15	23	4,3	Stuhlinkontinenz
		R32	139	3,9	Nicht näher bez. Harninkontinenz
		G35.9	15	3,8	Multiple Sklerose, nicht näher bez.
		F01.9	12	3,6	Vaskuläre Demenz, nicht näher bez.
		N18.9	35	3,4	Chronische Nierenkrankheit, nicht näher bez.
		I69.4	13	3,4	Folgen eines Schlaganfalls, nicht als Blutung oder Infarkt bez.
		I63.9	18	3,3	Hirnininfarkt, nicht näher bez.
		R26.8	33	3,2	Sonstige u. nicht näher bez. Störungen des Ganges u. der Mobilität
		N39.48	12	3,1	Sonstige näher bez. Harninkontinenz
		E10.90	26	2,9	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bez.
		I64	27	2,9	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bez.
		R60.0	16	2,6	Umschriebenes Ödem
		I48.10	19	2,5	Vorhofflimmern: Paroxysmal
		I67.9	11	2,5	Zerebrovaskuläre Krankheit, nicht näher bez.
		Z97.8	18	2,5	Vorhandensein sonstiger u. nicht näher bez. medizinischer Geräte oder Hilfsmittel
		R60.9	16	2,4	Ödem, nicht näher bez.
		N47	15	2,3	Vorhauthypertrophie, Phimose u. Paraphimose
		K59.0	47	2,3	Obstipation
		N19	36	2,2	Nicht näher bez. Niereninsuffizienz
		G40.9	38	2,1	Epilepsie, nicht näher bez.
		N18.89	11	2,0	Sonstige chronische Nierenkrankheit, Stadium nicht näher bez.

ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)

© PMV 2015

\*) mindestens eine Verordnung/Leistung im Quartal I/2012 und mindestens zwei Verordnungen/Leistungen im Abstand von acht Wochen in 2012

Ausschluss von Behandlungsfällen, bei denen zusätzlich eine Diagnose mit Kennzeichnung S/F kodiert war.

Dargestellt sind nur ICD-Kodes mit mindestens 10 Behandlungsfällen mit Wundbehandlung > 8 Wochen

Fortsetzung folgt

## Fortsetzung Tab. 84

B V - M e d	P M V	ICD	Patienten mit ICD-Kode in Quartal I/2012 davon: mit Wundbehandlung mindestens 8 Wochen		Bezeichnung
			Anzahl	Anteil [%]	
		I48.11	11	2,0	Vorhofflimmern: Chronisch
		F79.9	14	2,0	Nicht näher bez. Intelligenzminderung: Ohne Angabe einer Verhaltensstörung
		I50.9	74	1,8	Herzinsuffizienz, nicht näher bez.
		C61	22	1,7	Bösartige Neubildung der Prostata
		N39.0	61	1,7	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bez.
		R45.1	13	1,6	Ruhelosigkeit u. Erregung
		I48.19	46	1,6	Vorhofflimmern: Nicht näher bez.
		E14.9	22	1,6	Nicht näher bez. Diabetes mellitus: Ohne Komplikationen
		E11.9	28	1,6	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Ohne Komplikationen
		N40	84	1,5	Prostatahyperplasie
		Z95.0	16	1,4	Vorhandensein eines implantierten Herzschrittmachers oder eines implantierten Kardiofibrillators
		L29.9	11	1,4	Pruritus, nicht näher bez.
		D64.9	26	1,4	Anämie, nicht näher bez.
		N30.9	12	1,3	Zystitis, nicht näher bez.
		E05.9	21	1,3	Hyperthyreose, nicht näher bez.
		Z92.1	41	1,3	Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulanzen in der Eigenanamnese
		E14.90	60	1,2	Nicht näher bez. Diabetes mellitus: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bez.
		F10.1	11	1,2	Psychische u. Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch
		N20.0	17	1,2	Nierenstein
		M15.9	31	1,2	Polyarthrose, nicht näher bez.
		J44.99	53	1,2	Chronische obstruktive Lungenerkrankung, nicht näher bez. FEV1 nicht näher bez.
		G47.0	13	1,1	Ein- u. Durchschlafstörungen

ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)

© PMV 2015

\*) mindestens eine Verordnung/Leistung im Quartal I/2012 und mindestens zwei Verordnungen/Leistungen im  
Abstand von acht Wochen in 2012

Ausschluss von Behandlungsfällen, bei denen zusätzlich eine Diagnose mit Kennzeichnung S/F kodiert war.

Dargestellt sind nur ICD-Kodes mit mindestens 10 Behandlungsfällen mit Wundbehandlung &gt; 8 Wochen

Fortsetzung folgt

## Fortsetzung Tab. 84

B V - M e d	P M V	ICD	Patienten mit ICD-Kode in Quartal I/2012 davon: mit Wundbehandlung mindestens 8 Wochen		Bezeichnung
			Anzahl	Anteil [%]	
		E88.9	13	1,1	Stoffwechselstörung, nicht näher bez.
		I25.9	85	1,1	Chronische ischämische Herzkrankheit, nicht näher bez.
		R52.9	16	1,1	Schmerz, nicht näher bez.
		Q61.0	12	1,1	Angeborene solitäre Nierenzyste
		H25.9	13	1,1	Senile Katarakt, nicht näher bez.
		F32.8	13	1,0	Sonstige depressive Episoden
		Z96.6	21	1,0	Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten
		M81.99	39	1,0	Osteoporose, nicht näher bez. Nicht näher bez. Lokalisationen
		H61.2	36	1,0	Zeruminalpfropf
		E11.90	108	1,0	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bez.
		I34.0	19	0,9	Mitralklappeninsuffizienz
		I25.19	17	0,9	Atherosklerotische Herzkrankheit: Nicht näher bez.
		E79.0	62	0,9	Hyperurikämie ohne Zeichen von entzündlicher Arthritis oder tophischer Gicht
		M20.1	11	0,9	Hallux valgus (erworben)
		R31	11	0,9	Nicht näher bez. Hämaturie
		K57.30	13	0,9	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung
		I10.9	37	0,9	Essentielle Hypertonie, nicht näher bez.
		K80.20	22	0,9	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion
		L30.9	38	0,9	Dermatitis, nicht näher bez.
		R52.2	22	0,9	Sonstiger chronischer Schmerz
		R42	31	0,9	Schwindel u. Taumel
		D22.9	19	0,8	Melanozytennävus, nicht näher bez.

ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)

© PMV 2015

\*) mindestens eine Verordnung/Leistung im Quartal I/2012 und mindestens zwei Verordnungen/Leistungen im Abstand von acht Wochen in 2012

Ausschluss von Behandlungsfällen, bei denen zusätzlich eine Diagnose mit Kennzeichnung S/F kodiert war.

Dargestellt sind nur ICD-Kodes mit mindestens 10 Behandlungsfällen mit Wundbehandlung > 8 Wochen

Fortsetzung folgt

## Fortsetzung Tab. 84

B V - M e d	P M V	ICD	Patienten mit ICD-Kode in Quartal I/2012 davon: mit Wundbehandlung mindestens 8 Wochen		Bezeichnung
			Anzahl	Anteil [%]	
		J42	12	0,8	Nicht näher bez. chronische Bronchitis
		H91.9	20	0,8	Hörverlust, nicht näher bez.
		M17.9	59	0,8	Gonarthrose, nicht näher bez.
		I10.00	39	0,8	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
		M53.99	24	0,8	Krankheit der Wirbelsäule u. des Rückens, nicht näher bez. Nicht näher bez. Lokalisation
		E66.9	13	0,7	Adipositas, nicht näher bez.
		K76.9	18	0,7	Leberkrankheit, nicht näher bez.
		M16.9	29	0,7	Koxarthrose, nicht näher bez.
		I10.90	289	0,7	Essentielle Hypertonie, nicht näher bez. Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
		L20.8	20	0,7	Sonstiges atopisches [endogenes] Ekzem
		R50.9	21	0,7	Fieber, nicht näher bez.
		R53	15	0,7	Unwohlsein u. Ermüdung

ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)

© PMV 2015

\*) mindestens eine Verordnung/Leistung im Quartal I/2012 und mindestens zwei Verordnungen/Leistungen im Abstand von acht Wochen in 2012

Ausschluss von Behandlungsfällen, bei denen zusätzlich eine Diagnose mit Kennzeichnung S/F kodiert war.

Dargestellt sind nur ICD-Kodes mit mindestens 10 Behandlungsfällen mit Wundbehandlung > 8 Wochen

In einem zweiten Schritt wurden noch zusätzlich alle Behandlungsfälle ausgeschlossen, bei denen im Quartal I/2012 eine ICD-Diagnose Z43 (Versorgung künstlicher Körperöffnungen) oder Z93 (Vorhandensein einer künstlichen Körperöffnung) kodiert war. Die Ergebnisse dieser Auswertung sind in Tab. 85 dargestellt.

**Tab. 85 Überprüfung der ICD-Kodes ohne Kennzeichnung S/F: Anteil der Patienten mit mindestens einer wundrelevanten Verordnung/Leistung im Quartal I/2012 (Kriterium 1) und mindestens zwei wundrelevanten Verordnungen/Leistungen im Abstand von mindestens acht Wochen in 2012 (Kriterium 2)**

B V - M e M d	P M V	ICD	Patienten mit ICD-Kode in Quartal I/2012 davon: mit Wundbehandlung mindestens 8 Wochen		Bezeichnung
			Anzahl	Anteil [%]	
		M62.39	15	9,0	Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Nicht näher bez. Lokalisationen
		T14.9	15	5,7	Verletzung, nicht näher bez.
		F07.0	17	5,6	Organische Persönlichkeitsstörung
		E86	14	4,5	Volumenmangel
		F06.9	25	4,0	Nicht näher bez. organische psychische Störung aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit
		G81.9	27	3,9	Hemiparese u. Hemiplegie, nicht näher bez.
		G20.90	26	3,9	Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bez. Ohne Wirkungsfluktuation
		G30.9	11	3,7	Alzheimer-Krankheit, nicht näher bez. (F00.9*)
		F03	72	3,7	Nicht näher bez. Demenz
		N31.9	15	3,7	Neuromuskuläre Dysfunktion der Harnblase, nicht näher bez.
		F01.9	11	3,5	Vaskuläre Demenz, nicht näher bez.
		E87.6	14	3,4	Hypokaliämie
		R32	107	3,1	Nicht näher bez. Harninkontinenz
		N18.9	31	3,1	Chronische Nierenkrankheit, nicht näher bez.
		I69.4	11	2,9	Folgen eines Schlaganfalls, nicht als Blutung oder Infarkt bez.
		R39.1	28	2,9	Sonstige Miktionsstörungen
		R26.8	29	2,8	Sonstige u. nicht näher bez. Störungen des Ganges u. der Mobilität
		R15	14	2,8	Stuhlinkontinenz
		R60.0	16	2,7	Umschriebenes Ödem
		E10.90	23	2,6	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bez.
		I63.9	13	2,4	Hirnfarkt, nicht näher bez.
		R13.9	11	2,3	Sonstige u. nicht näher bez. Dysphagie

ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)

© PMV 2015

\*) mindestens eine Verordnung/Leistung im Quartal I/2012 und mindestens zwei Verordnungen/Leistungen im Abstand von acht Wochen in 2012

Ausschluss von Behandlungsfällen, bei denen zusätzlich eine Diagnose mit Kennzeichnung S/F kodiert war.

Ausschluss von Behandlungsfällen, bei denen im Quartal I/2012 eine ICD-Diagnose Z43 (Versorgung künstlicher Körperöffnungen) oder Z93 (Vorhandensein einer künstlichen Körperöffnung) kodiert war.

Dargestellt sind nur ICD-Kodes mit mindestens 10 Behandlungsfällen mit Wundbehandlung > 8 Wochen

Fortsetzung folgt

Fortsetzung Tab. 85

B V - M e d	P M V	ICD	Patienten mit ICD-Kode in Quartal I/2012 davon: mit Wundbehandlung mindestens 8 Wochen		Bezeichnung
			Anzahl	Anteil [%]	
		R60.9	14	2,1	Ödem, nicht näher bez.
		I48.10	15	2,0	Vorhofflimmern: Paroxysmal
		N19	32	2,0	Nicht näher bez. Niereninsuffizienz
		I64	17	1,8	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bez.
		G40.9	33	1,8	Epilepsie, nicht näher bez.
		F79.9	13	1,8	Nicht näher bez. Intelligenzminderung: Ohne Angabe einer Verhaltensstörung
		K59.0	36	1,8	Obstipation
		Z97.8	12	1,7	Vorhandensein sonstiger u. nicht näher bez. medizinischer Geräte oder Hilfsmittel
		N47	11	1,7	Vorhauthypertrophie, Phimose u. Paraphimose
		I50.9	66	1,6	Herzinsuffizienz, nicht näher bez.
		R45.1	12	1,5	Ruhelosigkeit u. Erregung
		I48.19	41	1,5	Vorhofflimmern: Nicht näher bez.
		C61	17	1,4	Bösartige Neubildung der Prostata
		Z95.0	15	1,3	Vorhandensein eines implantierten Herzschrittmachers oder eines implantierten Kardioderibrillators
		E14.9	18	1,3	Nicht näher bez. Diabetes mellitus: Ohne Komplikationen
		E11.9	23	1,3	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Ohne Komplikationen
		D64.9	23	1,2	Anämie, nicht näher bez.
		Z92.1	37	1,2	Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulanzen in der Eigenanamnese
		N39.0	40	1,2	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bez.
		M15.9	30	1,2	Polyarthrose, nicht näher bez.
		E88.9	13	1,1	Stoffwechselstörung, nicht näher bez.
		N40	60	1,1	Prostatahyperplasie

ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)

© PMV 2015

\*) mindestens eine Verordnung/Leistung im Quartal I/2012 und mindestens zwei Verordnungen/Leistungen im Abstand von acht Wochen in 2012

Ausschluss von Behandlungsfällen, bei denen zusätzlich eine Diagnose mit Kennzeichnung S/F kodiert war.

Ausschluss von Behandlungsfällen, bei denen im Quartal I/2012 eine ICD-Diagnose Z43 (Versorgung künstlicher Körperöffnungen) oder Z93 (Vorhandensein einer künstlichen Körperöffnung) kodiert war.

Dargestellt sind nur ICD-Kodes mit mindestens 10 Behandlungsfällen mit Wundbehandlung > 8 Wochen

Fortsetzung folgt

Fortsetzung Tab. 85

B V - M e d	P M V	ICD	Patienten mit ICD-Kode in Quartal I/2012 davon: mit Wundbehandlung mindestens 8 Wochen		Bezeichnung
			Anzahl	Anteil [%]	
		J44.99	49	1,1	Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bez. FEV1 nicht näher bez.
		H25.9	13	1,1	Senile Katarakt, nicht näher bez.
		E14.90	52	1,1	Nicht näher bez. Diabetes mellitus: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bez.
		G47.0	12	1,1	Ein- u. Durchschlafstörungen
		F32.8	13	1,0	Sonstige depressive Episoden
		I25.9	76	1,0	Chronische ischämische Herzkrankheit, nicht näher bez.
		R52.9	14	1,0	Schmerz, nicht näher bez.
		E05.9	15	1,0	Hyperthyreose, nicht näher bez.
		N20.0	13	0,9	Nierenstein
		Z96.6	18	0,9	Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten
		E11.90	96	0,9	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bez.
		I34.0	17	0,8	Mitralklappeninsuffizienz
		D22.9	19	0,8	Melanozytennävus, nicht näher bez.
		H61.2	30	0,8	Zeruminalpfropf
		M81.99	32	0,8	Osteoporose, nicht näher bez. Nicht näher bez. Lokalisationen
		K57.30	12	0,8	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung
		K80.20	20	0,8	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion
		R52.2	20	0,8	Sonstiger chronischer Schmerz
		E79.0	54	0,8	Hyperurikämie ohne Zeichen von entzündlicher Arthritis oder tophischer Gicht
		I25.19	14	0,8	Atherosklerotische Herzkrankheit: Nicht näher bez.
		I10.00	38	0,7	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
		R42	27	0,7	Schwindel u. Taumel

ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)

© PMV 2015

\*) mindestens eine Verordnung/Leistung im Quartal I/2012 und mindestens zwei Verordnungen/Leistungen im Abstand von acht Wochen in 2012

Ausschluss von Behandlungsfällen, bei denen zusätzlich eine Diagnose mit Kennzeichnung S/F kodiert war.

Ausschluss von Behandlungsfällen, bei denen im Quartal I/2012 eine ICD-Diagnose Z43 (Versorgung künstlicher Körperöffnungen) oder Z93 (Vorhandensein einer künstlichen Körperöffnung) kodiert war.

Dargestellt sind nur ICD-Kodes mit mindestens 10 Behandlungsfällen mit Wundbehandlung > 8 Wochen

Fortsetzung folgt



## Fortsetzung Tab. 85

B V - M e d	P M V	ICD	Patienten mit ICD-Kode in Quartal I/2012 davon: mit Wundbehandlung mindestens 8 Wochen		Bezeichnung
			Anzahl	Anteil [%]	
		L30.9	32	0,7	Dermatitis, nicht näher bez.
		I10.9	31	0,7	Essentielle Hypertonie, nicht näher bez.
		L20.8	20	0,7	Sonstiges atopisches [endogenes] Ekzem
		M17.9	54	0,7	Gonarthrose, nicht näher bez.
		H91.9	18	0,7	Hörverlust, nicht näher bez.
		R53	14	0,7	Unwohlsein u. Ermüdung
		M53.99	21	0,7	Krankheit der Wirbelsäule u. des Rückens, nicht näher bez. Nicht näher bez. Lokalisation
		K76.9	16	0,7	Leberkrankheit, nicht näher bez.
		J40	45	0,7	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bez.
		R50.9	19	0,7	Fieber, nicht näher bez.
		H40.1	13	0,7	Primäres Weitwinkelglaukom
		Z27.8	12	0,6	Notwendigkeit der Impfung gegen sonstige Kombinationen von Infektionskrankheiten
		I10.90	247	0,6	Essentielle Hypertonie, nicht näher bez. Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
		D50.9	15	0,6	Eisenmangelanämie, nicht näher bez.
		I10.0	12	0,6	Benigne essentielle Hypertonie
		M16.9	24	0,6	Koxarthrose, nicht näher bez.
		G47.9	18	0,6	Schlafstörung, nicht näher bez.
		H66.9	13	0,6	Otitis media, nicht näher bez.
		I49.9	17	0,6	Kardiale Arrhythmie, nicht näher bez.
		H35.3	11	0,6	Degeneration der Makula u. des hinteren Poles
		J31.0	13	0,6	Chronische Rhinitis
		K21.0	40	0,6	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis

ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)

© PMV 2015

\*) mindestens eine Verordnung/Leistung im Quartal I/2012 und mindestens zwei Verordnungen/Leistungen im Abstand von acht Wochen in 2012

Ausschluss von Behandlungsfällen, bei denen zusätzlich eine Diagnose mit Kennzeichnung S/F kodiert war.

Ausschluss von Behandlungsfällen, bei denen im Quartal I/2012 eine ICD-Diagnose Z43 (Versorgung künstlicher Körperöffnungen) oder Z93 (Vorhandensein einer künstlichen Körperöffnung) kodiert war.

Dargestellt sind nur ICD-Kodes mit mindestens 10 Behandlungsfällen mit Wundbehandlung > 8 Wochen

Fortsetzung folgt

## Fortsetzung Tab. 85

B V - M e d	P M V	ICD	Patienten mit ICD-Kode in Quartal I/2012 davon: mit Wundbehandlung mindestens 8 Wochen		Bezeichnung
			Anzahl	Anteil [%]	
		J02.9	22	0,6	Akute Pharyngitis, nicht näher bez.
		E66.99	37	0,5	Adipositas, nicht näher bez. Body-Mass-Index [BMI] nicht näher bez.
		K21.9	12	0,5	Gastroösophageale Refluxkrankheit ohne Ösophagitis
		K44.9	11	0,5	Hernia diaphragmatica ohne Einklemmung u. ohne Gangrän
		B99	14	0,5	Sonstige u. nicht näher bez. Infektionskrankheiten
		H40.9	11	0,5	Glaukom, nicht näher bez.
		Z00.1	17	0,5	Gesundheitsvorsorgeuntersuchung eines Kindes
		H26.9	18	0,5	Katarakt, nicht näher bez.
		Z96.1	14	0,5	Vorhandensein eines intraokularen Linsenimplantates
		F32.9	52	0,5	Depressive Episode, nicht näher bez.
		E78.2	12	0,5	Gemischte Hyperlipidämie
		E78.5	45	0,5	Hyperlipidämie, nicht näher bez.

ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)

© PMV 2015

\*) mindestens eine Verordnung/Leistung im Quartal I/2012 und mindestens zwei Verordnungen/Leistungen im Abstand von acht Wochen in 2012

Ausschluss von Behandlungsfällen, bei denen zusätzlich eine Diagnose mit Kennzeichnung S/F kodiert war.

Ausschluss von Behandlungsfällen, bei denen im Quartal I/2012 eine ICD-Diagnose Z43 (Versorgung künstlicher Körperöffnungen) oder Z93 (Vorhandensein einer künstlichen Körperöffnung) kodiert war.

Dargestellt sind nur ICD-Kodes mit mindestens 10 Behandlungsfällen mit Wundbehandlung > 8 Wochen

## 8.4

Häufigkeit der relevanten  
ICD-Kodes

## 8.4.1

## Dekubitus

Diagnosehäufigkeit nach  
Diagnoseart

Tab. 86 zeigt die Verteilung der Patienten mit stationären und ambulanten Diagnosen nach ICD-Untergruppen. Im ambulanten Sektor wurden überwiegend ICD-Kodes ohne Angabe des Grades (ICD L89.9) dokumentiert. Im stationären Bereich sind es erwartungsgemäß überwiegend höhere Schweregrade (ICD L89.2 und L89.3).

Tab. 86

Indikationsbereich »Dekubitus«: Häufigkeit relevanter ICD-Kodes in 2012  
nach Diagnoseart

P M V	ICD	Anzahl der Patienten mit Diagnose									
		Aufnahme- diagnose		Stationäre Haupt- Entlassungs- diagnose		Neben- diagnose		Kranken- schein- diagnose		Gesamt	
		[n]	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]
S	L89.1	20	25,3	3	5,5	755	58,1	429	20,2	1.102	37,4
S	L89.2	18	22,8	11	20,0	257	19,8	189	8,9	421	14,3
S	L89.3	27	34,2	37	67,3	134	10,3	93	4,4	216	7,3
F	L89.0	3	3,8	1	1,8	444	34,2	287	13,5	712	24,2
F	L89.9	17	21,5	5	9,1	69	5,3	1.482	69,7	1.530	52,0
	Gesamt	79	100,0	55	100,0	1.300	100,0	2.126	100,0	2.945	100,0

ICD: ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)  
Mehrfachnennung möglich

© PMV 2015

Diagnosehäufigkeit nach Anzahl der Diagnosequartale

Bei rund zwei Drittel (64,8%) der Patienten mit relevanten-Diagnose für den »Indikationsbereich Dekubitus« wurde die Diagnose in einem Quartal, bei einem Drittel in zwei bis vier Quartalen dokumentiert (Tab. 87).

**Tab. 87 Indikationsbereich »Dekubitus«: Häufigkeit relevanter ICD-Kodes in 2012 nach Anzahl der Diagnosequartale**

ICD	Bezeichnung	Gesamt (100%)	Patienten mit Diagnosen davon Anteil [%] in ... Quartalen			
			1	2	3	4
L89.0	Dekubitus 1. Grades	712	86,2	7,4	1,7	4,6
L89.1	Dekubitus 2. Grades	1.102	79,7	11,9	3,5	4,9
L89.2	Dekubitus 3. Grades	421	80,0	11,9	4,5	3,6
L89.3	Dekubitus 4. Grades	216	66,7	17,1	6,9	9,3
L89.9	Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet	1.530	64,2	15,4	7,0	13,4
<b>Gesamt</b>		<b>2.945</b>	<b>64,8</b>	<b>17,4</b>	<b>6,7</b>	<b>11,2</b>

ICD: ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)  
Mehrfachnennung möglich

© PMV 2015

## 8.4.2

## Ulcus cruris

Diagnosehäufigkeit  
Diagnoseart

Tab. 88 zeigt die Verteilung der Patienten mit stationären und ambulanten Diagnosen nach ICD-Untergruppen. Betrachtet man nur die ICD-Kodes mit PMV-Kennzeichnung S, die explizit eine Wunde benennen, so wurde im ambulanten Sektor überwiegend der ICD-Kodes L97 (Ulcus cruris, andernorts nicht klassifiziert) dokumentiert. Im stationären Bereich waren es die ICD-Kodes I70.23 bzw. I70.24 Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration bzw. mit Gangrän.

Tab. 88

**Indikationsbereich »Ulcus cruris«: Häufigkeit relevanter ICD-Kodes in 2012 nach Diagnoseart**

P M V	ICD	Anzahl der Patienten mit Diagnose									
		Aufnahme- diagnose		Stationäre Haupt- Entlassungs- diagnose		Neben- diagnose		Kranken- schein- diagnose		Gesamt	
		[n]	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]
S	I70.23	135	9,2	151	12,4	297	10,8	172	0,5	475	1,4
S	I70.24	177	12,1	215	17,7	349	12,7	119	0,4	456	1,3
S	I83.0	22	1,5	28	2,3	75	2,7	664	2,0	726	2,1
S	I83.2	23	1,6	33	2,7	57	2,1	633	1,9	687	2,0
S	I87.01	3	0,2	5	0,4	16	0,6	47	0,1	62	0,2
S	L97	71	4,9	32	2,6	243	8,8	1.935	5,8	2.058	6,1
S	L98.4	19	1,3	16	1,3	74	2,7	798	2,4	863	2,6
S	R02	40	2,7	19	1,6	78	2,8	415	1,2	485	1,4
F	I70.20	103	7,0	13	1,1	477	17,4	1.776	5,3	2.188	6,5
F	I70.21	366	25,1	341	28,0	585	21,3	602	1,8	1.182	3,5
F	I70.22	114	7,8	101	8,3	234	8,5	107	0,3	366	1,1
F	I70.9	6	0,4	1	0,1	64	2,3	2.472	7,4	2.522	7,5
F	I73.9	124	8,5	4	0,3	133	4,8	6.428	19,3	6.493	19,2
F	I83.1	33	2,3	48	3,9	172	6,3	2.867	8,6	2.996	8,9
F	I83.9	310	21,2	240	19,7	355	12,9	16.509	49,7	16.610	49,1
F	I87.00	6	0,4	3	0,2	40	1,5	701	2,1	730	2,2
F	I87.2	27	1,8	19	1,6	196	7,1	7.422	22,3	7.540	22,3
F	I89.0	23	1,6	26	2,1	137	5,0	3.078	9,3	3.159	9,3
F	M62.2	2	0,1	3	0,2	18	0,7	1	0,0	21	0,1
	Gesamt	1.461	100,0	1.218	100,0	2.748	100,0	33.233	100,0	33.805	100,0

ICD: ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)  
Mehrfachnennung möglich

© PMV 2015

Diagnosehäufigkeit nach Anzahl der Diagnosequartale

Bei rund einem Viertel (24,4%) der Patienten mit relevanter Diagnose für den »Indikationsbereich Ulcus cruris« wurde die Diagnose in einem Quartal, bei einem weiteren Viertel (24,6%) in zwei bis drei und bei rund der Hälfte (51,0%) in vier Quartalen dokumentiert (Tab. 89). Bei den ICD-Kodes mit PMV-Kennzeichnung S, die Wunden explizit benennen, lag der Anteil mit Diagnose-nennung in vier Quartalen zwischen 4,4% und 27,4%.

**Tab. 89** Indikationsbereich »Ulcus cruris«: Häufigkeit relevanter ICD-Kodes in 2012 nach Anzahl der Diagnosequartale

ICD	Bezeichnung	Gesamt (100%)	Patienten mit Diagnosen davon Anteil [%] in ... Quartalen			
			1	2	3	4
I70.20	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Sonstige und nicht näher bezeichnet	2.188	49,4	14,5	8,8	27,3
I70.21	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz	1.182	62,9	18,7	6,3	12,1
I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerzen	366	75,7	14,5	4,1	5,7
I70.23	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	475	66,9	18,7	4,2	10,1
I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	456	70,8	18,2	6,6	4,4
I70.9	Generalisierte und nicht näher bezeichnete Atherosklerose	2.522	32,3	11,4	10,8	45,5
I73.9	Periphere Gefäßkrankheit, nicht näher bezeichnet	6.493	23,0	10,9	10,8	55,3
I83.0	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration	726	51,4	13,9	10,9	23,8
I83.1	Varizen der unteren Extremitäten mit Entzündung	2.996	38,1	14,1	11,4	36,4
I83.2	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung	687	49,6	16,6	7,1	26,6
I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	16.610	27,7	13,2	12,0	47,1
I87.00	Postthrombotisches Syndrom ohne Ulzeration	730	37,9	14,8	9,2	38,1
I87.01	Postthrombotisches Syndrom mit Ulzeration	62	48,4	17,7	6,5	27,4
I87.2	Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher)	7.540	30,3	11,6	10,6	47,6
I89.0	Lymphödem, anderenorts nicht klassifiziert	3.159	37,3	13,6	10,2	38,9
L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	2.058	48,8	16,5	9,1	25,6
L98.4	Chronisches Ulkus der Haut, anderenorts nicht klassifiziert	863	70,0	11,9	5,1	13,0
M62.2	Ischämischer Muskelfarkt (nichttraumatisch) [5. Stelle: 0-9]	21	95,2	4,8	0,0	0,0
R02	Gangrän, anderenorts nicht klassifiziert	485	69,5	13,8	3,9	12,8
<b>Gesamt</b>		<b>33.805</b>	<b>24,4</b>	<b>12,5</b>	<b>12,1</b>	<b>51,0</b>

ICD: ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)  
Mehrfachnennung möglich

© PMV 2015

## 8.4.3

## Diabetischer Fuß

Diagnosehäufigkeit nach  
Diagnoseart

Tab. 90 zeigt die Verteilung der Patienten mit stationären und ambulanten  
Diagnosen nach ICD-Untergruppen.

Tab. 90

**Indikationsbereich »Diabetischer Fuß«: Häufigkeit relevanter ICD-Kodes  
in 2012 nach Diagnoseart**

P M V	ICD	Anzahl der Patienten mit Diagnose									
		Aufnahme- diagnose		Stationäre Haupt- Entlassungs- diagnose		Neben- diagnose		Kranken- schein- diagnose		Gesamt	
		[n]	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]
F	E10-E14.4	43	11,0	34	5,6	479	30,7	4.955	48,0	5.222	48,0
F	E10-E14.5	35	9,0	32	5,3	199	12,7	1.821	17,7	1.965	18,0
F	E10-E14.6	113	29,0	225	37,4	360	23,1	1.692	16,4	2.091	19,2
F	E10-E14.72	14	3,6	16	2,7	311	19,9	1.414	13,7	1.683	15,5
F	E10-E14.73	75	19,2	159	26,4	272	17,4	277	2,7	545	5,0
F	E10-E14.74	79	20,3	102	16,9	198	12,7	1.153	11,2	1.258	11,6
F	E10-E14.75	35	9,0	73	12,1	99	6,3	79	0,8	185	1,7
F	G62.9	15	3,8	6	1,0	77	4,9	2.735	26,5	2.777	25,5
F	G63.2	0	0,0	0	0,0	1	0,1	3.391	32,9	3.392	31,1
F	I79.2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	528	5,1	528	4,8
	Gesamt	390	100,0	602	100,0	1.561	100,0	10.314	100,0	10.890	100,0

ICD: ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)  
Mehrfachnennung möglich

© PMV 2015

Diagnosehäufigkeit nach Anzahl der Diagnose- quartale

Bei knapp einem Viertel (22%) der Patienten mit relevanten-Diagnose für den »Indikationsbereich Diabetischer Fuß« wurde die Diagnose in einem Quartal, bei einem weiteren Viertel (22%) in zwei bis drei und bei über der Hälfte (56%) in vier Quartalen dokumentiert (Tab. 91).

**Tab. 91 Indikationsbereich »Diabetischer Fuß«: Häufigkeit relevanter ICD-Kodes in 2012 nach Anzahl der Diagnosequartale**

ICD	Bezeichnung	Gesamt (100%)	Patienten mit Diagnosen davon Anteil [%] in ... Quartalen			
			1	2	3	4
E10-E14.4	Diabetes mellitus: Mit neurologischen Komplikationen	5.222	22,6	11,3	11,6	54,4
E10-E14.5	Diabetes mellitus: Mit peripheren vaskulären Komplikationen	1.965	39,5	11,8	9,2	39,6
E10-E14.6	Diabetes mellitus: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen	2.091	44,8	15,0	12,1	28,1
E10-E14.72	Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen mit sonst. multiplen Kompl., nicht entgleist	1.683	35,1	14,0	12,4	38,5
E10-E14.73	Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen mit sonst. multiplen Kompl, entgleist	545	57,6	14,5	7,5	20,4
E10-E14.74	Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen mit DFS, nicht entgleist	1.258	35,9	13,8	11,7	38,6
E10-E14.75	Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen mit DFS, entgleist	185	60,0	20,0	7,0	13,0
G62.9	Polyneuropathie, nicht näher bezeichnet	2.777	26,9	10,7	10,2	52,1
G63.2	Diabetische Polyneuropathie (E10-E14, vierte Stelle .4 )	3.392	24,0	11,0	12,1	52,9
I79.2	Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	528	44,3	9,7	9,5	36,6
<b>Gesamt</b>		<b>10.890</b>	<b>22,3</b>	<b>10,7</b>	<b>11,5</b>	<b>55,6</b>

ICD: ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)  
Mehrfachnennung möglich

© PMV 2015

#### 8.4.4 Posttraumatische Wunden

Diagnosehäufigkeit nach Diagnoseart

Tab. 92 zeigt die Verteilung der Patienten mit stationären und ambulanten Diagnosen nach ICD-Untergruppen.



**Tab. 92 Indikationsbereich »Posttraumatische Wunden«: Häufigkeit relevanter ICD-Kodes in 2012 nach Diagnoseart**

P M V	ICD	Anzahl der Patienten mit Diagnose									
		Aufnahme- diagnose		Stationäre Haupt- Entlassungs- diagnose				Kranken- schein- diagnose		Gesamt	
		[n]	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]
S	S11	4	1,1	3	0,9	7	0,6	15	0,1	22	0,2
S	S21	6	1,7	2	0,6	17	1,4	39	0,3	57	0,5
S	S31.0	2	0,6	3	0,9	11	0,9	19	0,2	31	0,2
S	S31.1	3	0,9	1	0,3	15	1,3	33	0,3	50	0,4
S	S31.7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0
S	S31.8	3	0,9	2	0,6	5	0,4	20	0,2	28	0,2
S	S41	2	0,6	2	0,6	16	1,4	65	0,6	82	0,6
S	S51	15	4,3	16	4,6	56	4,8	337	2,9	393	3,1
S	S61	37	10,6	25	7,2	72	6,1	1.509	12,8	1.583	12,5
S	S71	7	2,0	4	1,1	23	2,0	72	0,6	93	0,7
S	S81.0	8	2,3	5	1,4	15	1,3	118	1,0	135	1,1
S	S81.7	4	1,1	1	0,3	5	0,4	21	0,2	28	0,2
S	S81.8	3	0,9	7	2,0	19	1,6	100	0,8	120	1,0
S	S81.9	15	4,3	7	2,0	27	2,3	179	1,5	210	1,7
S	S91.0	4	1,1	0	0,0	6	0,5	12	0,1	21	0,2
S	S91.1	0	0,0	0	0,0	4	0,3	72	0,6	76	0,6
S	S91.2	0	0,0	0	0,0	2	0,2	38	0,3	40	0,3
S	S91.3	9	2,6	4	1,1	22	1,9	220	1,9	245	1,9
S	S91.7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	0,1	7	0,1
S	S91.8	0	0,0	0	0,0	2	0,2	42	0,4	44	0,3
S	T01	3	0,9	0	0,0	9	0,8	1.322	11,2	1.329	10,5
S	T05	0	0,0	0	0,0	0	0,0	17	0,1	17	0,1
S	T09.1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0	2	0,0
S	T11.1	1	0,3	0	0,0	1	0,1	29	0,2	31	0,2
S	T11.6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0	2	0,0
S	T13.1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	44	0,4	44	0,3
S	T13.6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	0,0	5	0,0

ICD: ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)  
Mehrfachnennung möglich

© PMV 2015

Fortsetzung folgt

Fortsetzung Tab. 92

## Häufigkeit der Diagnose »Posttraumatische Wunden« in 2012 nach ICD-Unterguppen und Diagnoseart

P M V	ICD	Anzahl der Patienten mit Diagnose									
		Aufnahme- diagnose		Stationäre				Kranken- schein- diagnose		Gesamt	
		[n]	[%]	Haupt- Entlassungs- diagnose		Neben- diagnose		[n]	[%]	[n]	[%]
S	T	[n]	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]
S	T14.1	15	4,3	5	1,4	18	1,5	4.996	42,3	5.016	39,7
S	T14.7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	14	0,1	14	0,1
S	T79.2	0	0,0	0	0,0	2	0,2	15	0,1	17	0,1
S	T79.3	10	2,9	12	3,4	39	3,3	2.127	18,0	2.164	17,1
S	T81.3	13	3,7	31	8,9	225	19,2	492	4,2	704	5,6
S	T89.0	11	3,1	5	1,4	110	9,4	163	1,4	275	2,2
S	T90.1	0	0,0	0	0,0	2	0,2	8	0,1	10	0,1
S	T91.0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	4	0,0	5	0,0
S	T92.0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	8	0,1	9	0,1
S	T93.0	2	0,6	0	0,0	8	0,7	7	0,1	14	0,1
F	S88	0	0,0	0	0,0	2	0,2	38	0,3	39	0,3
F	S98	0	0,0	0	0,0	1	0,1	89	0,8	89	0,7
F	T79.9	6	1,7	2	0,6	9	0,8	1.411	11,9	1.419	11,2
F	T81.4	79	22,6	115	33,0	459	39,1	280	2,4	733	5,8
F	T82.7	25	7,1	42	12,1	137	11,7	45	0,4	192	1,5
F	T84.5	55	15,7	49	14,1	74	6,3	31	0,3	112	0,9
F	T84.6	14	4,0	19	5,5	29	2,5	7	0,1	41	0,3
F	T86.51	1	0,3	2	0,6	12	1,0	2	0,0	16	0,1
F	T88.9	3	0,9	0	0,0	9	0,8	34	0,3	44	0,3
F	T93.6	0	0,0	0	0,0	2	0,2	23	0,2	25	0,2
	<b>Gesamt</b>	<b>350</b>	<b>100,0</b>	<b>348</b>	<b>100,0</b>	<b>1.173</b>	<b>100,0</b>	<b>11.811</b>	<b>100,0</b>	<b>12.621</b>	<b>100,0</b>

ICD: ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)  
 Mehrfachnennung möglich

© PMV 2015

Diagnosehäufigkeit nach Anzahl der Diagnosequartale

Bei den einbezogenen Erkrankungen handelt es sich überwiegend um akute Ereignisse. Bei dem überwiegenden Teil (86%) der Patienten mit relevanter Diagnose für den »Indikationsbereich Posttraumatische Wunden« wurde die Diagnose in einem Quartal, bei 10% in zwei und nur bei rund 5% in drei und vier Quartalen dokumentiert (Tab. 93).

**Tab. 93 Indikationsbereich »Posttraumatische Wunden«: Häufigkeit relevanter ICD-Kodes in 2012 nach Anzahl der Diagnosequartale**

ICD	Bezeichnung	Gesamt (100%)	Patienten mit Diagnosen davon Anteil [%] in ... Quartalen			
			1	2	3	4
S11	Offene Wunde des Halses	22	90,9	9,1	0,0	0,0
S21	Offene Wunde des Thorax	57	89,5	7,0	0,0	3,5
S31.0	Offene Wunde der Lumbosakralgegend und des Beckens	31	93,5	6,5	0,0	0,0
S31.1	Offene Wunde der Bauchdecke	50	94,0	2,0	2,0	2,0
S31.7	Multiple offene Wunden des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	1	100,0	0,0	0,0	0,0
S31.8	Offene Wunde sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Abdomens	28	82,1	3,6	3,6	10,7
S41	Offene Wunde der Schulter und des Oberarmes	82	89,0	4,9	1,2	4,9
S51	Offene Wunde des Unterarmes	393	93,6	5,6	0,8	0,0
S61	Offene Wunde des Handgelenkes und der Hand	1.583	96,5	3,0	0,1	0,4
S71	Offene Wunde der Hüfte und des Oberschenkels	93	82,8	10,8	0,0	6,5
S81.0	Offene Wunde des Knies	135	94,1	3,7	0,7	1,5
S81.7	Multiple offene Wunden des Unterschenkels	28	96,4	3,6	0,0	0,0
S81.8	Offene Wunde sonstiger Teile des Unterschenkels	120	82,5	10,0	2,5	5,0
S81.9	Offene Wunde des Unterschenkels, Teil nicht näher bezeichnet	210	92,4	4,3	1,0	2,4
S88	Traumatische Amputation am Unterschenkel	39	15,4	5,1	10,3	69,2
S91.0	Offene Wunde der Knöchelregion	21	95,2	4,8	0,0	0,0
S91.1	Offene Wunde einer oder mehrerer Zehen ohne Schädigung des Nagels	76	90,8	7,9	1,3	0,0
S91.2	Offene Wunde einer oder mehrerer Zehen mit Schädigung des Nagels	40	97,5	2,5	0,0	0,0

ICD: ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)  
Mehrfachnennung möglich

© PMV 2015

Fortsetzung folgt

**Fortsetzung Tab. 93 Häufigkeit der Diagnose »Posttraumatische Wunden« in 2012 nach ICD-Untergruppen und Anzahl der Diagnosequartale**

ICD	Bezeichnung	Gesamt (100%)	Patienten mit Diagnosen davon Anteil [%] in ... Quartalen			
			1	2	3	4
S91.3	Offene Wunde sonstiger Teile des Fußes	245	95,9	3,3	0,4	0,4
S91.7	Multiple offene Wunden der Knöchelregion und des Fußes	7	85,7	14,3	0,0	0,0
S91.8	Offene Wunde sonstiger Teile der Knöchelregion und des Fußes	44	95,5	4,5	0,0	0,0
S98	Traumatische Amputation am oberen Sprunggelenk und Fuß	89	28,1	14,6	7,9	49,4
T01	Offene Wunden mit Beteiligung mehrerer Körperregionen	1.329	89,9	7,4	1,5	1,2
T05	Traumatische Amputationen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen	17	41,2	0,0	5,9	52,9
T09.1	Offene Wunde des Rumpfes, Höhe nicht näher bezeichnet	2	50,0	50,0	0,0	0,0
T11.1	Offene Wunde der oberen Extremität, Höhe nicht näher bezeichnet	31	93,5	6,5	0,0	0,0
T11.6	Traumatische Amputation der oberen Extremität, Höhe nicht näher bezeichnet	2	50,0	0,0	0,0	50,0
T13.1	Offene Wunde der unteren Extremität, Höhe nicht näher bezeichnet	44	97,7	2,3	0,0	0,0
T13.6	Traumatische Amputation der unteren Extremität, Höhe nicht näher bezeichnet	5	20,0	0,0	0,0	80,0
T14.1	Offene Wunde an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	5.016	93,3	5,3	0,7	0,7
T14.7	Zerquetschung und traumatische Amputation einer nicht näher bezeichneten Körperregion	14	64,3	7,1	0,0	28,6
T79.2	Traumatisch bedingte sekundäre oder rezidivierende Blutung	17	82,4	5,9	0,0	11,8
T79.3	Posttraumatische Wundinfektion, anderenorts nicht klassifiziert	2.164	91,6	5,2	1,1	2,1
T79.9	Nicht näher bezeichnete Frühkomplikation eines Traumas	1.419	78,3	13,0	3,2	5,5
T81.3	Aufreißen einer Operationswunde, anderenorts nicht klassifiziert	704	84,1	8,8	2,1	5,0
T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	733	87,0	7,4	2,0	3,5

ICD: ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)  
Mehrfachnennung möglich

© PMV 2015

Fortsetzung folgt

**Fortsetzung Tab. 93 Häufigkeit der Diagnose »Posttraumatische Wunden« in 2012 nach ICD-Untergruppen und Anzahl der Diagnosequartale**

ICD	Bezeichnung	Gesamt (100%)	Patienten mit Diagnosen davon Anteil [%] in ... Quartalen			
			1	2	3	4
T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	192	78,6	15,6	3,1	2,6
T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese	112	72,3	17,0	6,3	4,5
T84.6	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine interne Osteosynthesevorrichtung [jede Lokalisation]	41	73,2	17,1	7,3	2,4
T86.51	Nekrose eines Hauttransplantates	16	87,5	6,3	0,0	6,3
T88.9	Komplikation bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, nicht näher bezeichnet	44	77,3	9,1	2,3	11,4
T89.0	Komplikationen einer offenen Wunde	275	93,1	6,2	0,0	0,7
T90.1	Folgen einer offenen Wunde des Kopfes	10	90,0	0,0	0,0	10,0
T91.0	Folgen einer oberflächlichen Verletzung und einer offenen Wunde des Halses und des Rumpfes	5	80,0	0,0	20,0	0,0
T92.0	Folgen einer offenen Wunde der oberen Extremität	9	88,9	0,0	11,1	0,0
T93.0	Folgen einer offenen Wunde der unteren Extremität	14	78,6	14,3	0,0	7,1
T93.6	Folgen einer Zerquetschung oder einer traumatischen Amputation der unteren Extremität	25	36,0	0,0	16,0	48,0
<b>Gesamt</b>		<b>12.621</b>	<b>85,5</b>	<b>9,5</b>	<b>2,0</b>	<b>3,0</b>

ICD: ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)  
Mehrfachnennung möglich

© PMV 2015

## 8.4.5

## Verbrennung/Verätzung

Diagnosehäufigkeit nach  
Diagnoseart

Tab. 94 zeigt die Verteilung der Patienten mit stationären und ambulanten Diagnosen nach ICD-Untergruppen.

Tab. 94

**Indikationsbereich »Verbrennung/Verätzung«: Häufigkeit relevanter ICD-Kodes in 2012 nach Diagnoseart**

P M V	ICD	Anzahl der Patienten mit Diagnose									
		Aufnahme- diagnose		Stationäre Haupt- Entlassungs- diagnose		Neben- diagnose		Kranken- schein- diagnose		Gesamt	
		[n]	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]
S	T20.2	5	10,6	6	10,0	9	14,3	14	2,5	24	4,0
S	T20.3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,7	4	0,7
S	T21.2	5	10,6	7	11,7	18	28,6	36	6,4	50	8,3
S	T21.3	1	2,1	4	6,7	4	6,3	7	1,2	11	1,8
S	T21.6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,4	2	0,3
S	T21.8	4	8,5	5	8,3	7	11,1	5	0,9	13	2,2
S	T22.2	3	6,4	4	6,7	14	22,2	66	11,7	77	12,8
S	T22.3	1	2,1	3	5,0	3	4,8	9	1,6	12	2,0
S	T22.7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,5	3	0,5
S	T22.8	2	4,3	2	3,3	4	6,3	6	1,1	11	1,8
S	T23.2	4	8,5	5	8,3	9	14,3	136	24,1	142	23,6
S	T23.3	3	6,4	4	6,7	3	4,8	17	3,0	21	3,5
S	T24.2	6	12,8	10	16,7	14	22,2	44	7,8	56	9,3
S	T24.3	2	4,3	4	6,7	4	6,3	7	1,2	9	1,5
S	T25.2	7	14,9	7	11,7	11	17,5	40	7,1	47	7,8
S	T25.3	0	0,0	1	1,7	2	3,2	7	1,2	9	1,5
S	T25.6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,4	2	0,3
S	T29.2	3	6,4	0	0,0	0	0,0	7	1,2	10	1,7
S	T29.3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,4	2	0,3
S	T30.2	3	6,4	0	0,0	3	4,8	185	32,8	189	31,4
S	T30.3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	22	3,9	22	3,7
S	T30.6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	1	0,2
S	T30.7	0	0,0	0	0,0	1	1,6	8	1,4	9	1,5
S	T31	0	0,0	0	0,0	0	0,0	31	5,5	31	5,2
	Gesamt	47	100,0	60	100,0	63	100,0	564	100,0	601	100,0

ICD: ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)  
Mehrfachnennung möglich

© PMV 2015

Diagnosehäufigkeit nach Anzahl der Diagnosequartale

Bei den einbezogenen Erkrankungen handelt es sich überwiegend um akute Ereignisse. Bei dem überwiegenden Teil (89%) der Patienten mit relevanter Diagnose für den »Indikationsbereich Verbrennung/Verätzung« wurde die Diagnose in einem Quartal, bei weiteren 7% in zwei und bei nur 4% in drei bis vier Quartalen dokumentiert (Tab. 95).

**Tab. 95 Indikationsbereich »Verbrennung/Verätzung«: Häufigkeit relevanter ICD-Kodes in 2012 nach Anzahl der Diagnosequartale**

ICD	Bezeichnung	Patienten mit ICD-Kode(s) in 2012				
		Anzahl (100%)	davon Anteil [%] in ... Quartalen			
			1	2	3	4
T20.2	Verbrennung 2. Grades des Kopfes und des Halses	24	100,0	0,0	0,0	0,0
T20.3	Verbrennung 3. Grades des Kopfes und des Halses	4	50,0	25,0	25,0	0,0
T21.2	Verbrennung Grad 2a des Rumpfes	50	88,0	12,0	0,0	0,0
T21.3	Verbrennung 3. Grades des Rumpfes	11	63,6	18,2	9,1	9,1
T21.6	Verätzung Grad 2a des Rumpfes	2	0,0	0,0	0,0	100,0
T21.8	Verbrennung Grad 2b des Rumpfes	13	84,6	7,7	7,7	0,0
T22.2	Verbrennung Grad 2a der Schulter und des Armes, ausgenommen Handgelenk und Hand	77	88,3	5,2	2,6	3,9
T22.3	Verbrennung 3. Grades der Schulter und des Armes, ausgenommen Handgelenk und Hand	12	75,0	8,3	8,3	8,3
T22.7	Verätzung 3. Grades der Schulter und des Armes, ausgenommen Handgelenk und Hand	3	100,0	0,0	0,0	0,0
T22.8	Verbrennung Grad 2b der Schulter und des Armes, ausgenommen Handgelenk und Hand	11	81,8	18,2	0,0	0,0
T23.2	Verbrennung 2. Grades des Handgelenkes und der Hand	142	94,4	4,2	0,7	0,7
T23.3	Verbrennung 3. Grades des Handgelenkes und der Hand	21	95,2	0,0	4,8	0,0
T24.2	Verbrennung 2. Grades der Hüfte und des Beines, ausgenommen Knöchelregion und Fuß	56	85,7	8,9	3,6	1,8
T24.3	Verbrennung 3. Grades der Hüfte und des Beines, ausgenommen Knöchelregion und Fuß	9	66,7	11,1	11,1	11,1
T25.2	Verbrennung 2. Grades der Knöchelregion und des Fußes	47	87,2	12,8	0,0	0,0
T25.3	Verbrennung 3. Grades der Knöchelregion und des Fußes	9	77,8	22,2	0,0	0,0
T25.6	Verätzung 2. Grades der Knöchelregion und des Fußes	2	100,0	0,0	0,0	0,0
T29.2	Verbrennungen mehrerer Körperregionen, wobei höchstens Verbrennungen 2. Grades angegeben sind	10	100,0	0,0	0,0	0,0

ICD: ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)  
Mehrfachnennung möglich

© PMV 2015

Fortsetzung folgt

Fortsetzung Tab. 95

**Indikationsbereich »Verbrennung/Verätzung«: Häufigkeit relevanter ICD-Kodes in 2012 nach Anzahl der Diagnosequartale**

ICD	Bezeichnung	Patienten mit ICD-Kode(s) in 2012				
		Anzahl (100%)	davon Anteil [%] in ... Quartalen			
			1	2	3	4
T29.3	Verbrennungen mehrerer Körperregionen, wobei mindestens eine Verbrennung 3. Grades angegeben ist	2	100,0	0,0	0,0	0,0
T30.2	Verbrennung 2. Grades, Körperregion nicht näher bezeichnet	189	94,2	4,2	1,1	0,5
T30.3	Verbrennung 3. Grades, Körperregion nicht näher bezeichnet	22	68,2	18,2	4,5	9,1
T30.6	Verätzung 2. Grades, Körperregion nicht näher bezeichnet	1	100,0	0,0	0,0	0,0
T30.7	Verätzung 3. Grades, Körperregion nicht näher bezeichnet	9	100,0	0,0	0,0	0,0
T31	Verbrennungen, klassifiziert nach dem Ausmaß der betroffenen Körperoberfläche	31	96,8	3,2	0,0	0,0
<b>Gesamt</b>		<b>601</b>	<b>88,9</b>	<b>6,8</b>	<b>2,0</b>	<b>2,3</b>

ICD: ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)  
 Mehrfachnennung möglich

© PMV 2015

**8.4.6****Amputationswunden**



Diagnosehäufigkeit nach ICD-Untergruppen

Tab. 96 zeigt die Verteilung der Patienten mit stationären und ambulanten Diagnosen nach ICD-Untergruppen.

**Tab. 96**

**Indikationsbereich »Amputationswunden«: Häufigkeit relevanter ICD-Kodes in 2012 nach Diagnoseart**

P M V	ICD	Anzahl der Patienten mit Diagnose									
		Aufnahme- diagnose		Stationäre Haupt- Entlassungs- diagnose		Neben- diagnose		Kranken- schein- diagnose		Gesamt	
		[n]	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]
S	T87.5	4	16,0	5	21,7	16	6,6	12	3,0	29	5,3
F	T87.0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	2	0,5	3	0,5
F	T87.1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	1	0,2
F	T87.3	4	16,0	0	0,0	1	0,4	12	3,0	15	2,7
F	T87.4	2	8,0	10	43,5	23	9,4	30	7,6	52	9,4
F	T87.6	3	12,0	9	39,1	18	7,4	23	5,8	45	8,2
F	Z89.4	4	16,0	0	0,0	86	35,2	42	10,6	121	22,0
F	Z89.5	2	8,0	0	0,0	64	26,2	82	20,7	127	23,0
F	Z89.6	4	16,0	0	0,0	68	27,9	54	13,6	113	20,5
F	Z89.7	2	8,0	0	0,0	21	8,6	12	3,0	30	5,4
F	Z89.8	0	0,0	0	0,0	4	1,6	27	6,8	31	5,6
F	Z89.9	0	0,0	0	0,0	4	1,6	166	41,8	169	30,7
	Gesamt	25	100,0	23	100,0	244	100,0	397	100,0	551	100,0

ICD: ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)  
Mehrfachnennung möglich

© PMV 2015

Diagnosehäufigkeit nach Anzahl der Diagnosequartale

Bei etwa einem Drittel (37%) der Patienten mit relevanten-Diagnose für den »Indikationsbereich Amputationswunden« wurde die Diagnose in einem Quartal, bei rund einem Drittel (20%) in zwei Quartalen und bei 43% in drei und vier Quartalen dokumentiert (Tab. 97).

**Tab. 97 Indikationsbereich »Amputationswunden«: Häufigkeit relevanter ICD-Kodes in 2012 nach Anzahl der Diagnosequartale**

ICD	Bezeichnung	Gesamt (100%)	Patienten mit Diagnosen davon Anteil [%] in ... Quartalen			
			1	2	3	4
T87.0	Komplikationen durch replantierte (Teile der) obere(n) Extremität	3	33,3	33,3	0,0	33,3
T87.1	Komplikationen durch replantierte (Teile der) untere(n) Extremität	1	0,0	0,0	100,0	0,0
T87.3	Neurom des Amputationsstumpfes	15	60,0	13,3	6,7	20,0
T87.4	Infektion des Amputationsstumpfes	52	67,3	9,6	5,8	17,3
T87.5	Nekrose des Amputationsstumpfes	29	75,9	10,3	0,0	13,8
T87.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Komplikationen am Amputationsstumpf	45	66,7	13,3	2,2	17,8
Z89.4	Verlust des Fußes und des Knöchels, einseitig	121	62,0	21,5	6,6	9,9
Z89.5	Verlust der unteren Extremität unterhalb oder bis zum Knie, einseitig	127	40,9	19,7	11,0	28,3
Z89.6	Verlust der unteren Extremität oberhalb des Knies, einseitig	113	53,1	16,8	3,5	26,5
Z89.7	(Teilweiser) Verlust der unteren Extremität, beidseitig	30	60,0	16,7	0,0	23,3
Z89.8	Verlust von oberen und unteren Extremitäten [jede Höhe]	31	41,9	16,1	3,2	38,7
Z89.9	Extremitätenverlust, nicht näher bezeichnet	169	30,2	15,4	13,0	41,4
<b>Gesamt</b>		<b>551</b>	<b>36,7</b>	<b>20,1</b>	<b>10,3</b>	<b>32,8</b>

ICD: ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)  
Mehrfachnennung möglich

© PMV 2015

## 8.4.7

**Entzündungen, Abszesse  
und andere Infektionen**

Diagnosehäufigkeit nach  
Diagnoseart

Tab. 98 zeigt die Verteilung der Patienten mit stationären und ambulanten Diagnosen nach ICD-Untergruppen.

**Tab. 98****Indikationsbereich »Entzündungen, Abszesse und andere Infektionen«:  
Häufigkeit relevanter ICD-Kodes in 2012 nach Diagnoseart**

P M V	ICD	Anzahl der Patienten mit Diagnose									
		Aufnahme- diagnose		Stationäre Haupt- Entlassungs- diagnose		Neben- diagnose		Kranken- schein- diagnose		Gesamt	
		[n]	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]
S	K60	137	12,8	135	13,0	183	13,0	1.516	13,3	1.601	13,3
S	K61	97	9,1	94	9,1	106	7,5	277	2,4	326	2,7
S	K62.6	2	0,2	11	1,1	15	1,1	13	0,1	32	0,3
S	L02.0	7	0,7	10	1,0	14	1,0	148	1,3	163	1,4
S	L02.1	18	1,7	19	1,8	25	1,8	63	0,6	86	0,7
S	L02.2	66	6,2	63	6,1	109	7,8	404	3,5	509	4,2
S	L02.3	53	5,0	45	4,3	60	4,3	170	1,5	217	1,8
S	L02.4	93	8,7	88	8,5	130	9,2	539	4,7	665	5,5
S	L02.8	6	0,6	4	0,4	7	0,5	182	1,6	194	1,6
S	L02.9	28	2,6	2	0,2	28	2,0	2.592	22,8	2.606	21,7
S	L05	104	9,7	104	10,0	94	6,7	329	2,9	357	3,0
S	L08.9	2	0,2	2	0,2	6	0,4	1.008	8,9	1.016	8,5
S	M72.6	2	0,2	6	0,6	18	1,3	12	0,1	29	0,2
S	N75.1	7	0,7	6	0,6	5	0,4	40	0,4	46	0,4
F	A46	231	21,6	251	24,2	326	23,2	1.719	15,1	1.937	16,1
F	L03	254	23,8	221	21,3	469	33,4	3.184	28,0	3.527	29,3
F	L08.0	3	0,3	5	0,5	10	0,7	587	5,2	596	5,0
	Gesamt	1.068	100,0	1.036	100,0	1.406	100,0	11.381	100,0	12.018	100,0

ICD: ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)  
Mehrfachnennung möglich

© PMV 2015

Diagnosehäufigkeit nach Anzahl der Diagnose- quartale

Bei den einbezogenen Erkrankungen handelt es sich überwiegend um akute Ereignisse. Bei rund drei Viertel (79%) der Patienten mit relevanten-Diagnose für den »Indikationsbereich Entzündungen, Abszesse und andere Infektionen« wurde die Diagnose in einem Quartal, bei 16% in zwei und drei und nur bei 5% in vier Quartalen dokumentiert (Tab. 99).

**Tab. 99 Indikationsbereich »Entzündungen, Abszesse und andere Infektionen«: Häufigkeit relevanter ICD-Kodes in 2012 nach Anzahl der Diagnose- quartale**

ICD	Bezeichnung	Gesamt [100%]	Patienten mit Diagnosen davon Anteil [%] in ... Quartalen			
			1	2	3	4
A46	Erysipel [Wundrose]	1.937	78,9	11,0	3,7	6,4
K60	Fissur und Fistel in der Anal- und Rektalregion	1.601	63,5	16,1	7,6	12,9
K61	Abszess in der Anal- und Rektalregion	326	77,3	12,0	4,3	6,4
K62.6	Ulkus des Anus und des Rektums	32	78,1	12,5	0,0	9,4
L02.0	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel im Gesicht	163	90,2	6,1	0,6	3,1
L02.1	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Hals	86	91,9	4,7	2,3	1,2
L02.2	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf	509	88,0	6,5	3,1	2,4
L02.3	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Gesäß	217	82,9	12,0	4,1	0,9
L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	665	86,8	9,0	1,5	2,7
L02.8	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an sonstigen Lokalisationen	194	87,6	8,8	0,5	3,1
L02.9	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel, nicht näher bezeichnet	2.606	85,5	9,0	2,5	3,1
L03	Phlegmone	3.527	88,1	8,8	1,3	1,8
L05	Pilonidalzyste	357	65,3	20,7	8,4	5,6
L08.0	Pyodermie	596	86,2	7,6	3,0	3,2
L08.9	Lokale Infektion der Haut und der Unterhaut, nicht näher bezeichnet	1.016	89,7	6,7	2,0	1,7
M72.6	Nekrotisierende Fasziiitis [5. Stelle: 0-9]	29	86,2	6,9	0,0	6,9
N75.1	Bartholin-Abszess	46	91,3	6,5	0,0	2,2
<b>Gesamt</b>		<b>12.018</b>	<b>78,8</b>	<b>12,4</b>	<b>3,8</b>	<b>4,9</b>

ICD: ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)  
Mehrfachnennung möglich

© PMV 2015

## 8.4.8

**Postoperative Wunden bei  
bösartigen Neubildungen**

Diagnosehäufigkeit nach  
Diagnoseart

Tab. 100 zeigt die Verteilung der Patienten mit stationären und ambulanten Diagnosen nach ICD-Untergruppen.

**Tab. 100**
**Indikationsbereich »Postoperative Wunden bei bösartigen Neubildung«:  
Häufigkeit relevanter ICD-Kodes in 2012 nach Diagnoseart**

P M V	ICD	Anzahl der Patienten mit Diagnose									
		Aufnahme- diagnose		Stationäre Haupt- Entlassungs- diagnose		Neben- diagnose		Kranken- schein- diagnose		Gesamt	
		[n]	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]
F	C43	47	7,4	53	7,5	61	7,0	904	10,5	913	10,3
F	C44	196	30,8	213	30,2	197	22,5	3.626	42,2	3.678	41,4
F	C49	23	3,6	23	3,3	39	4,4	140	1,6	159	1,8
F	C50	281	44,2	306	43,3	381	43,4	2.860	33,3	2.887	32,5
F	C76	6	0,9	5	0,7	15	1,7	131	1,5	149	1,7
F	C79.2	3	0,5	5	0,7	27	3,1	32	0,4	58	0,7
F	C79.88	9	1,4	6	0,8	65	7,4	63	0,7	131	1,5
F	C79.9	5	0,8	0	0,0	16	1,8	244	2,8	261	2,9
F	C80	38	6,0	42	5,9	77	8,8	805	9,4	878	9,9
F	L92	5	0,8	4	0,6	11	1,3	406	4,7	416	4,7
F	Z08.0	9	1,4	22	3,1	23	2,6	248	2,9	284	3,2
F	Z08.1	4	0,6	3	0,4	5	0,6	78	0,9	85	1,0
F	Z08.2	8	1,3	12	1,7	11	1,3	26	0,3	46	0,5
F	Z08.7	11	1,7	21	3,0	17	1,9	129	1,5	159	1,8
	Gesamt	636	100,0	706	100,0	877	100,0	8.596	100,0	8.878	100,0

ICD: ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)  
Mehrfachnennung möglich

© PMV 2015

Diagnosehäufigkeit nach Anzahl der Diagnose- quartale

Bei rund einem Drittel (37%) wurde die Diagnose in einem Quartal, bei 16% in zwei Quartalen und bei knapp der Hälfte (47%) in drei und vier Quartalen dokumentiert (Tab. 101).

**Tab. 101**

**Indikationsbereich »Postoperative Wunden bei bösartigen Neubildung«:  
Häufigkeit relevanter ICD-Kodes in 2012 nach Anzahl der Diagnose-  
quartale**

ICD	Bezeichnung	Gesamt (100%)	Patienten mit Diagnosen davon Anteil [%] in ... Quartalen			
			1	2	3	4
C43	Bösartiges Melanom der Haut	913	47,4	13,1	10,6	28,8
C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	3.678	43,5	20,4	11,3	24,8
C49	Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe	159	44,0	16,4	8,8	30,8
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	2.887	18,2	11,7	13,1	57,1
C76	Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen	149	67,8	14,1	6,0	12,1
C79.2	Sekundäre bösartige Neubildung der Haut	58	72,4	8,6	5,2	13,8
C79.88	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger näher bezeichneter Lokalisationen	131	69,5	13,7	6,9	9,9
C79.9	Sekundäre bösartige Neubildung nicht näher bezeichneter Lokalisation	261	51,0	16,1	11,1	21,8
C80	Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation	878	45,6	15,8	10,0	28,6
L92	Granulomatöse Krankheiten der Haut und der Unterhaut	416	77,9	11,3	4,6	6,3
Z08.0	Nachuntersuchung nach chirurgischem Eingriff wegen bösartiger Neubildung	284	60,2	22,2	9,2	8,5
Z08.1	Nachuntersuchung nach Strahlentherapie wegen bösartiger Neubildung	85	48,2	22,4	14,1	15,3
Z08.2	Nachuntersuchung nach Chemotherapie wegen bösartiger Neubildung	46	60,9	19,6	15,2	4,3
Z08.7	Nachuntersuchung nach Kombinationstherapie wegen bösartiger Neubildung	159	49,1	28,3	11,9	10,7
<b>Gesamt</b>		<b>8.878</b>	<b>37,1</b>	<b>15,8</b>	<b>11,6</b>	<b>35,6</b>

ICD: ICD-Diagnosezusatz G (gesichert)  
Mehrfachnennung möglich

© PMV 2015