

Hinweise zur Leistungsplanung/Budgetverhandlung für 2004 in Zusammenhang mit dem Definitions-Handbuch G-DRG Version 2003/2004 bzw. den darauf beruhenden Groupern

Die G-DRG-Version 2003/2004 dient der Verarbeitung von Daten aus 2002 und 2003 (beruhend auf den Katalogen ICD-10-SGB V Version 2.0 und OPS-301 Version 2.1) mit dem im Jahr 2004 zur Abrechnung verwendeten Grouperalgorithmus. Dies ist insbesondere für die Leistungsplanung bzw. Budgetverhandlungen von Bedeutung. Allerdings ist die unkritische Übernahme der G-DRG 2003/2004-Groupingergebnisse für die Daten aus 2002 und 2003 nicht in jedem Fall zielführend. Verantwortlich dafür können Änderungen der Kodierrichtlinien, der ICD/OPS-Kataloge sowie der Fallzählung nach KFPV sein.

Insbesondere sollten die folgenden Punkte bedacht werden:

(Diese Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und wird bei Bedarf ergänzt. Bitte beachten Sie die Aktualisierungsstände der einzelnen Hinweise. Nicht aus allen genannten Punkten muss sich zwingend Handlungsbedarf ergeben.)

- 1 - Chemotherapie (Letzte Änderung: 17.10.2003)
- 2 - Strahlentherapie (Letzte Änderung: 17.10.2003)
- 3 - Maschinelle Beatmung (Letzte Änderung: 17.10.2003)
- 4 - In 2004 erstmals ungültige Hauptdiagnosen (Letzte Änderung: 17.10.2003)
- 5 - Organspende und Transplantation (Letzte Änderung: 17.10.2003)
- 6 - Zusatzentgelte (Letzte Änderung: 17.10.2003)
- 7 -Wachkoma und Locked-in-Syndrom (Letzte Änderung: 17.10.2003)
- 8 - Dialyse (Letzte Änderung: 17.10.2003)
- 9 - Anlage eines Dialyseshunt (Letzte Änderung: 17.10.2003)
- 10 - Geänderte Wiederaufnahmeregelung (Letzte Änderung: 17.10.2003)
- 11 - Vitrektomie (Letzte Änderung: 28.10.2003)
- 12 - Reposition Orbitafraktur (Letzte Änderung: 07.11.2003)
- 13 - Fehler-DRGs bei Schenkelhernienoperationen (Letzte Änderung: 07.11.2003)
- 14 - Frührehabilitation und geriatrische Komplexbehandlung (Letzte Änderung: 17.12.2003)
- 15 - Nachzertifizierung der G-DRG Version 2004 (Letzte Änderung: 19.01.2004)

1 – Chemotherapie

Stand: 17.10.2003

Gemäß den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) 2003 ist bei Fällen, die als Tagesfälle zur Chemotherapie bei Neubildungen aufgenommen werden, ein Kode aus Z51.- als Hauptdiagnose zu verschlüsseln. Dies führte zur Zuordnung der DRG R63Z. Gemäß den DKR 2004 ist auch beim Tagesfall das Malignom als Hauptdiagnose zu verschlüsseln. Die DRG R63Z wurde gestrichen, die Fälle werden jetzt (bei vollstationärer Erbringung der Leistung) in die entsprechenden Eintages-Tumor-DRGs der medizinischen Partition der jeweiligen MDC (organbezogen) zugeordnet.

Beispiel:

Ein Patient mit Bronchialkarzinom des linken Hauptbronchus wird als Tagesfall vollstationär zur Chemotherapie aufgenommen. Nach **DKR 2003** würde als Hauptdiagnose Z51.1 *Chemotherapiesitzung wegen bösartiger Neubildung* verschlüsselt, C34.0 *Bösartige Neubildung [...] Hauptbronchus* wäre als Nebendiagnose erfasst. Es resultiert nach **G-DRG Version 1.0** die DRG R63Z *Stationäre Aufnahme zur Chemotherapie*.

Bei dieser Kodierung würde der Fall nach **G-DRG 2003/2004** in die Fehler-DRG 961Z *Unzulässige Hauptdiagnose* eingruppiert. Bei Kodierung gemäß **DKR 2004** wäre C34.0 die Hauptdiagnose, dann würde (in Verbindung mit dem entsprechenden Prozedurenkode für die Chemotherapie sowie der Verweildauer) die DRG E71D *Neubildung der Atmungsorgane, ein Belegungstag* zugewiesen.

Analog ist die Situation für die Fälle, die bislang mit der Hauptdiagnose Z51.2 *Andere Chemotherapie* (siehe DKR 0101a [2003] *Chemotherapie bei HIV [...]*) verschlüsselt wurden.

2 – Strahlentherapie

Stand: 17.10.2003

Tagesfälle, die zur Strahlentherapie bei Neubildungen aufgenommen werden, erhalten den DKR 2003 zufolge den Kode Z51.0 als Hauptdiagnose. Dies führt in G-DRG Version 1.0 zur Zuordnung der DRG R64Z.

Diese DRG wurde in der Version 2003/2004 gestrichen. Gemäß den DKR 2004 ist auch beim Tagesfall das Malignom als Hauptdiagnose zu kodieren, die Fälle der DRG R63Z (Version 1.0) werden nun in die entsprechenden Tumor-DRGs der medizinischen Partitionen gruppiert. Je nach Abfrage-logik der jeweiligen MDCs erfolgt die Zuordnung in die Strahlentherapie- bzw. Tagesfall-DRG der Basis-DRG.

Entsprechend ist die Situation für die Fälle, die zur kombinierten Strahlen- und Chemotherapie als Tagesfälle aufgenommen werden.

3 – Maschinelle Beatmung

Stand: 17.10.2003

In der G-DRG-Version 1.0 führte sowohl die Angabe der Beatmungsdauer in Stunden als auch die Verschlüsselung der korrespondierenden OPS-Kodes aus 8-718.- in die entsprechenden Beatmungs-DRGs.

Aufgrund der weiteren Differenzierung der Beatmungs-DRGs wurde die Systemlogik dahingehend verändert, dass die Zuordnung zu einer Beatmungs-DRG nunmehr ausschließlich in Abhängigkeit von der angegebenen Gesamtstundenzahl der maschinellen Beatmung erfolgt. Dies ist insbesondere dann zu beachten, wenn in 2002 oder 2003 Beatmungsfälle (entgegen den DKR) zwar mit OPS-Kode, aber ohne Beatmungsstundenzahl erfasst worden sind.

4 – In 2004 erstmals ungültige Hauptdiagnosen

Stand: 17.10.2003

Eine Vielzahl von Diagnosekodes führt in G-DRG 2003/2004 erstmals in die Fehler-DRG 961Z *Unzulässige Hauptdiagnose*. Dies sind einerseits alle Sekundärkodes, andererseits aber auch (nach ICD formal zulässige) Kodes wie R99 *Sonstige ungenau oder n.n.bez. Todesursachen*.

5 – Organspende und Transplantation

Stand: 17.10.2003

Hier sind mehrere Änderungen zu beachten:

a) Fallabgrenzung

Im Gegensatz zu der im Entgeltkatalog für Fallpauschalen (FP) und Sonderentgelte (SE) nach §17 Abs. 2a KHG getroffenen Regelung, nach der die Behandlung erst ab dem Tag der Operation über die FP vergütet wird, ist in den ab 2004 abzurechnenden DRG-Fallpauschalen auch ein ggf. längerer präoperativer Aufenthalt enthalten.

b) Gesondert berechenbare Leistungen

§ 4 der Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2004 (KFPV 2004) führt eine Reihe von Leistungen im Rahmen der Organspende auf, die nicht mit den Fallpauschalen vergütet werden und folglich gesondert abrechenbar sind (Beispiel: Organentnahme bei Postmortal-Spendern).

c) Eigenspende von Knochenmark

Gemäß DKR 2003 ist der Kode Z51.81 *Apherese* bei der Eigenspende von Knochenmark oder Stammzellen nur dann als Hauptdiagnose zu wählen, wenn es sich um einen Tagesfall handelt.

Im Gegensatz dazu sind nach G-DRG 2003/2004 alle Fälle, die zur Eigenspende von Knochenmark aufgenommen werden, der DRG Z41Z zuzuordnen, unabhängig von der Dauer des Aufenthaltes.

Fälle mit Aufnahme zur Fremdspende von Knochenmark oder Stammzellen oder Fälle mit Aufnahme zur Eigenspende von Stammzellen können bei DKR-konformer Kodierung ohne Probleme mit dem G-DRG 2003/2004 Algorithmus verarbeitet werden.

d) Abstoßungsreaktion nach Hornhauttransplantation

Es ist zu beachten, dass Fälle mit Abstoßungsreaktion nach Hornhauttransplantation (die in 2003 nur mit dem ICD-Kode T86.88 *Versagen und Abstoßung, sonst. transplantierte Organe und Gewebe* kodiert werden konnten) in 2004 nicht in die DRG A60 *Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates* eingruppiert werden, sondern (über den Kode T86.83 des ICD-10-GM 2004) in der MDC 02 abgebildet werden.

e) Vorbereitung zur Lebendspende

Die DKR 2004 regeln in der Kodierrichtlinie P015c, dass Fälle, die zu Voruntersuchungen vor einer möglichen Lebendspende stationär aufgenommen werden, mit der Hauptdiagnose Z00.5 *Untersuchung eines potentiellen Organ- oder Gewebespenders* zu verschlüsseln sind. Es ist zu beachten, dass diese Fälle in 2002 und 2003 ggf. anders kodiert worden sind.

6 – Zusatzentgelte

Stand: 17.10.2003

In der KFPV 2004 wird eine Vielzahl von Leistungen neu definiert, die ab 2004 über Zusatzentgelte vergütet werden. Darin enthalten sind auch einige Leistungen, die in der Version 1.0 noch über eine eigene DRG abgerechnet wurden (Beispiel: ECMO).

7 – Wachkoma und Locked-in-Syndrom

Stand: 17.10.2003

Die DRG A43Z *Frührehabilitation bei Wachkoma und Locked-in-Syndrom* wird erst in der G-DRG Version 2004 mittels neuer ICD-Kodes trennscharf definiert. Die in der Version 2003/2004 ausgewiesenen Diagnosekodes G83.3, G93.8 und P91.8 erlauben allenfalls das leichtere Auffinden in Frage kommender Fälle für diese DRG.

8 – Dialyse

Stand: 17.10.2003

Daten aus 2002 und 2003 können (sofern DKR-konform kodiert) ohne Probleme mit dem G-DRG 2003/2004 Algorithmus verarbeitet werden. Es gilt zu beachten, dass Fälle die noch am Aufnahmetag entlassen werden (oder nach Nachtdialyse am darauffolgenden Tag) nach G-DRG 2003/2004 in die DRG L61Z gruppiert werden, wohingegen Ein-Belegungstag-Fälle der DRG L71A/B zugeordnet werden.

9 – Anlage eines Dialyseshunts

Stand: 17.10.2003

Die DKR 2004 regeln in der Kodierrichtlinie 0912c, dass Fälle, die speziell zur Anlage eines Dialyseshunts aufgenommen werden, mit der Hauptdiagnose Z49.0 *Vorbereitung auf die Dialyse* sowie der entsprechenden OP-Prozedur zu verschlüsseln sind. Aus dieser Kodierung resultiert die DRG Z01A/B. Es sollte beachtet werden, dass in 2002 und 2003 behandelte Patienten ggf. aufgrund anderer Hauptdiagnose anderen DRGs zugeordnet worden sind.

10 – Geänderte Wiederaufnahmeregelung

Stand: 17.10.2003

Die geänderten Regelungen der KFPV zur Wiederaufnahme können das Zusammenfassen von Falldaten erforderlich machen. Dies ist bei der Fallzählung zu beachten.

11 – Vitrektomie

Stand: 28.10.2003

Fälle mit einer Pars-plana-Vitrektomie mit den OPS-Schlüsseln 5-158.1-, 5-158.2- und 5-158.3- als einzige operative Prozedur werden in der Version 2003/2004 der DRG 902Z zugeordnet. In der G-DRG Version 2004 werden diese Fälle der DRG C03Z zugeordnet.

12 – Reposition Orbitafraktur

Stand: 07.11.2003

Fälle mit den OPS-Schlüsseln 5-766.1-y *Reposition einer Orbitafraktur* als einzige operative Prozedur und einer Hauptdiagnose aus MDC 01 (zum Beispiel S02.3 *Fraktur des Orbitabodens*) werden derzeit der DRG 901Z zugeordnet. In der G-DRG Version 2004 werden diese Fälle der DRG B09Z *Andere Eingriffe am Schädel* zugeordnet.

13 – Fehler-DRGs bei Schenkelhernienoperationen

Stand: 07.11.2003

Fälle mit einer Prozedur aus 5-531.- werden in Verbindung mit einer nicht zur MDC06 zugehörigen Hauptdiagnose in der Version 2003/2004 der DRG 902Z zugeordnet. In der G-DRG Version 2004 werden diese Fälle der DRG 901Z zugeordnet.

14 – Frührehabilitation und geriatrische Komplexbehandlung

Stand: 17.12.2003

Gemäß der G-DRG Version 2003/2004 werden Fälle mit den Prozeduren 8-551 (Frührehabilitation) und 8-550 (Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung) ggf. den entsprechenden Frührehabilitations- bzw. Geriatrie-DRGs zugeordnet (in MDC01 z.B. der DRG B42).

In der G-DRG Version 2004 werden nur noch die Fälle mit den Prozedurenkodes 8-551.1 und .2 bzw. 8-550.1 und .2 in dieser Weise abgebildet, somit also nur Fälle mit einer Behandlungsdauer von mindestens 14 Tagen den Frührehabilitations- bzw. Geriatrie-DRGs zugewiesen. Fälle mit einer Behandlungsdauer von 7 bis 13 Tagen (OPS-Kodes 8-551.0 und 8-550.0) werden nach G-DRG Version 2004 nicht in die Frührehabilitations- bzw. Geriatrie-DRGs eingruppiert.

15 – Nachzertifizierung der G-DRG Version 2004

Stand: 19.01.2004

Am 19.01.2004 wurde für die G-DRG-Version 2004 ein Nachzertifizierungsverfahren eingeleitet, da sich in einzelnen abrechnungsrelevanten Punkten Klarstellungsbedarf ergeben hat (Das Erratum 1 zum Definitionshandbuch der G-DRG Version 2004 finden sie [hier...](#)).

Aufgrund einer extrem geringen Anzahl betroffener Fälle und allenfalls nur sehr geringer zu erwartender Budgetrelevanz erscheint für die G-DRG-Version 2003/2004 der Aufwand einer Nachzertifizierung nicht gerechtfertigt.