

## **Hinweise zur Leistungsplanung/Budgetverhandlung für 2007 in Zusammenhang mit den Definitionshandbüchern der G-DRG-Versionen 2005/2007 und 2006/2007 bzw. den darauf beruhenden Groupern**

Die G-DRG-Version 2005/2007 dient der Verarbeitung von Daten aus 2005 (beruhend auf den Katalogen ICD-10-GM Version 2005 und OPS Version 2005) mit dem im Jahr 2007 zur Abrechnung verwendeten Grouperalgorithmus. Dies ist insbesondere für die Leistungsplanung bzw. Budgetverhandlungen von Bedeutung. Allerdings ist die unkritische Übernahme der Groupingergebnisse der G-DRG-Version 2005/2007 für die Daten aus 2005 nicht in jedem Fall zielführend.

Verantwortlich dafür können Änderungen des Grouperalgorithmus, der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR), der ICD-/OPS-Kataloge oder der Abrechnungsbestimmungen sein. Hier ist zu unterscheiden zwischen Parametern, die im Datenjahr noch nicht erfasst werden konnten (z.B. für 2007 neu eingeführter OPS) und Parametern, die im Datenjahr noch nicht gruppierungsrelevant waren und daher möglicherweise unvollständig oder fehlerhaft erfasst worden sind (z.B. Prozedurdatum).

Entsprechend dient die G-DRG-Version 2006/2007 der Verarbeitung von Daten aus 2006 (beruhend auf den Katalogen ICD-10-GM Version 2006 und OPS Version 2006) mit dem im Jahr 2007 zur Abrechnung verwendeten Grouperalgorithmus. Auch die Groupingergebnisse der G-DRG-Version 2006/2007 für die Daten aus 2006 sollten aus den o.g. Gründen kritisch gewürdigt werden.

### **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 – Vollständigkeit der Kodierung in 2005 und 2006 (exemplarisch)**

### **1.1 – Parameter, die bereits ab 2006 gruppierungsrelevant sind**

Erfahrungsgemäß war die Erfassung bestimmter Parameter, die ab 2006 erstmals gruppierungsrelevant sind, in 2005 noch teilweise unvollständig. Ein Beispiel sind hier die Codes aus

8-980.-            *Intensivmedizinische Komplexbehandlung*

Gegebenenfalls werden den von diesen Codes angesteuerten DRGs in 2007 daher - ohne Veränderung des Leistungsspektrums - mehr Fälle zugeordnet, als eine Analyse auf der Basis von Daten aus dem Jahr 2005 vermuten lässt.

### **1.2 – Parameter, die ab 2007 gruppierungsrelevant sind: Prozedurdatum**

Das mit jeder kodierten Prozedur zu übermittelnde Datum (OPS-Datum) war bis einschließlich G-DRG 2006 nicht gruppierungsrelevant, spielt aber in den Versionen G-DRG 2005/2007, 2006/2007 und 2007 eine entscheidende Rolle bei DRGs für mehrzeitige Eingriffe. War die Erfassung dieses Datums in 2005 und/oder 2006 unvollständig oder fehlerhaft, ist eine

Fehleinschätzung der für 2007 in den DRGs für mehrzeitige Eingriffe zu erwartenden Fälle möglich. Dabei führt ein fehlendes OPS-Datum in der Regel zu einer Unterschätzung der Fälle mit mehrzeitigen Eingriffen, ein fehlerhaft erfasstes OPS-Datum kann zu einer Unter- wie auch einer Überschätzung der Fälle mit mehrzeitigen Eingriffen führen.

In der G-DRG-Version 2005/2007 wird das OPS-Datum zu Zuordnung in die nachfolgend benannten DRGs verwendet:

A07A  
B01Z  
D33Z  
F13A, F53A+B  
G35Z  
H33Z  
I32A, I98Z  
K33Z  
L33Z  
N33Z  
T33Z  
X33Z

## **2 – Änderungen der Prozedurenklassifikation (OPS)**

### **2.1 – Neue oder geänderte Codes in der Version 2006**

#### **2.1.1 Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern**

Für 2006 wurden die Codes aus 8-987.- *Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern* neu in den OPS aufgenommen. Diese Codes sind in den G-DRG-Versionen 2005/2007, 2006/2007 und 2007 folgenden DRGs zugeordnet:

E77A  
F77Z  
G77Z  
K25Z, K77Z  
L63A  
T77Z

Da diese Leistung in 2005 noch nicht kodiert werden konnte (und die Codes von einem Grouper der G-DRG-Version 2005/2007 als ungültige Prozeduren bewertet werden) ist bei der Verarbeitung von Daten aus 2005 zu beachten, dass Fälle, die in 2006 oder 2007 mit den entsprechenden Groupern den oben genannten DRGs zugeordnet werden, diese DRGs mit einem Grouper der Version 2005/2007 nicht erreichen können. Welchen DRGs diese Fälle zugeordnet werden, zeigt die nachstehende Tabelle:

G-DRG 2006/2007 oder 2007	G-DRG 2005/2007
E77A	E77B+C
F77Z	Medizinische Partition der MDC05 (außer F61A+B)

G77Z	Medizinische oder andere Partition der MDC06 (außer G46A, G51Z und G52Z)
K25Z	Operative Partition der MDC10 (außer K01A+B, K33Z und K38Z)
K77Z	Medizinische Partition der MDC10
L63A	L63B+C
T77Z	Medizinische Partition der MDC18B (außer T60A+F)

### 2.1.2 Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation

In den OPS Version 2006 wurde der Kode 8-552.6 *Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 21 bis höchstens 27 Behandlungstage* neu aufgenommen. Dies ermöglicht, die DRG I96Z *Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mehr als 20 Tage* in der G-DRG-Version 2006/2007 oder 2007 ohne die zusätzliche Bedingung *Verweildauer >19 Tage* zu definieren, die in der G-DRG-Version 2005/2007 enthalten ist.

Daher ist zu berücksichtigen, dass bei der Gruppierung von Fällen des Jahres 2005 gemäß der G-DRG-Version 2005/2007 der DRG I96Z unter Umständen Fälle zugeordnet werden, die nach den Bedingungen der G-DRG-Versionen 2006/2007 oder 2007 nicht in diese DRG eingruppiert würden. Betroffen sind Fälle, die zwar eine Verweildauer von 20 oder mehr Tagen aufweisen, und mindestens 14, aber weniger als 21 Tage gemäß der Definition des Kodes 8-552 *Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation* im OPS Version 2005 behandelt worden sind.

### 2.1.3 Andere Frührehabilitation

Die Codes aus 8-559.- *Andere Frührehabilitation* des OPS Version 2005 wurden im OPS Version 2006 deutlich verändert. Die neuen Codes aus 8-559.- *Fachübergreifende und andere Frührehabilitation* unterscheiden sich insbesondere durch präzisiertere Mindestbedingungen bezüglich des Vorhandenseins und Einsatzes verschiedener Therapiebereiche. Somit ist zu beachten, dass ggf. nicht alle Fälle, die in 2005 mit einem Kode aus 8-559.- verschlüsselt wurden, in 2006 oder 2007 ebenfalls mit einem Kode aus 8-559.- kodiert werden können. Infolgedessen kann die Zahl der Fälle, die in 2006 oder 2007 in DRGs eingruppiert werden, die über einen Kode aus 8-559.- angesteuert werden, geringer ausfallen, als eine Analyse auf der Basis von Daten aus dem Jahr 2005 vermuten lässt.

### 2.1.4 Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker [Qualifizierter Entzug]

In den OPS Version 2006 wurden die Codes aus 8-985.- *Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker [Qualifizierter Entzug]* neu aufgenommen. Diese Codes werden in der G-DRG-Version 2005/2007 zur Definition der DRG V60A *Alkoholintoxikation und -entzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit mit psychotischem Syndrom oder mit Qualifiziertem Entzug* in der MDC 20 verwendet.

Somit ist zu beachten, dass ein Teil der Fälle, die nach der G-DRG-Version 2006/2007 oder 2007 der DRG V60A zugeordnet werden, nach der G-DRG-Version 2005/2007 in die DRGs V60B oder V60C eingruppiert werden, da die Codes aus 8-985.- in Daten aus 2005 noch nicht

vorliegen und zudem von einem Grouper der Version 2005/2007 als ungültige Prozeduren bewertet werden.

### **2.1.5 Multimodale kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung**

Die Codes aus 8-986 *Multimodale kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung* wurden neu in den OPS Version 2006 aufgenommen. Diese Codes konnten in 2005 noch nicht verschlüsselt werden und werden von einem Grouper der Version 2005/2007 als ungültige Prozeduren gewertet.

In den G-DRG-Versionen 2006/2007 und 2007 steuern die Codes aus 8-986 die DRG I97Z *Rheumatologische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* an. Wie die Ergebnisse der Verarbeitung von Daten aus 2005 mit einem Grouper der G-DRG-Version 2005/2007 zu bewerten sind, hängt vom Kodierverhalten in 2005 ab:

Wenn alle Fälle des Jahres 2005, die die Bedingungen des Codes 8-986 der OPS Version 2006 erfüllen, mit einem entsprechenden Code aus 8-983.- *Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung* kodiert waren, werden diese gemäß der G-DRG-Version 2005/2007 in die DRG I97Z eingruppiert. Anderenfalls werden diese Fälle nach der G-DRG-Version 2005/2007 in DRGs der anderen- oder medizinischen Partition der MDC08 eingruppiert.

### **2.1.6 Implantation eines interspinösen Spreizers**

Neu im OPS 2006 sind auch die Codes aus 5-830.7- *Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Implantation eines interspinösen Spreizers zur Entlordosierung*. Wie Fälle aus 2005, die diese Leistung erhalten haben, von einem Grouper der G-DRG-Version 2005/2007 eingruppiert werden, ist abhängig von der in 2005 praktizierten Verschlüsselung:

Wenn für diese Leistung kein OPS kodiert worden ist, werden die Fälle – sofern nicht eine andere gruppierungsrelevante Prozedur vorliegt – in der MDC08 in die medizinische Partition eingruppiert. Wurde die *Implantation eines interspinösen Spreizers* in 2005 mit einem unspezifischen Code (z.B. 5-839.x *Andere Operationen an der Wirbelsäule: Sonstige*) verschlüsselt, sind die Fälle in der Regel den DRGs I10A oder I53Z zugeordnet.

In der G-DRG-Version 2006/2007 werden Fälle mit einem Code aus 5-830.7- in die DRG I56B *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne mäßig komplexen Eingriff oder Implantation eines interspinösen Spreizers* eingruppiert. Für die G-DRG-Version 2007 ist die Eingruppierung identisch (OPS 2007: 5-839.b- *Andere Operationen an der Wirbelsäule: Implantation eines interspinösen Spreizers*).

### **2.1.7 Endovaskulärer Klappenersatz**

Für 2006 wurden die OPS-Codes 5-35a.0 und .1 (*Endovaskuläre Operationen an Herzklappen*) neu in den OPS aufgenommen. Diese Codes sind in den G-DRG-Versionen 2005/2007, 2006/2007 und 2007 den DRGs F07Z und F31Z zugeordnet. Da diese Leistung in 2005 noch nicht spezifisch kodiert werden konnte (und die Codes von einem Grouper der G-DRG-Version 2005/2007 als ungültige Prozeduren bewertet werden) ist bei der Verarbeitung von Daten aus 2005 zu beachten, dass Fälle, die in 2006 oder 2007 mit den entsprechenden

Groupen den oben genannten DRGs zugeordnet werden, diese DRGs mit einem Grouper der Version 2005/2007 nicht erreichen können. Welchen DRGs diese Fälle zugeordnet werden, hängt von der in 2005 praktizierten Verschlüsselung ab:

Wenn z.B. diese Leistung in 2005 mit dem Code 8-837.x *Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen*: *Sonstige* verschlüsselt worden ist, werden diese Fälle gemäß der G-DRG-Version 2005/2007 typischerweise der Basis-DRG F19 *Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen* zugeordnet.

### **2.1.8 Doppelballonenteroskopie**

Für 2006 wurde der OPS-Kodes 1-636.1 *Diagnostische Intestinoskopie durch Push-and-Pull-back-Technik* neu in den OPS aufgenommen. Dieser Code ist in den G-DRG-Versionen 2005/2007, 2006/2007 und 2007 der Basis-DRG G46 *Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane* zugeordnet.

Da diese Leistung in 2005 noch nicht kodiert werden konnte, kann bei der Verarbeitung von Daten aus 2005 mit einem Grouper der Version 2005/2007 die Basis-DRG G46 jedoch nicht erreicht werden. Diese Fälle werden daher in der Regel in DRGs der medizinischen Partition der MDC 06 eingruppiert.

## **2.2 – Neue oder geänderte Kodes in der Version 2007**

### **2.2.1 Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung**

In den OPS Version 2007 wurden die Kodes aus 8-98a.- *Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung* neu aufgenommen. Diese Kodes führen gemäß G-DRG-Version 2007 in die DRG A90 *Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung*.

Bei der Verarbeitung von Fällen aus 2005 mit einem Grouper der Version 2005/2007 bleibt die DRG A90 unbelegt. Da die Zuordnung zur DRG A90 im G-DRG-Algorithmus bereits auf der Ebene der Prä-MDC-Verarbeitung erfolgt, können sich Fälle, die gemäß G-DRG-Version 2007 in die DRG A90 eingruppiert würden, bei Einsatz eines Groupers 2005/2007 in nahezu jeder DRG des G-DRG-Systems finden. Eine Einschätzung, welche Fälle in 2007 in der DRG A90 erwartet werden können, kann bei Analyse von Daten aus 2005 daher nicht DRG-bezogen erfolgen.

In der G-DRG-Version 2006/2007 führt der neu in den OPS 2006 aufgenommene Code 8-553 *Teilstationäre geriatrisch-frührehabilitative Behandlung* in die DRG A90 *Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung*. Da mit Kodes des OPS 2006 eine Differenzierung zwischen den DRGs A90A *Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, umfassende Behandlung* und A90B *Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, Basisbehandlung* nicht möglich ist, werden alle Fälle mit dem OPS-Code 8-553 nach der G-DRG-Version 2006/2007 der DRG A90B zugeordnet.

Somit ist zu beachten, dass ein Teil der Fälle, die nach der G-DRG-Version 2006/2007 der DRG A90B zugeordnet werden, nach der G-DRG-Version 2007 in die DRG A90A eingruppiert werden können (wenn eine *umfassende Behandlung* im Sinne des OPS 8-98a.1-erfolgt). Darüber hinaus ist aufgrund unterschiedlicher Mindestmerkmale der OPS-Kodes 8-553 *Teilstationäre geriatrisch-frührehabilitative Behandlung* (2006) und 8-98a.-

*Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung* (2007) möglich, dass sich auch die Menge der nach G-DRG 2006/2007 in die Basis-DRG A90 eingeordneten Fälle von der dieser Basis-DRG gemäß G-DRG 2007 zugeordneten Fallmenge unterscheidet.

### **2.2.2 Geändertes Seitenkennzeichen bei Kodes aus 5-393.3-**

Bei den Kodes aus 5-393.3- *Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: Aorta* ist den Regelungen des OPS Version 2005 und 2006 zufolge, kein Seitenkennzeichen anzugeben. Dies ändert sich für 2007. Das hat zur Folge, dass bestimmte Fälle in 2007 in eine DRG für beidseitige Eingriffe eingruppiert werden können, diese DRG mit einem Grouper der Version 2005/2007 oder 2006/2007 aber nicht erreicht werden kann.

Dies kann beispielsweise die DRG B04 *Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen* betreffen: Ein Fall mit den Prozeduren 5-393.02 *Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis - A. subclavia* mit Seitenkennzeichen „R“ und 5-393.30 *Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: Aorta: Aorta - A. carotis* mit Seitenkennzeichen „L“ wird von einem Grouper der Version 2005/2007 oder 2006/2007 nicht der DRG B04B [...] *beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen* [...] zugeordnet werden (sondern stattdessen in DRG B04D eingruppiert), da die Angabe des Seitenkennzeichens für die Prozedur 5-393.30 in 2005 und 2006 nicht zulässig ist.

Ein vergleichbarer Fall würde in 2007 jedoch der DRG B04B zugeordnet, da die beschriebene Konstellation jetzt als beidseitiger Eingriff gewertet wird.

### **2.2.3 Photodynamische Therapie an den Gallengängen**

Der Kode 5-513.41 *Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Destruktion: Photodynamische Therapie* wurde neu in den OPS Version 2007 aufgenommen. Dieser Kode ist in der G-DRG-Version 2007 in der MDC06 den Basis-DRGs G46 und G50 zugeordnet. In der MDC07 führt dieser Kode in die DRG H41A.

Diese Leistung wurde in den Jahren 2005 und 2006 in der Regel mit dem OPS-Kode 5-513.4 *Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Destruktion* kodiert. Daraus ergibt sich folgende Eingruppierung bei Einsatz der Grouper 2005/2007 oder 2006/2007:

G-DRG 2007                      G-DRG 2005/2007 oder 2006/2007

G46, G50	Medizinische und andere Partition der MDC06
H41A	H41A-C

### **2.2.4 Implantation mehr als einer Bandscheibenendoprothese**

Der Kode 5-839.1 *Andere Operationen an der Wirbelsäule: Implantation einer Bandscheibenendoprothese* der OPS-Versionen 2005 und 2006 wurde im OPS 2007 ausdifferenziert:

5-839.10 *Implantation einer Bandscheibenendoprothese: 1 Segment*  
5-839.11 *Implantation einer Bandscheibenendoprothese: 2 Segmente*  
5-839.12 *Implantation einer Bandscheibenendoprothese: 3 Segmente*

### 5-839.13 *Implantation einer Bandscheibenendoprothese: 4 oder mehr Segmente*

In der G-DRG-Version 2007 führt der Code 5-839.10 in die DRG I45B *Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, weniger als 2 Segmente*, die Codes 5-839.11 bis .13 *Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, mehr als ein Segment* in die DRG I45A.

Im Unterschied dazu werden in den G-DRG-Versionen 2005/2007 und 2006/2007 Fälle, bei denen der Code 5-839.1 *Implantation einer Bandscheibenendoprothese* einmal verschlüsselt wurde, der DRG I45B zugeordnet und Fälle, die diesen Code mehr als einmal aufweisen in die DRG I45A eingruppiert.

Somit ist zu beachten, dass eine exakte Abschätzung der Fallmengen der DRGs I45A und I45B auf der Basis von Daten aus den Jahren 2005 oder 2006 nur möglich ist, wenn Fälle mit der Leistung *Implantation einer Bandscheibenendoprothese: 1 Segment* stets mit einem, Fälle mit der Leistung *Implantation einer Bandscheibenendoprothese: Mehr als 1 Segment* stets mit 2 oder mehr Codes 5-839.1 verschlüsselt worden sind.

### **2.2.5 Behandlung bei zerebrovaskulären Vasospasmen**

Die Codes aus 8-97a.- *Multimodale intensivmedizinische Überwachung und Behandlung bei zerebrovaskulären Vasospasmen* wurden neu in den OPS Version 2007 aufgenommen. Diese Codes sind in der G-DRG-Version 2007 in den Basis-DRGs B02, B20 und B70 gruppierungsrelevant.

Der Grouperalgorithmus der Versionen G-DRG 2005/2007 und 2006/2007 verwendet an dieser Stelle hilfsweise die Nebendiagnose I67.80! *Vasospasmen bei Subarachnoidalblutung* und ermöglicht somit eine grobe Abschätzung der betroffenen Fälle. Es ist jedoch zu beachten, dass möglicherweise nicht alle Fälle, bei denen in 2005 oder 2006 die Diagnose I67.80! verschlüsselt worden ist, in 2007 die Bedingungen zur Kodierung eines Codes aus 8-97a.- erfüllen werden. Ebenso ist die Vollständigkeit der Erfassung des Schlüssels I67.80! in 2005 und 2006 ggf. zu prüfen.

### **2.2.6 Längerer stationärer Aufenthalt vor Transplantation**

Bestimmte Aufenthalte vor Transplantation sind in den G-DRG-Versionen 2005/2007 bis 2007 in den neuen Basis-DRGs A67, E37, F37 und H37 abgebildet.

Für die Zuordnung zu diesen DRGs ist in der G-DRG-Version 2007 ein OPS-Code aus 8-97c.2- bis .4- *Stationäre Behandlung bei erfolgter Aufnahme auf die Warteliste zur Organtransplantation: Mindestens 30 Behandlungstage* erforderlich.

Da dieser Code neu in den OPS 2007 aufgenommen wurde, sind in den G-DRG-Versionen 2005/2007 und 2006/2007 diese DRGs stattdessen definiert u.a. über eine Verweildauerbedingung „> 28 Tage“.

Daher ist zu beachten, dass den Basis-DRGs A67, E37, F37 und H37 in 2007 andere Fälle zugeordnet sein können, als eine Analyse mit den Grouperversionen 2005/2007 oder 2006/2007 vermuten lässt.

## **3 – Änderungen der Diagnosenklassifikation (ICD-10-GM)**

### **3.1 – Neue oder geänderte Codes im ICD-10-GM Version 2006**

#### **3.1.1 Streichung der Codes *Prolongiertes neurologisches ischämisches Defizit***

Im ICD 2006 wurde für die Codes aus G45.- *Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome* die sechste Stelle *.-1 Komplette Rückbildung nach mehr als 24 Stunden* gestrichen, da „kein klares Konzept zur zeitlichen Abgrenzung des prolongierten neurologischen ischämischen Defizits (PRIND) gegenüber dem Hirninfarkt besteht“ (ICD-10-GM 2006, Seite 11). Die betroffenen Fälle wurden daher vielfach bereits im Jahr 2005 mit Codes aus I63.- *Hirninfarkt* verschlüsselt. Sofern in 2005 ein Code aus G45.-1 *Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome: Komplette Rückbildung nach mehr als 24 Stunden* als Hauptdiagnose kodiert worden ist, werden die entsprechenden Fälle bei Anwendung eines Groupers der G-DRG-Version 2005/2007 der Basis-DRG B69 zugeordnet.

Ein krankenhausesindividuell unterschiedlicher und insgesamt nicht abschätzbarer Anteil dieser Fälle wird nach den G-DRG-Versionen 2006/2007 und 2007 aufgrund anderer Hauptdiagnose in die Basis-DRG B70 eingruppiert.

### **3.2 – Neue oder geänderte Codes im ICD-10-GM Version 2007**

#### **3.2.1 Dringlichkeitsstufe bei Transplantationen**

Bestimmte Aufenthalte vor Transplantation sind in den G-DRG-Versionen 2005/2007 bis 2007 in den neuen Basis-DRGs A67, E37, F37 und H37 abgebildet.

Für die Zuordnung zu diesen DRGs ist in der G-DRG-Version 2007 einer der folgenden ICD-Codes erforderlich:

- U55.-1 *Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation: Mit Dringlichkeitsstufe U [Urgency]*
- U55.-2 *Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation: Mit Dringlichkeitsstufe HU [High Urgency]*
- Z75.21 *Erfolgte Registrierung zur Lebertransplantation mit Dringlichkeitsstufe T1*
- Z75.22 *Erfolgte Registrierung zur Lebertransplantation mit Dringlichkeitsstufe T2*
- Z75.70 *Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation mit Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency): Niere*
- Z75.74 *Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation mit Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency): Niere-Pankreas*
- Z75.75 *Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation mit Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency): Pankreas*
- Z75.76 *Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation mit Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency): Dünndarm*
- Z75.78 *Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation mit Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency): Sonstige Organe*
- Z75.79 *Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation mit Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency): Nicht näher bezeichnetes Organ*



Da diese Codes neu in die ICD 2007 aufgenommen bzw. für die ICD 2006 inhaltlich verändert wurden, sind in der G-DRG-Version 2005/2007 die DRGs E37, F37 und H37 stattdessen definiert über einen ICD-Kode aus Z75.21 bis .24 *Wartezeit auf eine Untersuchung oder Behandlung*.

Für die G-DRG-Version 2006/2007 sind für die DRGs E37, F37 und H37 neben diesen Codes auch die Codes Z75.6- *Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation ohne Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency)* und Z75.7- *Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation mit Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency)* gruppierungsrelevant. Die DRG A67 ist in den G-DRG-Versionen 2005/2007 bzw. 2006/2007 ohne Diagnosebedingung definiert. Hier wird stattdessen eine Verweildauerbedingung in Kombination mit einem OPS-Kode aus 1-920.- *Medizinische Evaluation und Entscheidung über die Indikation zur Transplantation* verwendet.

Daher ist zu beachten, dass den Basis-DRGs A67, E37, F37 und H37 in 2007 andere Fälle zugeordnet sein können, als eine Analyse mit den Grouperversionen 2005/2007 oder 2006/2007 vermuten lässt.

#### **4 – In 2006 erstmals unzulässige Hauptdiagnosen**

Bei der letztjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wurden einige Diagnosekodes, die in der G-DRG-Version 2005 noch zulässige Hauptdiagnosen waren, zu unzulässigen Hauptdiagnosen erklärt. Die Liste der unzulässigen Hauptdiagnosen wurde bei der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems nicht verändert. Für Fälle des Jahres 2005 ist aber weiterhin zu beachten:

Sind bei diesen Fällen Codes als Hauptdiagnose kodiert worden, die ab 2006 als unzulässige Hauptdiagnosen gewertet werden, werden die jeweiligen Fälle nach der G-DRG-Version 2005/2007 in die unbewertete Fehler-DRG 961Z *Unzulässige Hauptdiagnose* eingruppiert. Dies betrifft Codes, die zwar nach ICD-10-GM in 2005 zwar formal zulässige Hauptdiagnosen waren, aber gemäß den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) nicht als Hauptdiagnose angegeben werden dürfen wie beispielsweise Z47.0 *Entfernung einer Metallplatte oder einer anderen inneren Fixationsvorrichtung*.

Sofern in 2005 entsprechende Fälle (kodierrichtlinienwidrig) mit solchen Hauptdiagnosen verschlüsselt worden sind, ist für die Leistungsplanung 2007 zu berücksichtigen, dass vergleichbare Fälle (bei DKR-konformer Kodierung) in 2007 nicht der unbewerteten DRG 961Z, sondern anderen DRGs zugeordnet werden.

#### **5 – Änderungen der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR)**

##### **5.1 Eingriffe in tiefer Hypothermie**

Der OPS-Kode 8-851.2 *Operativer äußerer Kreislauf (bei Anwendung der Herz-Lungen-Maschine): Mit tiefer Hypothermie* kann zur Eingruppierung eines Falles in die DRGs F04Z und F05Z führen. Nach der in 2005 und 2006 gültigen Kodierrichtlinie 0908d (sowie entsprechenden Hinweisen im OPS) durfte dieser Code aber nicht angegeben werden „*bei Operationen, bei denen die Herz-Lungen-Maschine grundsätzlich zum Einsatz kommt*“.

Die ab 2007 gültige DKR 0908f regelt ergänzend: „Eine Ausnahme davon stellen Operationen dar, bei denen der Einsatz der Herz-Lungen-Maschine in tiefer Hypothermie erfolgt. In diesen Fällen ist der Kode 8-851.2 [...] zusätzlich anzugeben.“

Somit ist zu beachten, dass aufgrund der geänderten Kodierrichtlinie in 2007 ggf. mehr Fälle in die DRGs F04Z und F05Z eingruppiert werden, als eine Analyse auf der Basis von Daten aus den Jahren 2005 oder 2006 vermuten lässt.

## 5.2 Inkontinenz

Die ICD-Kodes

N39.3	<i>Streßinkontinenz</i>
N39.4-	<i>Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz</i>
R32	<i>Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz und</i>
R15	<i>Stuhlinkontinenz</i>

sind im Rahmen des CC-Systems gruppierungsrelevant. Ihre Verschlüsselung war in 2005 und 2006 in der DKR 1804d wie folgt geregelt: „Die Kodes für *Urin- oder Stuhlinkontinenz* [...] sind nur anzugeben, wenn die Inkontinenz Grund für eine operative Behandlung ist, bei der Entlassung besteht **oder mindestens sieben Kalendertage lang andauert.**“

Die ab 2007 gültige DKR 1804f regelt davon abweichend: „Der Befund *Inkontinenz* ist von *klinischer Bedeutung*, wenn

- die Inkontinenz nicht als im Rahmen einer Behandlung „normal“ angesehen werden kann (z.B. nach bestimmten Operationen und bei bestimmten Zuständen).
- die Inkontinenz nicht als der normalen Entwicklung entsprechend angesehen werden kann (wie z.B. bei Kleinkindern).
- die Inkontinenz bei einem Patienten mit deutlicher Behinderung oder geistiger Retardierung andauert.

Die Kodes für *Urin- oder Stuhlinkontinenz* [...] sind nur anzugeben, wenn die Inkontinenz ein Grund für eine stationäre Behandlung ist oder eine oben genannte klinische Bedeutung besitzt.“ Die Bedingung „**mindestens sieben Kalendertage**“ wurde gestrichen.

Somit ist zu beachten, dass aufgrund der geänderten Kodierrichtlinie die Menge der Fälle, für die einer der o.g. ICD-Kodes *Inkontinenz* zu verschlüsseln ist, in 2007 ggf. nicht identisch ist mit den Fällen, bei denen diese Kodes in 2005 oder 2006 verschlüsselt wurden.

## 5.3 Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute bei Lymphom

Der ICD-Kode C79.3 *Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute* ist im G-DRG-System u.a. im Rahmen des CC-Systems gruppierungsrelevant. Die Verschlüsselung dieses Kodes war in 2005 und 2006 durch die DKR 0215d eingeschränkt: „Bei *Lymphomen* sind die folgenden Kodes nicht zuzuordnen: [...] C79.3 *Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute* [...]“

Für 2007 regelt die DKR 0215f davon abweichend: „Soll das Vorliegen eines Befalls der *Hirnhäute oder des Gehirns bei Neoplasien des lymphatischen, blutbildenden und verwandten*

*Gewebes angegeben werden, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer C79.3 Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute zu verwenden. “*

Es ist folglich zu beachten, dass aufgrund der geänderten Kodierrichtlinie in 2007 die Diagnose *C79.3 Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute* ggf. bei Fällen kodiert werden kann, bei denen diese in 2005 oder 2006 nicht verschlüsselt werden durfte.

## **6 – Zusatzentgelte**

### **6.1 Neue Zusatzentgelte**

In der Fallpauschalenvereinbarung 2007 (FPV 2007) werden in den Anlagen einige Leistungen aufgeführt, die im Jahr 2007 über Zusatzentgelte vergütet werden. Ein Teil dieser Leistungen ist über OPS-Kodes definiert, die in den Daten des Jahres 2006 noch nicht oder nicht in der erforderlichen Differenzierung vorliegen. Für die Leistungsplanung 2007 müssen somit über die per OPS verschlüsselten Prozeduren hinausgehende Informationen herangezogen werden.

### **6.2 Gestrichene Zusatzentgelte**

In der Fallpauschalenvereinbarung 2007 (FPV 2007) sind in den Anlagen Leistungen, die im Jahr 2006 über Zusatzentgelte vergütet wurden, nicht mehr aufgeführt (z.B. ZE 05 und ZE 06 *Stentgraft-Prothesen bei thorakalen und thorakoabdominalen Aortenaneurysmen* bzw. *bei anderen Aortenaneurysmen, nicht perkutan-transluminal*). Diese Leistungen werden nun in der DRG F51A *Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, thorakal* bzw. in der DRG F51B *Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, nicht thorakal* abgebildet.

Weiterhin wurde die untere Dosisklasse bei einigen Zusatzentgelten für Medikamente gestrichen (z.B. ZE 63 *Gabe von Paclitaxel, parenteral*) bzw. angehoben (z.B. ZE 80 *Gabe von Docetaxel, parenteral*).

### **6.3 Neue Dosisklassen**

In der Fallpauschalenvereinbarung 2007 (FPV 2007) wurden in den Anlagen bei einigen Zusatzentgelten für Medikamente neue Dosisklassen (für Kinder) hinzugefügt (z.B. ZE 64 *Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Zytomegalie-Virus, parenteral*, ZE 68 *Gabe von Infliximab, parenteral*).

### **6.4 Abrechnung von pegyliertem liposomalen Doxorubicin**

Die Gabe von pegyliertem liposomalen Doxorubicin war im Jahr 2006 ebenso wie die Gabe von liposomalem Doxorubicin unter dem Zusatzentgelt ZE52 *Gabe von Liposomalem Doxorubicin, parenteral* abzurechnen. In der Fallpauschalenvereinbarung 2007 (FPV 2007) wird unterschieden zwischen dem ZE 52 *Gabe von Liposomalem Doxorubicin, parenteral* und ZE 72 *Gabe von Pegyliertem liposomalen Doxorubicin, parenteral*. Beide Leistungen wurden

in 2006 mit dem mit dem Kode 8-012.q\* *Applikation von Medikamenten Liste 1: Liposomales Doxorubicin, parenteral* verschlüsselt.