

Hinweise zur Leistungsplanung/Budgetverhandlung für das Jahr 2008 in Zusammenhang mit den Definitionshandbüchern der G-DRG-Versionen 2006/2008 und 2007/2008 bzw. den darauf beruhenden Groupern

Die G-DRG-Version 2006/2008 dient der Verarbeitung von Daten aus dem Jahr 2006 (beruhend auf den Katalogen ICD-10-GM Version 2006 und OPS Version 2006) mit dem im Jahr 2008 zur Abrechnung verwendeten Grouperalgorithmus. Dies ist insbesondere für die Leistungsplanung bzw. Budgetverhandlungen von Bedeutung. Allerdings ist die unkritische Übernahme der Gruppierungsergebnisse der G-DRG-Version 2006/2008 für die Daten aus 2006 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 2008 neu eingeführte OPS-Kodes) 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 2007/2008 der Verarbeitung von Daten aus 2007 (beruhend auf den Katalogen ICD-10-GM Version 2007 und OPS Version 2007) mit dem im Jahr 2008 zur Abrechnung verwendeten Grouperalgorithmus. Auch die Gruppierungsergebnisse der G-DRG-Version 2007/2008 für die Daten aus 2007 sollten aus den o.g. Gründen kritisch gewürdigt werden.

Inbesondere 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 ein Handlungsbedarf ergeben.)

1 – Vollständigkeit der Kodierung in 2006 und 2007 (exemplarisch)

1.1 – Parameter, die bereits ab 2007 gruppierungsrelevant sind: Prozedurdatum (Stand 24.10.2007)

Das mit jeder kodierten Prozedur zu übermittelnde Datum (OPS-Datum) war bis einschließlich der G-DRG-Version 2006 nicht gruppierungsrelevant, spielt aber in den G-DRG-Versionen 2006/2008, 2007/2008 und 2008 eine entscheidende Rolle bei DRGs für mehrzeitige Eingriffe bzw. in der G-DRG-Version 2006/2008 bei der DRG F30Z, die u.a. die Hybridchirurgie bei Kindern abbildet.

War die Erfassung dieses Datums in 2006 unvollständig oder fehlerhaft, ist eine Fehleinschätzung der für 2008 in den DRGs für mehrzeitige Eingriffe bzw. Hybridchirurgie bei Kindern zu erwartenden Fälle möglich. Dabei führt ein fehlendes OPS-Datum in der Regel zu einer Unterschätzung der Fälle mit mehrzeitigen Eingriffen bzw. Hybridchirurgie bei Kindern, ein fehlerhaft erfasstes OPS-Datum kann zu einer Unter- wie auch einer Überschätzung der Fälle mit mehrzeitigen Eingriffen bzw. Hybridchirurgie bei Kindern führen.

In der G-DRG-Version 2006/2008 wird das OPS-Datum zur Zuordnung in die nachfolgend benannten DRGs verwendet:

A07A
B01Z
D33Z
F13A, F30Z, F53A, F53B
G33Z, G35Z
H33Z
I32A, I98Z
K33Z
L33Z
N33Z
X33Z
Y02A

2 – Änderungen der Prozedurenklassifikation (OPS)

In Einzelfällen werden aus Gründen der Transparenz im G-DRG-Definitionshandbuch bereits Prozeduren-Kodes verwendet, die erst in einer späteren Version des OPS aufgenommen werden. So finden sich beispielsweise die in der OPS-Version 2007 neu aufgenommenen Kodes 8-98a.1- *Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, Umfassende Behandlung* bereits im G-DRG-Definitionshandbuch Version 2006/2008, um den Inhalt der DRG A90A zu verdeutlichen (siehe hierzu auch Kapitel 2.1.8).

Es ist jedoch zu beachten, dass diese Kodes zum einen im Jahr 2006 noch nicht kodiert werden konnten und zum anderen ein Grouper der Version 2006/2008 Kodes, die in 2006 nicht Bestandteil des OPS waren, als ungültig wertet.

Daher sind diese Kodes in der G-DRG-Version 2006/2008 nicht gruppierungsrelevant, obwohl sie bereits im Definitionshandbuch aufgeführt sind und somit die nachstehenden Hinweise zu berücksichtigen.

2.1 – Neue oder geänderte Kodes in der Version 2007

2.1.1 Behandlung bei zerebrovaskulären Vasospasmen (Stand 24.10.2007)

Die Kodes aus 8-97a.- *Multimodale intensivmedizinische Überwachung und Behandlung bei zerebrovaskulären Vasospasmen* wurden neu in den OPS Version 2007 aufgenommen. Diese Kodes sind in den G-DRG-Versionen 2007/2008 und 2008 in den Basis-DRGs B02, B20 und B70 gruppierungsrelevant.

Der Grouperalgorithmus der Version G-DRG 2006/2008 verwendet an den entsprechenden Stellen 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 2006 die Diagnose I67.80! verschlüsselt worden ist, in 2007/2008 und 2008 die Bedingungen zur Kodierung eines Kodes aus 8-97a.- erfüllen werden. Ebenso ist die Vollständigkeit der Erfassung des Schlüssels I67.80! in 2006 ggf. zu prüfen.

2.1.2 Geändertes Seitenkennzeichen bei Kodes aus 5-393.3- (Stand 24.10.2007)

Bei den Kodes aus 5-393.3- *Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: Aorta* ist den Regelungen des OPS Version 2006 zufolge kein Seitenkennzeichen anzugeben. Dies ändert sich ab dem OPS Version 2007. Das hat zur Folge, dass bestimmte Fälle in der G-DRG-Version 2007/2008 bzw. 2008 in eine DRG für beidseitige Eingriffe eingruppiert werden können, diese DRG mit einem Grouper der Version 2006/2008 aber nicht erreicht werden kann.

Dies kann beispielsweise die Basis-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 2006/2008 nicht der DRG B04B [...] *beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen [...]* zugeordnet werden (sondern stattdessen in die DRG B04D eingruppiert), da die Angabe des Seitenkennzeichens für die Prozedur 5-393.30 in 2006 nicht zulässig ist.

Ein vergleichbarer Fall würde mit einem Grouper der Version 2007/2008 und 2008 jedoch der DRG B04B zugeordnet, da die beschriebene Konstellation jetzt als beidseitiger Eingriff gewertet wird.

2.1.3 Hybridchirurgie bei Kindern (Stand 24.10.2007)

In den G-DRG-Versionen 2006/2008, 2007/2008 und 2008 sind Fälle mit der Anwendung einer Hybridchirurgie bei Kindern in der DRG F30Z *Operation bei komplexem angeborenen Herzfehler oder Hybridchirurgie bei Kindern* abgebildet.

Die Zuordnung zu dieser DRG ist in den G-DRG-Versionen 2007/2008 und 2008 unter anderem über den OPS-Kode 5-98a.0 *Hybridtherapie: Anwendung der Hybridchirurgie bei Kindern* (und einem Alter < 16 Jahre) möglich. Da dieser Kode in den OPS Version 2007 neu aufgenommen wurde, erfolgt eine Gruppierung in der G-DRG-Version 2006/2008 an dieser Stelle hilfsweise anhand der Kodierung von Prozeduren aus dem Bereich perkutan-transluminale Verfahren in Kombination mit Prozeduren aus dem Bereich offener gefäß- oder herzchirurgischer Maßnahmen, wenn diese dasselbe Prozedurdatum tragen und das Alter < 16 Jahre beträgt.

Es ist zu beachten, dass möglicherweise nicht alle Fälle, bei denen in 2006 Prozeduren der genannten Bereiche in Kombination verschlüsselt wurden, in 2007/2008 und 2008 die Bedingungen zur Kodierung des Kodes 5-98a.0 erfüllen werden.

Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass insbesondere aufgrund des verwendeten Prozedurdatums als Gruppierungsmerkmal (siehe hierzu auch Kapitel 1.1) der DRG F30Z in den G-DRG-Versionen 2007/2008 und 2008 andere Fälle zugeordnet sein können, als eine Analyse auf der Basis von Daten aus dem Jahr 2006 vermuten lässt.

2.1.4 Implantation mehr als einer Bandscheibenendoprothese (Stand 24.10.2007)

Der Kode 5-839.1 *Andere Operationen an der Wirbelsäule: Implantation einer Bandscheibenendoprothese* der OPS-Version 2006 wurde im OPS Version 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 den G-DRG-Versionen 2007/2008 und 2008 führt der Kode 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 der G-DRG-Version 2006/2008 Fälle, bei denen der Kode 5-839.1 *Implantation einer Bandscheibenendoprothese* einmal verschlüsselt wurde, der DRG I45B zugeordnet und Fälle, die diesen Kode 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 dem Jahr 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.

2.1.5 Längerer stationärer Aufenthalt vor Transplantation (Stand 24.10.2007)

Bestimmte Aufenthalte vor Transplantation sind in den G-DRG-Versionen 2006/2008, 2007/2008 und 2008 in den Basis-DRGs A67, E37, F37 und H37 abgebildet.

Für die Zuordnung zu diesen DRGs ist in den G-DRG-Versionen 2007/2008 und 2008 ein OPS-Kode aus 8-97c.2- bis .4- *Stationäre Behandlung bei erfolgter Aufnahme auf die Warteliste zur Organtransplantation: Mindestens 30 Behandlungstage* erforderlich.

Da dieser Kode neu in den OPS Version 2007 aufgenommen wurde, sind in der G-DRG-Version 2006/2008 diese DRGs stattdessen u.a. über eine Verweildauerbedingung „> 28 Tage“ definiert.

Daher ist zu beachten, dass den Basis-DRGs A67, E37, F37 und H37 in den G-DRG-Versionen 2007/2008 und 2008 andere Fälle zugeordnet sein können, als eine Analyse auf der Basis von Daten aus dem Jahr 2006 vermuten lässt.

2.1.6 Photodynamische Therapie an den Gallengängen (Stand 24.10.2007)

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 den G-DRG-Versionen 2007/2008 und 2008 in der MDC 06 den Basis-DRGs G46, G47 und G50 zugeordnet. In der MDC 07 führt dieser Kode in die DRG H41A.

Diese Leistung wurde im Jahr 2006 in der Regel mit dem noch differenzierteren OPS-Kode 5-513.4 *Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Destruktion* kodiert. Daraus ergibt sich folgende Eingruppierung:

G-DRG 2007/2008 und 2008	G-DRG 2006/2008
G46, G47, G50	Medizinische und andere Partition der MDC 06
H41A	H41A-C

Es ist jedoch zu beachten, dass möglicherweise nicht alle Fälle, bei denen in 2006 ein Kode 5-513.4 verschlüsselt worden ist, in 2007/2008 und 2008 die Bedingungen zur Kodierung des Kodes 5-513.41 erfüllen werden.

2.1.7 Plastische Rekonstruktion der Mamma mit Haut- und Muskeltransplantation: Freies lipokutanes Transplantat mit mikrovaskulärer Anastomosierung (Stand 24.10.2007)

Für 2007 wurde der Kode 5-885.9 *Plastische Rekonstruktion der Mamma mit Haut- und Muskeltransplantation: Freies lipokutanes Transplantat mit mikrovaskulärer Anastomosierung* neu in den OPS aufgenommen. Dieser Kode ist in den G-DRG-Versionen 2007/2008 und 2008 der DRG J26Z *Plastische Rekonstruktion der Mamma mit komplexer Hauttransplantation* zugeordnet.

Da diese Leistung im Jahr 2006 mit dem OPS-Kode 5-885.x *Plastische Rekonstruktion der Mamma mit Haut- und Muskeltransplantation: Sonstige* kodiert, ist bei der Verarbeitung von Daten des Jahres 2006 zu beachten, dass Fälle in der G-DRG-Version 2006/2008 überwiegend der Basis-DRG J14 *Plastische Rekonstruktion der Mamma bei bösartiger Neubildung* zugewiesen werden.

2.1.8 Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung (Stand 24.10.2007)

In der OPS-Version 2007 wurden die Kodes aus 8-98a.- *Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung* neu aufgenommen. Diese Kodes führen in den G-DRG-Versionen 2007/2008 und 2008 in die Basis-DRG A90 *Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung*.

Bei der Verarbeitung von Fällen aus 2006 mit einem Grouper der Version 2006/2008 führt der OPS-Kode 8-553 *Teilstationäre geriatrisch-frührehabilitative Behandlung* in die Basis-DRG A90 *Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung*. Da mit Kodes des OPS Version 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-Kode 8-553 nach der G-DRG-Version 2006/2008 der DRG A90B zugeordnet.

Somit ist zu beachten, dass ein Teil der Fälle, die nach der G-DRG-Version 2006/2008 der DRG A90B zugeordnet werden, in den G-DRG-Versionen 2007/2008 und 2008 in die DRG A90A eingruppiert werden können (wenn eine *umfassende Behandlung* im Sinne des OPS 8-98a.1-erfolgt). Darüber hinaus ist es 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-Version 2006/2008 in die Basis-DRG A90 eingeordneten Fälle von der dieser Basis-DRG gemäß G-DRG-Version 2007/2008 bzw. 2008 zugeordneten Fallmenge unterscheidet.

2.2 – Neue oder geänderte Codes in der Version 2008

2.2.1 Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson (Stand 05.11.2007)

Die Codes aus 8-97d- *Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson* wurden neu in den OPS Version 2008 aufgenommen. Diese Codes sind in der G-DRG-Version 2008 in der DRG B49Z ab einer Behandlungsdauer von mindestens 14 Tagen gruppierungsrelevant.

Der Grouperalgorithmus der G-DRG-Versionen 2006/2008 und 2007/2008 verwendet an dieser Stelle hilfsweise Hauptdiagnosen aus den Codebereichen G20.- *Primäres Parkinson-Syndrom*, G21.- *Sekundäres Parkinson-Syndrom* und G23.- *Sonstige degenerative Krankheiten der Basalganglien* in Kombination mit Prozeduren aus 8-974 *Multimodale Komplexbehandlung bei sonstiger chronischer Erkrankung* und einer Mindestbehandlungsdauer von 14 Tagen und ermöglicht somit eine grobe Abschätzung der betroffenen Fälle. Es ist jedoch zu beachten, dass möglicherweise nicht alle Fälle, bei denen in 2006 oder 2007 die entsprechenden oben aufgeführten Diagnosen und Prozeduren verschlüsselt worden sind, in 2008 die Bedingungen zur Kodierung eines Codes aus 8-97d erfüllen werden. Ebenso ist die Vollständigkeit der Erfassung der Diagnosen aus G20.-, G21.- und G23.- sowie der Prozeduren 8-974.1 und .2 in 2006 und 2007 ggf. zu prüfen.

3 – Änderungen der Diagnosenklassifikation (ICD)

3.1 – Neue oder geänderte Codes in der ICD-10-GM Version 2007

3.1.1 Dringlichkeitsstufen bei Transplantation (Stand 24.10.2007)

Bestimmte Aufenthalte vor Transplantation sind in den G-DRG-Versionen 2006/2008, 2007/2008 und 2008 in den Basis-DRGs A67, E37, F37 und H37 abgebildet.

Für die Zuordnung zu diesen DRGs ist in den G-DRG-Versionen 2007/2008 und 2008 ein Code aus dem Bereich U55.-1 *Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation: Mit Dringlichkeitsstufe U [Urgency]* erforderlich.

Der Grouperalgorithmus der Version G-DRG 2006/2008 verwendet an den entsprechenden Stellen hilfsweise Diagnosen aus dem Bereich Z75.6- *Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation ohne Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency)* und ermöglicht somit eine grobe Abschätzung der betroffenen Fälle. Es ist jedoch zu beachten, dass möglicherweise nicht alle Fälle, bei denen in 2006 eine Diagnose aus Z75.6- verschlüsselt worden ist, in 2007/2008 und 2008 die Bedingungen zur Kodierung eines Kodes aus U55.-1 erfüllen werden.

Daher ist zu beachten, dass den Basis-DRGs A67, E37, F37 und H37 in den G-DRG-Versionen 2007/2008 und 2008 andere Fälle zugeordnet sein können, als eine Analyse auf der Basis von Daten aus dem Jahr 2006 vermuten lässt.

3.2 – Neue oder geänderte Kodes in der ICD-10-GM Version 2008

3.2.1 Neues Exklusivum für die Kodes *Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome* (Stand 24.10.2007)

In der ICD-10-GM 2008 wurde unter der Schlüsselnummer G45.- *Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome* das zusätzliche Exklusivum „*In der Bildgebung nachgewiesener, korrelierender Infarkt (I63.-)*“ aufgenommen, „um die Abgrenzung zwischen den Schlüsselnummern unter G45.- und denjenigen unter I63.- *Hirninfarkt*, im Sinne einer einheitlichen Kodierung, zu unterstützen“ (ICD-10-GM 2008, Seite 10). Die betroffenen Fälle wurden vielfach bereits in den Jahren 2006 und 2007 mit Kodes aus I63.- *Hirninfarkt* verschlüsselt. Sofern jedoch in 2006 bzw. 2007 ein Kode aus G45.- als Hauptdiagnose für die betroffenen Fälle kodiert worden ist, werden diese mit einem Grouper der G-DRG-Version 2006/2008 und 2007/2008 der Basis-DRG B69 zugeordnet. Unter Beachtung des Exklusivums in der ICD-10-GM Version 2008 ergibt sich nach der G-DRG-Version 2008 eine Eingruppierung in die Basis-DRG B70.

4 – In 2008 erstmals ungültige Hauptdiagnosen (Stand 24.10.2007)

Bei der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wurden die Diagnosekodes Z21 *Asymptomatische HIV-Infektion [Humane Immundefizienz-Virusinfektion]* und Z49.2 *Sonstige Dialyse*, die in der G-DRG-Version 2007 noch zulässige Hauptdiagnose waren, zu unzulässigen Hauptdiagnosen erklärt. Sind diese Diagnosen bei Fällen aus 2006 oder 2007 als Hauptdiagnose kodiert worden, werden die jeweiligen Fälle nach der G-DRG-Version 2006/2008 oder 2007/2008 in die Fehler-DRG 961Z *Unzulässige Hauptdiagnose* eingruppiert. Die genannten Kodes sind zwar nach der ICD-10-GM formal zulässige Hauptdiagnosen, dürfen aber gemäß den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) nicht als Hauptdiagnose angegeben werden. Sofern in 2006 oder 2007 entsprechende Fälle (kodierrichtlinienwidrig) mit diesen Hauptdiagnosen verschlüsselt worden sind, ist für die Leistungsplanung 2008 zu berücksichtigen, dass vergleichbare Fälle (bei DKR-konformer Kodierung) in 2008 nicht der unbewerteten DRG 961Z, sondern anderen DRGs zugeordnet werden.

5 – Änderungen der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR)

5.1 – Eingriffe in tiefer Hypothermie (Stand 24.10.2007)

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 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 Code 8-851.2 [...] zusätzlich anzugeben.*“

Somit ist zu beachten, dass aufgrund der geänderten Kodierrichtlinie mit einem Grouper der Version 2007/2008 und 2008 ggf. mehr Fälle in die DRGs F04Z und F05Z eingruppiert werden, als eine Analyse auf der Basis von Daten aus dem Jahr 2006 vermuten lässt.

5.2 – Inkontinenz (Stand 24.10.2007)

Die ICD-Kodes N39.3 *Stressinkontinenz*, N39.4- *Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz* und R15 *Stuhlinkontinenz* sind im Rahmen des CC-Systems gruppierungsrelevant. Ihre Verschlüsselung war in 2006 in der DKR 1804d wie folgt geregelt: „*Die Codes 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 Codes 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 und 2008 ggf. nicht identisch ist mit den Fällen, bei denen diese Codes in 2006 verschlüsselt wurden.

5.3 – Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute bei Lymphom (Stand 24.10.2007)

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 2006 durch die DKR 0215d eingeschränkt: „Bei Lymphomen sind die folgenden Codes 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 ab 2007 die Diagnose C79.3 *Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute* ggf. bei Fällen kodiert werden kann, bei denen diese in 2006 nicht verschlüsselt werden durfte.

6 – Zusatzentgelte

6.1 – Neue Zusatzentgelte (Stand 24.10.2007)

In der Fallpauschalenvereinbarung 2008 (FPV 2008) werden in den Anlagen einige Leistungen aufgeführt, die im Jahr 2008 über Zusatzentgelte vergütet werden. Ein Teil dieser Leistungen ist über OPS-Kodes definiert, die in den Daten des Jahres 2006 oder 2007 noch nicht oder nicht in der erforderlichen Differenzierung vorliegen. Für die Leistungsplanung 2008 müssen somit über die per OPS verschlüsselten Prozeduren hinausgehende Informationen herangezogen werden.

6.2 – Neue Dosisklassen (Stand 24.10.2007)

In der Fallpauschalenvereinbarung 2008 (FPV 2008) wurden in den Anlagen bei einigen Zusatzentgelten für Medikamente neue Dosisklassen (für Kinder) hinzugefügt (z.B. ZE83 *Gabe von Thrombozytenkonzentraten*, ZE84 *Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten*, ZE82 *Gabe von Rituximab, parenteral*). Weiterhin wurde die Einstiegsschwelle bei ZE85 *Gabe von Human-Immun-globulin, polyvalent, parenteral* gesenkt.

6.3 – Gabe von Thrombozyten (Stand 24.10.2007)

In Bezug auf die Einzelmengen-Definition Thrombozyten sind zunächst weiterhin die „Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie)“ in der Formulierung von 2003 der Bundesärztekammer zu beachten.

Auszug zur Definition von Thrombozyten-Einheiten:

Einzelspender-Thrombozytenkonzentrat

Prüfparameter	Prüfkriterium
Volumen	> 40 ml nach Festlegung
Thrombozytenzahl	> 60 x 10 ⁹ /Einheit

„Zum Erreichen einer therapeutischen Standarddosis für Erwachsene werden [...] in der Regel 4-6 ABO-blutgruppengleiche Buffy coats oder fertige Einzelspender-Thrombozytenkonzentrate zu Pool-Thrombozytenkonzentrat zusammengeführt. [...]“

Pool-Thrombozytenkonzentrat

Prüfparameter	Prüfkriterium
Volumen	> 40 ml in Abhängigkeit von der Anzahl der gepoolten Einheiten
Thrombozytenzahl	> 60 x 10 ⁹ in Abhängigkeit von der Anzahl der gepoolten Einheiten

Apherese-Thrombozytenkonzentrat

Prüfparameter	Prüfkriterium
Volumen	> 200 ml
Thrombozytengehalt	> 200 x 10 ⁹ /Einheit

Demnach ist für die Abrechnung von Pool-Thrombozytenkonzentraten mittels ZE83 *Gabe von Thrombozytenkonzentraten* die äquivalente Menge von (Einzelspender-) Thrombozytenkonzentraten heranzuziehen.

Aufgrund wiederholter Nachfragen ergibt sich ein Klarstellungsbedarf dahingehend, dass Pool-Thrombozytenkonzentrate in Bezug auf die Abrechnung des ZE83 *Gabe von Thrombozytenkonzentraten* wie (Einzelspender-) Thrombozytenkonzentrate zu betrachten sind. Hierbei sind die tatsächlich verabreichten Mengen relevant. Die Anzahl der Spender, die "zu einem Beutel beigetragen haben", ist unerheblich.

So kann beispielsweise die Gabe von drei Pool-Thrombozytenkonzentraten à 250 ml Volumen (entspricht jeweils 6 Transfusionseinheiten [TE], insgesamt also 18 TE) in das ZE83.03 „16 TE bis unter 24 TE“ führen.

Im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2009 wird versucht werden, eine Änderung der Zählweise von gepoolten Thrombozytenkonzentraten aufgrund der Novelle 2005 der "Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie)" der Bundesärztekammer zu berücksichtigen.

6.4 – Gabe von Baby-Erythrozytenkonzentraten (Stand 24.10.2007)

In Bezug auf das ausgewiesene Zusatzentgelt ZE54 *Gabe von Erythrozytenkonzentraten* ist bei der Gabe von Baby-Erythrozytenkonzentraten im ersten Lebensjahr aufgrund der damit verbundenen Kosten bzw. Vergütung jedes einzelne verabreichte Baby-Erythrozytenkonzentrat zu zählen.

In Bezug auf ZE83 *Gabe von Thrombozytenkonzentraten*, ZE84 *Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten*, ZE35 *Gabe von patientenbezogenen Thrombozytenkonzentraten* sowie ZE2008-34 *Gabe von Granulozytenkonzentraten* ist analog vorzugehen.

6.5 – Neurostimulatoren (Stand 24.10.2007)

Die Prozedur 5-028.03 *Funktionelle Eingriffe an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten: Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Hirnstimulation: Mehrkanalsystem, vollimplantierbar, wiederaufladbar* wird in der Fallpauschalenvereinbarung 2008 (FPV 2008) erstmals als Zusatzentgelt (ZE2008-61 *Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, wiederaufladbar*) vergütet.

Die betroffenen Fälle sind nach der G-DRG-Version 2008 überwiegend der DRG B21Z *Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem* zugeordnet. Die bereits bestehenden Zusatzentgelte für Neurostimulatoren wurden in der Fallpauschalenverordnung (FPV) 2008 weiter differenziert, wie in der nachstehenden Abbildung 1 verdeutlicht wird.

Abbildung 1:
Veränderung der Zusatzentgelte für Neurostimulatoren (von FPV 2007 nach FPV 2008)

