

Hinweise zur Leistungsplanung/Budgetverhandlung für das Jahr 2009 in Zusammenhang mit den Definitionshandbüchern der G-DRG-Versionen 2007/2009 und 2008/2009 bzw. den darauf beruhenden Groupern

Die G-DRG-Version 2007/2009 dient der Verarbeitung von Daten aus dem Jahr 2007 (beruhend auf den Katalogen ICD-10-GM Version 2007 und OPS Version 2007) mit dem im Jahr 2009 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 2007/2009 für die Daten aus 2007 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 2009 neu eingeführte OPS-Kodes) und Parametern, die im Datenjahr noch nicht gruppierungsrelevant waren und daher möglicherweise unvollständig oder fehlerhaft erfasst worden sind.

Entsprechend dient die G-DRG-Version 2008/2009 der Verarbeitung von Daten aus 2008 (beruhend auf den Katalogen ICD-10-GM Version 2008 und OPS Version 2008) mit dem im Jahr 2009 zur Abrechnung verwendeten Grouperalgorithmus. Auch die Gruppierungsergebnisse der G-DRG-Version 2008/2009 für die Daten aus 2008 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 ein Handlungsbedarf ergeben.)

1 – Änderungen der Prozedurenklassifikation (OPS)

In Einzelfällen werden aus Gründen der Transparenz im GDRG-Definitionshandbuch bereits Prozeduren-Kodes verwendet, die erst in einer späteren Version des OPS aufgenommen werden.

So finden sich beispielsweise die in der OPS-Version 2008 neu aufgenommenen Kodes aus 8-98c.-*Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter* bereits im G-DRG-Definitionshandbuch Version 2007/2009 ab einer Behandlungsdauer von mehr als 72 Stunden in den DRGs E40A und E77A (siehe hierzu auch Kapitel 1.1.4).

Es ist jedoch zu beachten, dass diese Kodes zum einen im Jahr 2007 noch nicht kodiert werden konnten und zum anderen ein Grouper der Version 2007/2009 Kodes, die in 2007 nicht Bestandteil des OPS waren, als ungültig wertet.

Daher sind diese Kodes in der G-DRG-Version 2007/2009 nicht gruppierungsrelevant, obwohl sie bereits im Definitionshandbuch aufgeführt sind und somit die nachstehenden Hinweise zu berücksichtigen.

1.1 – Neue oder geänderte Codes in der Version 2008

1.1.1 Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson (Stand 22.10.2008)

Die Codes aus 8-97d.- *Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson* wurden neu in den OPS Version 2008 aufgenommen. Diese Codes sind in den G-DRG-Versionen 2008/2009 und 2009 in der DRG B49Z ab einer Behandlungsdauer von mindestens 14 Tagen gruppierungsrelevant.

Der Grouperalgorithmus der G-DRG-Version 2007/2009 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 2007 die entsprechenden oben aufgeführten Diagnosen und Prozeduren verschlüsselt worden sind, ab 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 2007 ggf. zu prüfen.

1.1.2 Rekonstruktion mit freiem mikrovaskulär-anastomosierten Transplantat oder gestieltem Fernlappen bei Pharynxteilresektion bzw. bei Laryngektomie (Stand 22.10.2008)

Für 2008 wurden die OPS-Codes für Operationen an Pharynx und Larynx neu gestaltet. Dabei wurden für Pharynxteilresektionen (5-295) und Laryngektomien (5-303) mit den neuen sechsten Stellen .*4 und .*5 spezifische Kodiermöglichkeiten für die *Rekonstruktion mit freiem mikrovaskulär-anastomosierten Transplantat* (. *4) bzw. die *Rekonstruktion mit gestieltem Fernlappen* (. *5) geschaffen. Diese Codes sind in den G-DRG-Versionen 2008/2009 und 2009 der Basis-DRG D02 *Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals* zugeordnet.

Es ist zu beachten, dass diese Leistungen im Jahr 2007 präzise nur mit einer Kombination mehrerer OPS-Codes verschlüsselt werden konnten. Bei Kodierung der entsprechenden Codes des OPS 2007 für Pharynxteilresektionen (5-292) bzw. Laryngektomien (5-303) in Verbindung mit einem OPS-Kode für das rekonstruktive Verfahren (bestimmte Codes aus 5-858 und 5-905) wurde ein Fall bereits in der G-DRG-Version 2007/2009 in die Basis-DRG D02 eingruppiert. Bei unvollständiger Kodierung, wenn beispielsweise lediglich ein OPS-Kode aus 5-292.1- *Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Pharynx: Resektion, partiell* angegeben wurde, wird die Basis-DRG D02 jedoch in der G-DRG-Version 2007/2009 nicht erreicht (der Beispielfall würde der Basis-DRG D12 *Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals* zugewiesen).

Somit ist zur Wertung der Gruppierungsergebnisse der G-DRG-Version 2007/2009 die konkrete Verschlüsselung der Fälle mit den o. g. Eingriffen in 2007 zu prüfen.

1.1.3 Implantation und Wechsel eines Knochentotalersatzes am Femur (Stand 22.10.2008)

Für das Jahr 2008 wurden die OPS-Codes 5-828.10 *Implantation eines Knochentotalersatzes: Femur* und 5-828.40 *Wechsel eines Knochentotalersatzes: Femur* neu etabliert. Ab der G-DRG-

Version 2008/2009 sind diese Codes der DRG I95Z *Implantation einer Tumorendoprothese oder Knochentotalersatz am Femur* zugeordnet.

Fälle mit Implantation eines Knochentotalersatzes am Femur werden auch bereits in der G-DRG-Version 2007/2009 der DRG I95Z zugeordnet, sofern diese Leistung in 2007 sowohl mit einem Kode aus 5-828.1 / .4 *Implantation / Wechsel eines Knochentotalersatzes* als auch mit einem Kode aus 5-782.6g / .7g / .8g / .9g / .xg *Totale Resektion eines Knochens [...]: Femurschaft / Sonstige Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Femurschaft* verschlüsselt worden ist.

Abhängig von der konkreten Kodierung in 2007 ist daher möglich, dass nicht alle Fälle, die anhand der G-DRG-Version 2008/2009 in die DRG I95Z eingruppiert werden, dieser DRG auch bereits gemäß der G-DRG-Version 2007/2009 zugeordnet sind.

1.1.4 Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter(Stand 22.10.2008)

Die Codes aus 898c.- *Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter* wurden neu in den OPS Version 2008 aufgenommen. Diese Codes definieren in den G-DRG-Versionen 2007/2009, 2008/2009 und 2009 ab einer Behandlungsdauer von mehr als 72 Stunden die DRGs E40A und E77A.

Es ist jedoch zu beachten, dass diese Codes zum einen im Jahr 2007 noch nicht kodiert werden konnten und zum anderen ein Grouper der Version 2007/2009 Codes, die in 2007 nicht Bestandteil des OPS waren, als ungültig wertet.

Daher sind diese Codes in der G-DRG-Version 2007/2009 nicht gruppierungsrelevant, obwohl sie bereits im Definitionshandbuch aufgeführt sind.

1.2 – Neue oder geänderte Codes in der Version 2009

1.2.1 Implantation eines myokardmodulierenden Systems (Stand 28.11.2008)

Der OPS-Kode 5-379.8 *Implantation oder Revision eines myokardmodulierenden Systems [CCM]* wurde im OPS Version 2009 differenziert in die Codes 5-379.80 für *Implantation und Wechsel* und 5-379.81 für *Revision*. In den G-DRG-Versionen 2007/2009 und 2008/2009 führt der undifferenzierte Kode 5-379.8, welcher als Hilfskonstrukt für Fälle mit Implantation eines myokardmodulierenden Systems, die mittels der ergänzenden Datenbereitstellung identifiziert wurden, diente, zur Aufwertung der Fälle mit Implantation eines myokardmodulierenden Systems unabhängig von weiteren Bedingungen in die DRG F01A *Neuimplantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Drei-Kammer-Stimulation, mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff oder Implantation eines myokardmodulierenden Systems*.

In der G-DRG-Version 2009 führt der differenzierte Kode 5-379.80 für Implantation und Wechsel eines myokardmodulierenden Systems weiterhin in die DRG F01A. Für die Fälle mit Revision (5-379.81) erfolgt gegenüber der G-DRG-Version 2008 keine Aufwertung, so dass diese beispielsweise in die Basis-DRG F09 *Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine* eingruppiert werden. Die Menge der gemäß G-DRG-Version 2009 neu in die DRG F01A eingruppierten Fälle ist somit möglicherweise geringer als die dort eingruppierte Menge gemäß den G-DRG-Versionen 2007/2009 und 2008/2009.

1.2.2 Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem (Stand 28.11.2008)

Die DRG B21Z *Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem* (G-DRG 2008) wurde für 2009 in zwei DRGs differenziert:

B21A *Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, mit Sondenimplantation* und B21B *Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, ohne Sondenimplantation*.

Für die G-DRG-Versionen 2007/2009 und 2008/2009 wird zur Definition der DRG B21A übergangsweise der OPS-Kode 5-028.21 *Implantation oder Wechsel einer permanenten Neurostimulationselektrode zur kortikalen Dauerstimulation* verwendet: Fälle mit *Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem*, bei denen zusätzlich auch der Kode 5-028.21 verschlüsselt ist, werden der DRG B21A zugeordnet, Fälle ohne diesen zusätzlichen Kode – entsprechend dem reinen Aggregatwechsel eines Neurostimulators ohne Implantation oder Wechsel der Sonde – hingegen der DRG B21B. Ab der G-DRG-Version 2009 werden die DRGs B21A und B21B über die differenzierten Codes des OPS Version 2009 definiert.

Deshalb ist die Vollständigkeit der Erfassung der Prozedur 5-028.21 in den Jahren 2007 und 2008 ggf. zu überprüfen. Zudem besteht die Möglichkeit, dass nicht alle Fälle, die in den Jahren 2007 und 2008 mit dem OPS-Kode 5-028.21 kodiert wurden, in 2009 die Bedingung der DRG B21A (auf Basis des OPS Version 2009) erfüllen werden.

1.2.3 Knochenersatz an der Wirbelsäule (Stand 28.11.2008)

Für das Jahr 2009 wurden die OPS-Kodes 5-835.c *Verwendung von humaner demineralisierter Knochenmatrix*, 5-835.d *Verwendung von allogenem Knochentransplantat* und 5-835.e *Verwendung von xenogenem Knochentransplantat* neu im OPS etabliert. Ab der G-DRG-Version 2009 sind diese Codes der DRG I09B *Wirbelkörperfusion mit äußerst schweren CC mit anderer Kyphoplastie oder mit schweren CC, ohne andere Kyphoplastie oder mit komplexer Kyphoplastie, allogener Knochentransplantation oder Implantation eines Schrauben-Stabsystems* zugeordnet.

Fälle mit diesen Leistungen werden auch in den G-DRG-Versionen 2007/2009 und 2008/2009 der DRG I09B zugeordnet, sofern diese Leistung in 2007 bzw. 2008 mit den Codes 5-835.x *Osteosynthese und Knochenersatz an der Wirbelsäule: Sonstige*, 5-784.7x *Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, allogene: Sonstige* oder 5-784.8x *Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, allogene: Sonstige* verschlüsselt worden ist.

Abhängig von der konkreten Kodierung in 2007 und 2008, ist es daher möglich, dass nicht alle Fälle, die anhand der G-DRG-Version 2009 in die DRG I09B eingruppiert werden, auch bereits gemäß der G-DRG-Versionen 2007/2009 bzw. 2008/2009 dieser DRG zugeordnet sind. Ebenso müssen nicht alle Fälle, die nach G-DRG-Version 2007/2009 bzw. 2008/2009 der DRG I09B zugeordnet sind, dieser DRG auch gemäß G-DRG-2009 zugeordnet werden.

2 – Änderungen der Diagnosenklassifikation (ICD)

2.1 – Neue oder geänderte Codes in der ICD-10-GM Version 2008

2.1.1 Neues Exklusivum für die Codes *Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome* (Stand 22.10.2008)

In der ICD-10-GM 2008 wurde unter der Schlüsselnummer G45.- *Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome* das zusätzliche Exklusivum „*In der Bildung nachgewiesener, korrelierender Infarkt (I63.-)*“ aufgenommen, „um die Abgrenzung zwischen den Schlüsselnummern unter G45.- und denjenigen unter I63.- *Hirnininfarkt*, im Sinne einer einheitlichen Kodierung, zu unterstützen“ (ICD-10-GM 2008, Seite 10). Die betroffenen Fälle wurden vielfach bereits im Jahr 2007 mit Codes aus I63.- *Hirnininfarkt* verschlüsselt. Sofern jedoch in 2007 ein Code aus G45.- als Hauptdiagnose für die betroffenen Fälle kodiert worden ist, werden diese mit einem Grouper der G-DRG-Version 2007/2009 der Basis-DRG B69 zugeordnet. Unter Beachtung des Exklusivums in der ICD-10-GM Version 2008 ergibt sich nach den G-DRG-Versionen 2008/2009 und 2009 eine Eingruppierung in die Basis-DRG B70.

2.1.2 Kalziphylaxie (Stand 22.10.2008)

Fälle der MDC 11 *Krankheiten und Störungen der Harnorgane* mit der Nebendiagnose *Kalziphylaxie* sind in den G-DRG-Versionen 2008/2009 und 2009 in den DRGs L09A sowie L60A und B abgebildet.

Die Zuordnung zu diesen DRGs erfolgt in den G-DRG-Versionen 2008/2009 und 2009 unter anderem anhand des Codes E83.50 *Störung des Kalziumstoffwechsels: Kalziphylaxie*. Zur transparenten Darstellung des DRG-Algorithmus ist auch bereits im Definitionshandbuch der G-DRG-Version 2007/2009 dieser Code der ICD-10-GM Version 2008 aufgeführt. Da dieser Code in 2007 jedoch kein gültiger Code ist, kann gemäß der G-DRG-Version 2007/2009 kein Fall die DRGs L09A, L60A und L60B aufgrund einer Nebendiagnose *Kalziphylaxie* erreichen.

Diese Erkrankung konnte in 2007 beispielsweise unspezifisch mit dem Code E83.5 *Störung des Kalziumstoffwechsels* verschlüsselt werden. Fälle, die aufgrund einer Nebendiagnose *Kalziphylaxie* von einem G-DRG-Grouper der Version 2008/2009 oder 2009 in die DRGs L09A oder L60A/B eingruppiert werden, können in den Daten des Jahres 2007 daher gegebenenfalls anhand des Codes E83.5 identifiziert werden.

Es ist jedoch zu beachten, dass vermutlich nur ein geringer Teil der Fälle, bei denen in 2007 der Code E83.5 verschlüsselt worden ist, in 2008 und 2009 die Bedingungen zur Kodierung des Codes E83.50 erfüllen werden.

3 – In 2008 erstmals ungültige Hauptdiagnosen (Stand 22.10.2008)

Bei der letztjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wurden die Diagnosecodes Z21 *Asymptomatische HIV-Infektion [Humane Immundefizienz-Virusinfektion]* und Z49.2 *Sonstige Dialyse*, die in der G-DRG-Version 2007 noch zulässige Hauptdiagnosen waren, zu unzulässigen Hauptdiagnosen erklärt. Sind diese Diagnosen bei Fällen aus 2007 als Hauptdiagnose kodiert worden, werden die jeweiligen Fälle nach der G-DRG-Version 2007/2009 in die Fehler-DRG

961Z *Unzulässige Hauptdiagnose* eingruppiert. Die genannten Codes sind zwar nach der ICD-10-GM formal zulässige Hauptdiagnosen, dürfen aber gemäß den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) nicht als Hauptdiagnose angegeben werden.

Sofern in 2007 entsprechende Fälle (kodierrichtlinienwidrig) mit diesen Hauptdiagnosen verschlüsselt worden sind, ist für die Leistungsplanung 2009 zu berücksichtigen, dass vergleichbare Fälle (bei DKR-konformer Kodierung) in 2009 nicht der unbewerteten DRG 961Z, sondern anderen DRGs zugeordnet werden.

4 – Änderungen der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR)

4.1 – Bösartige Neubildungen an mehreren Lokalisationen (Stand 22.10.2008)

Der ICD-Code C97! *Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen* ist im Rahmen des CC-Systems gruppierungsrelevant. Die Verschlüsselung dieses Codes war in 2007 und 2008 durch die DKR 0207 eingeschränkt: „*Der Code C97! [...] ist nur in den Fällen – und dann nur als Nebendiagnose – zuzuweisen, in denen mehr als ein maligner Primärtumor die Definition der Hauptdiagnose erfüllt [...].*“

Für 2009 wurde diese Kodierrichtlinie gestrichen. Zusätzlich wurde in der ICD-10-GM ein Hinweistext zu dem Code C97! ergänzt (ICD-10-GM 2009, Seite 10).

Somit ist zu beachten, dass aufgrund der Streichung der Kodierrichtlinie und des Hinweises in der ICD-10-GM in 2009 die Diagnose C97! *Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen* gegebenenfalls bei Fällen kodiert werden kann, bei denen diese in 2007 oder 2008 nicht verschlüsselt wurden

4.2 – Chronische Phase einer Paraplegie/Tetraplegie (Stand 22.10.2008)

Die Verschlüsselung der chronischen Phase einer Paraplegie/Tetraplegie wird für die nicht traumatische Paraplegie/Tetraplegie in DKR 0603 und für die traumatische Paraplegie/Tetraplegie in DKR 1910 geregelt. Die Kodierung der chronischen Phase einer nicht traumatischen Paraplegie/Tetraplegie war in 2007 und 2008 anders geregelt als die einer traumatischen Paraplegie/Tetraplegie: „*[...] In solchen Fällen sind ein Kode aus G82.- Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie, fünfte Stelle „.2“ oder „.3“ und die Diagnosekodes sonstiger Krankheiten des Patienten zuzuweisen. [...]*“ Im Gegensatz dazu war gemäß DKR 1910 die chronische Phase einer traumatischen Paraplegie/Tetraplegie folgendermaßen zu verschlüsseln: „*[...] In diesen Fällen ist die zu behandelnde Erkrankung, gefolgt von einem Kode der Kategorie G82.- Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie, fünfte Stelle „.2“ oder „.3“ anzugeben sowie andere vorliegende Erkrankungen. [...]*“

Für 2009 wurde die Kodierung der chronischen Phase einer nicht traumatischen Paraplegie/Tetraplegie an die der chronischen Phase einer traumatischen Paraplegie/Tetraplegie angeglichen (siehe DKR 2009, Seite 88).

Es ist folglich zu beachten, dass Fällen mit einer chronischen Phase einer nicht traumatischen Paraplegie/Tetraplegie in 2009 ggf. eine andere Hauptdiagnose zuzuweisen ist, als dies 2007 und

2008 der Fall war und damit diese Fälle gegebenenfalls nicht mehr der Basis-DRG B60 *Nicht akute Paraplegie/Tetraplegie* zugeordnet werden.

4.3 – Maschinelle Beatmung (Stand 22.10.2008)

Die Verschlüsselung einer maschinellen Beatmung wird in DKR 1001 festgelegt. Dabei war die Festlegung des Endes der Beatmungszeit in 2007 und 2008 folgendermaßen geregelt: „[...] Die Berechnung der Dauer endet mit einem der folgenden Ereignisse:

- *Extubation*
[...]

Die Dauer der Entwöhnung wird insgesamt (inklusive beatmungsfreier Intervalle während der jeweiligen Entwöhnung) bei der Berechnung der Beatmungsdauer eines Patienten hinzugezählt. Es kann mehrere Versuche geben, den Patienten vom Beatmungsgerät zu entwöhnen [...].“

Für 2009 wurde die Regelung zur Festlegung des Endes der Entwöhnung konkretisiert. Hier heißt es unter anderem: „[...] Das Ende der Entwöhnung **kann nur retrospektiv nach Eintreten einer stabilen respiratorischen Situation festgestellt werden.**

Eine stabile respiratorische Situation liegt vor, wenn ein Patient über einen längeren Zeitraum vollständig und ohne maschinelle Unterstützung spontan atmet.

Dieser Zeitraum wird wie folgt definiert:

- *Für Patienten, die (inklusive Entwöhnung) **bis zu 7 Tage** beatmet wurden: **24 Stunden***
- *Für Patienten, die (inklusive Entwöhnung) **mehr als 7 Tage** beatmet wurden: **36 Stunden***

Für die Berechnung der Beatmungsdauer gilt als Ende der Entwöhnung dann das Ende der letzten maschinellen Unterstützung der Atmung [...].“

Darüber hinaus wurde für 2009 die Berechnung der Beatmungszeiten bei heimbeatmeten Patienten, die über ein Tracheostoma beatmet werden, klargestellt: „[...] Für den Sonderfall von **heimbeatmeten Patienten, die über ein Tracheostoma beatmet werden, ist analog zur Regelung zu intensivmedizinisch versorgten Patienten, bei denen die maschinelle Beatmung über Maskensysteme erfolgt, vorzugehen.**

Dies bedeutet, dass die Beatmungszeiten zu erfassen sind, wenn es sich im Einzelfall um einen „intensivmedizinisch versorgten Patienten“ handelt [...].“

Somit ist zu beachten, dass aufgrund der geänderten Kodierrichtlinie mit einem Grouper der Version 2009 ggf. andere Fälle in eine anhand der Beatmungsdauer definierte DRG eingruppiert werden, als eine Analyse auf der Basis von Daten aus dem Jahr 2007 oder 2008 vermuten lässt.

5 – Zusatzentgelte

5.1 – Neue Zusatzentgelte (Stand 22.10.2008)

In der Fallpauschalenvereinbarung 2009 (FPV 2009) werden in den Anlagen einige Leistungen aufgeführt, die im Jahr 2009 über Zusatzentgelte vergütet werden. Ein Teil dieser Leistungen ist über OPS-Kodes definiert, die in den Daten des Jahres 2007 oder 2008 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.

5.2 – Neue Dosisklassen (Stand 22.10.2008)

In der Fallpauschalenvereinbarung 2009 (FPV 2009) wurden in den Anlagen bei einigen Zusatzentgelten für Medikamente neue Dosisklassen hinzugefügt (z. B. ZE92 *Gabe von Imatinib, oral*). Weiterhin wurde die Einstiegsschwelle bei ZE93 *Gabe von Human-Immunglobulin, polyvalent, parenteral* gesenkt.

5.3 – Gestrichene Dosisklassen (Stand 22.10.2008)

In der Fallpauschalenvereinbarung 2009 (FPV 2009) wurden in den Anlagen die unteren Dosisklassen bei einigen Zusatzentgelten für Medikamente gestrichen (z. B. ZE91 *Gabe von Oxaliplatin, parenteral*).

5.4 – Gabe von Thrombozyten (Stand 22.10.2008)

Bei dem Zusatzentgelt ZE94 *Gabe von Thrombozytenkonzentraten* erfolgte aufgrund einer Änderung in der Novelle 2005 der „Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie) gemäß §§ 12 und 18 des Transfusionsgesetzes (TFG)“ des wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer hinsichtlich der Mindestbedingungen und der kontinuierlich bestehenden Unklarheiten bei Errechnung der korrekten Anzahl von *Transfusionseinheiten (TE)* eine Umstellung der zugrunde liegenden Einheit in *Thrombozytenkonzentrate*. Im Zuge der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wurden daher auch die Definition des Zusatzentgelts sowie die entsprechenden OPS-Kodes an die Novelle 2005 angepasst. Dabei war eine eindeutige Überleitung nicht möglich. Die Neudefinition der Dosisklassen versucht, das Abrechnungsvolumen auf nationaler Ebene konstant zu halten. Gleichzeitig wurden die Erlösstufen und die Klassenbreiten ähnlich konstruiert. Unterschiede im Abrechnungsvolumen auf Krankenhausebene können sich allerdings dennoch ergeben.

Bis zur Novelle 2005 galt eine doppelte Mindestbedingung, die sich auf die Thrombozytenzahl und das Volumen bezog (Mindestgehalt Thrombozyten 60×10^9 /Einheit und Mindestvolumen von 40 ml). Bei der Ermittlung der Anzahl der verabreichten *Thrombozytenkonzentrate* des ZE94 *Gabe von Thrombozytenkonzentraten* ist nun der in den „Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie) gemäß §§ 12 und 18 des Transfusionsgesetzes (TFG) (Novelle 2005)“ festgelegte Mindestgehalt von 200×10^9 Thrombozyten/Einheit als einzige Mindestbedingung zu beachten.

Zur Ermittlung des Budgets wird eine Umrechnung erforderlich. Zur Verdeutlichung sollen die folgenden Beispiele dienen:

Die Gabe von 6 Thrombozytenkonzentraten, die mindestens 200×10^9 Thrombozyten enthalten, führt in das ZE94.04 „6 bis unter 8 Thrombozytenkonzentrate“.

Diese Gabe hätte in den Vorjahren in das ZE83.03 „16 TE bis unter 24 TE“ geführt, da die Gabe 20 Transfusionseinheiten (TE) mit einem Mindestgehalt von 60×10^9 Thrombozyten/Einheit entsprochen hätte. Voraussetzung war hierbei, dass auch die Mindestbedingung hinsichtlich des Volumens erfüllt wurde.

5.5 – Gabe von Baby-Erythrozytenkonzentraten (Stand 22.10.2008)

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 ZE94 *Gabe von Thrombozytenkonzentraten*, ZE84 *Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten*, ZE35 *Gabe von patientenbezogenen Thrombozytenkonzentraten* sowie ZE2009-34 *Gabe von Granulozytenkonzentraten* ist analog vorzugehen.

5.6 – Bewertung des Zusatzentgeltes ZE2009-41 *Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems* (Stand 22.10.2008)

In den Anlagen 4 und 6 des Fallpauschalenkataloges ist seit 2006 ein Zusatzentgelt für die Leistung *Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems* ausgewiesen. Aufgrund von Rückfragen zur Vorgehensweise bei der Vereinbarung dieses Zusatzentgeltes vor Ort wurde in den Fallpauschalenkatalog 2009 zum ZE2009-41 folgender Hinweis neu aufgenommen:

„Die Bewertung des Zusatzentgeltes [ZE2009-41] mittels einer Differenzkostenbetrachtung hat [unter Beachtung der Hinweise zur Leistungsplanung/Budgetverhandlung des InEK] in Abhängigkeit der abzurechnenden DRG-Fallpauschalen zu erfolgen.“

Mittels Zusatzentgelten soll für bestimmte Leistungen der Mehraufwand vergütet werden, der über die typischen Aufwendungen der DRG, der ein Fall mit einer solchen Leistung zugeordnet wird, hinausgeht. Im „Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2005“, der Definition und Kalkulation von Zusatzentgelten detailliert darstellt, ist dazu (im Hinblick auf die im Fallpauschalenkatalog einheitlich bewerteten Zusatzentgelte) beschrieben:

„Die Kalkulation der mit der untersuchten Leistung verbundenen Kosten erfolgt durch eine Differenzkostenberechnung zwischen Fällen mit und Fällen ohne betrachtete Leistung. Für die Differenzkostenberechnung [ist] die Verteilung der Fälle auf die betroffenen DRG-Fallgruppen ausschlaggebend. Der Vergütungsbetrag eines Zusatzentgeltes entspricht damit dem gewichteten Mittelwert der Differenzkosten über die betroffenen DRGs.“

Aus Sicht des InEK ist die dargestellte Differenzkostenbetrachtung auch bei einer krankenhausindividuellen Bewertung des Zusatzentgeltes ZE2009-41 als sachgerecht anzusehen. Somit ist für die zu ermittelnde Höhe des Zusatzentgeltes die DRG-Zuordnung der Fälle mit ausschlaggebend.

Es ist z. B. vorstellbar, dass der Mehraufwand, der durch die Leistungserbringung gemäß der Definition des Zusatzentgeltes *Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems* entsteht, im Vergleich zu DRGs der Basis-DRG I68 *Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich* höher ist, als der ZE-bedingte Mehraufwand der im Vergleich zur DRG I42Z *Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* anfällt. Ein möglicher Grund für diesen Unterschied ist darin zu sehen, dass die letztgenannte DRG einen höheren Anteil der für die Erbringung des ZE2009-41 typischen Leistungen bereits als Bestandteil der DRG enthalten könnte.