

Hinweise zur Leistungsplanung/Budgetverhandlung für das Jahr 2010 in Zusammenhang mit den Definitionshandbüchern der G-DRG-Versionen 2008/2010 und 2009/2010 bzw. den darauf beruhenden Groupern

Die G-DRG-Version 2008/2010 dient der Verarbeitung von Daten aus dem Jahr 2008 (beruhend auf den Katalogen ICD-10-GM Version 2008 und OPS Version 2008) mit dem im Jahr 2010 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 2008/2010 für die Daten aus 2008 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 2010 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 2009/2010 der Verarbeitung von Daten aus 2009 (beruhend auf den Katalogen ICD-10-GM Version 2009 und OPS Version 2009) mit dem im Jahr 2010 zur Abrechnung verwendeten Grouperalgorithmus. Auch die Gruppierungsergebnisse der G-DRG-Version 2009/2010 für die Daten aus 2009 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 G-DRG-Definitionshandbuch bereits Prozeduren-Kodes verwendet, die erst in einer späteren Version des OPS aufgenommen werden.

So findet sich beispielsweise der, in die OPS-Version 2010 neu aufgenommene Kode 5-573.41 *Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Resektion, fluoreszenzgestützt mit Hexaminolaevulinsäure* bereits im G-DRG-Definitionshandbuch Version 2008/2010 und 2009/2010 in der DRG L20B (siehe hierzu auch Kapitel 1.2.1).

Es ist jedoch zu beachten, dass dieser Kode zum einen im Jahr 2008 bzw. 2009 noch nicht kodiert werden konnte und zum anderen ein Grouper der Version 2008/2010 oder 2009/2010 Kodes, die in 2008 bzw. 2009 nicht Bestandteil des OPS waren, als ungültig wertet.

Daher ist dieser Kode in der G-DRG-Version 2008/2010 und 2009/2010 nicht gruppierungsrelevant, obwohl er bereits im Definitionshandbuch aufgeführt ist.

1.1 – Neue oder geänderte Codes in der Version 2009

1.1.1 – Knochenersatz an der Wirbelsäule (Stand 22.10.2009)

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 2009/2010 werden diese Codes in der DRG I09D *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexer Osteosynthese und schweren CC oder mit allogener Knochentransplantation oder Implantation eines Schrauben-Stabsystems oder mit Kyphoplastie, mehr als 2 Segmente od. bis 2 Segmente mit äuß. schweren CC* abgebildet.

Fälle mit diesen Leistungen werden in der G-DRG-Version 2008/2010 ebenfalls der DRG I09D *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexer Osteosynthese und schweren CC oder mit allogener Knochentransplantation [...]* zugeordnet, sofern diese Leistung 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 kortikospongiosen Spanes, allogene: Sonstige* verschlüsselt worden ist.

Abhängig von der konkreten Kodierung in 2008, ist es also möglich, dass nicht alle Fälle, die anhand der G-DRG-Versionen 2009/2010 oder 2010 in die DRG I09D eingruppiert werden, auch bereits gemäß der G-DRG-Version 2008/2010 dieser DRG zugeordnet sind. Ebenso müssen nicht alle Fälle, die nach G-DRG-Version 2008/2010 der DRG I09D zugeordnet sind, dieser DRG auch gemäß G-DRG 2009/2010 oder 2010 zugeordnet werden.

1.1.2 – Implantation eines myokardmodulierenden Systems (Stand 22.10.2009)

Der OPS-Code 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 der G-DRG-Version 2008/2010 führt der undifferenzierte Code 5-379.8 zur Zuordnung der Fälle mit Implantation oder Revision 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 den G-DRG-Versionen 2009/2010 und 2010 führt der differenzierte Code 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 2009 keine Aufwertung, so dass diese beispielsweise in die Basis-DRG F09 *Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine* eingruppiert werden. Die Menge der gemäß den G-DRG-Versionen 2009/2010 und 2010 neu in die DRG F01A eingruppierten Fälle ist somit möglicherweise geringer als die dort eingruppierte Menge gemäß der G-DRG-Version 2008/2010.

1.1.3 – Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem (Stand 22.10.2009)

Für das Jahr 2009 wurden die OPS-Kodes 5-028.91 *Funktionelle Eingriffe an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten: Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Hirnstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalsystem, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar* und 5-028.92 *Funktionelle Eingriffe an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten: Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Hirnstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalsystem, vollimplantierbar, wiederaufladbar* neu im OPS etabliert. In den G-DRG-Versionen 2009/2010 und 2010 werden Fälle mit diesen Codes der DRG B21A *Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, mit Sondenimplantation* zugeordnet.

Fälle mit diesen Leistungen werden auch in der G-DRG-Version 2008/2010 der DRG B21A zugeordnet, sofern diese Leistung in 2008 zusätzlich zur Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Hirnstimulation mit den OPS-Kodes 5-028.21 *Funktionelle Eingriffe an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten: Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode (z. B. Epilepsiechirurgie): Implantation und Wechsel einer permanenten Neurostimulationselektrode zur kortikalen Dauerstimulation*, 5-014.92 *Stereotaktische Operationen an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten: Implantation oder Wechsel von intrazerebralen Elektroden: Implantation oder Wechsel eines permanenten Einzelelektrodensystems zur Dauerstimulation* und 5-014.93 *Stereotaktische Operationen an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten: Implantation oder Wechsel von intrazerebralen Elektroden: Implantation oder Wechsel eines permanenten Mehrelektrodensystems zur Dauerstimulation* verschlüsselt worden ist.

Abhängig von der konkreten Kodierung ist es daher möglich, dass nicht alle Fälle, die anhand der G-DRG-Versionen 2009/2010 und 2010 in die DRG B21A eingruppiert werden, auch gemäß der G-DRG-Version 2008/2010 dieser DRG zugeordnet sind.

1.2 – Neue oder geänderte Codes in der Version 2010

1.2.1 – Fluoreszenzgestützte transurethrale Resektion der Harnblase mit Hexaminolaevulinsäure (Stand 22.10.2009)

Der Kode 5-573.41 *Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Resektion: Fluoreszenzgestützt mit Hexaminolaevulinsäure* wurde in der OPS Version 2010 neu etabliert.

In der G-DRG-Version 2010 werden Fälle mit diesem Kode typischerweise der DRG L20B *Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien ohne ESWL, mit komplexem Eingriff oder fluoreszenzgestützter TUR der Harnblase oder andere Eingriffe an der Urethra bei Para- / Tetraplegie, ohne äußerst schwere CC* zugeordnet.

Bei Kodierung des entsprechenden Vorgängerkodes des OPS (Version 2008 und 2009) für die transurethrale Resektion von erkranktem Gewebe der Harnblase (5-573.4) werden die betreffenden Fälle (ohne Vorliegen weiterer schweregradsteigernder Faktoren) innerhalb der Basis-DRG L20 gemäß G-DRG 2008/2010 bzw. 2009/2010 der DRG L20C *Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien ohne ESWL, ohne komplexen Eingriff, ohne fluoreszenzgestützte TUR der Harnblase oder andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, ohne äußerst schwere CC* zugeordnet.

Es ist daher zu beachten, dass in 2010 ggf. mehr Fälle der DRG L20B zugeordnet werden könnten, als eine Analyse auf Basis von Daten aus 2008 oder 2009 vermuten lässt.

1.2.2 – Materialkombinationen (Stand 22.10.2009)

Die Aufwandsermittlung für Leistungen in der Orthopädie/Unfallchirurgie, die in der Vergangenheit mit den Prozedurenkodes für Materialkombinationen verschlüsselt wurden, stellten aufgrund der unscharfen Leistungsbeschreibung ein Problem dar. Infolgedessen sind in der OPS Version 2010 die Codes für Materialkombinationen aus dem Codebereich 5-79 „Reposition von Fraktur und Luxation“ im Geltungsbereich des G-DRG-Systems nicht mehr zu verwenden. Dafür sind bei Kombinationen von Osteosynthesematerialien während eines Eingriffs alle Komponenten einzeln zu kodieren.

Bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2010 wurden zahlreiche Anpassungen bei der Zuordnung der Prozeduren mit den Codes für Materialkombinationen aus dem Codebereich 5-79 „Reposition von Fraktur und Luxation“ vorgenommen. Typische Fälle mit Osteosynthese durch einfache Kombination von Einzelmaterialien werden im G-DRG-System 2010 demzufolge gleich eingruppiert, wie Fälle mit den Codes für Materialkombinationen aus dem Codebereich 5-79 „Reposition von Fraktur und Luxation“ in der G-DRG Version 2008/2010 bzw. 2009/2010. Dennoch ist zu beachten, dass sich im Einzelfall – abhängig von den genauen, ab 2010 ausschließlich einzeln zu kodierenden Komponenten des Eingriffs – gemäß G-DRG 2010 eine andere Eingruppierung ergeben kann, als bei Anwendung eines Groupers 2008/2010 oder 2009/2010.

2 – Änderungen der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR)

2.1 – Änderungen der Deutschen Kodierrichtlinien Version 2009

2.1.1 – Bösartige Neubildungen an mehreren Lokalisationen (Stand 22.10.2009)

Der ICD-Kode C97! *Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen* ist im Rahmen des CC-Systems gruppierungsrelevant. Die Verschlüsselung dieses Codes war in 2008 durch die DKR 0207 eingeschränkt: „*Der Kode 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 Kode 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 2008 nicht verschlüsselt wurden.

2.1.2 – Chronische Phase einer Paraplegie/Tetraplegie (Stand 22.10.2009)

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 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 2010 ggf. eine andere Hauptdiagnose zuzuweisen ist, als dies 2008 der Fall war und damit diese Fälle gegebenenfalls nicht mehr der Basis-DRG B60 *Nicht akute Paraplegie/Tetraplegie* zugeordnet werden.

2.1.3 – Maschinelle Beatmung (Stand 22.10.2009)

Die Verschlüsselung einer maschinellen Beatmung wird in DKR 1001 festgelegt. Dabei war die Festlegung des Endes der Beatmungszeit in 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 2010 ggf. andere Fälle in eine anhand der Beatmungsdauer definierte DRG eingruppiert werden, als eine Analyse auf der Basis von Daten aus dem Jahr 2008 vermuten lässt.

2.2 – Änderungen der Deutschen Kodierrichtlinien Version 2010

2.2.1 – Symptome als Nebendiagnosen (Stand 22.10.2009)

Die Verschlüsselung von Symptomen als Nebendiagnose wird in DKR D003 für 2008 und 2009 wie folgt geregelt: „[...] **Ein Symptom wird nicht kodiert, wenn es im Regelfall als eindeutige und unmittelbare Folge mit der zugrunde liegenden Krankheit vergesellschaftet ist. Stellt ein Symptom jedoch ein eigenständiges, wichtiges Problem für die medizinische Betreuung dar, so wird es als Nebendiagnose kodiert [...].“**

Für 2010 wurde die Kodierung von Symptomen an die allgemeine Regelung zur Verschlüsselung von Nebendiagnosen angeglichen (siehe DKR 2010, Seite 12): „[...] **Für Symptome gelten die Regelungen zur Kodierung von Nebendiagnosen entsprechend. [...].“**

Somit ist zu beachten, dass aufgrund der Änderung der Kodierrichtlinie D003 Symptome gegebenenfalls bei Fällen als Nebendiagnose kodiert werden können, bei denen diese in 2008 und 2009 nicht verschlüsselt wurden. Mit einem Grouper der Version 2010 können demnach gegebenenfalls andere Fälle in eine anhand des PCCLs oder durch bestimmte Nebendiagnosen

definierte DRG eingruppiert werden, als eine Analyse auf der Basis von Daten aus dem Jahr 2008 und 2009 vermuten lässt.

2.2.2 – Alter Schlaganfall (Stand 22.10.2009)

Die ICD-Kodes für neurologische Ausfälle bei Schlaganfall sind teilweise im Rahmen des CC-Systems gruppierungsrelevant. Für Fälle mit altem Schlaganfall und bestehenden neurologischen Ausfällen ist deren Kodierung für 2008 und 2009 in DKR 0601 folgendermaßen geregelt: „[...] *In diesem Fall werden die neurologischen Ausfälle (z. B. Hemiplegie, Aphasie, Hemianopsie, Neglect ...) und danach ein Kode aus*

I69.- Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit

Zugewiesen. [...]“

Für 2010 wurde die Verschlüsselung eingeschränkt (siehe DKR 2010 Seite 87): „[...] *In diesem Fall werden die neurologischen Ausfälle (z. B. Hemiplegie, Aphasie, Hemianopsie, Neglect ...) entsprechend der DKR D003 Nebendiagnosen kodiert und danach ein Kode aus [...].“*

Somit ist zu beachten, dass aufgrund der Änderung der Kodierrichtlinie 0601 neurologische Ausfälle bei Fällen mit altem Schlaganfall in 2010 gegebenenfalls nicht kodiert werden können, bei denen diese in 2008 und 2009 angegeben wurden.

3 – Zusatzentgelte

3.1 – Neue Zusatzentgelte (Stand 22.10.2009)

In der Fallpauschalenvereinbarung 2010 (FPV 2010) werden in den Anlagen einige Leistungen aufgeführt, die im Jahr 2010 über Zusatzentgelte vergütet werden. Ein Teil dieser Leistungen ist über OPS-Kodes definiert, die in den Daten des Jahres 2008 oder 2009 noch nicht oder nicht in der erforderlichen Differenzierung vorliegen. Für die Leistungsplanung 2008 und 2009 müssen somit über die per OPS verschlüsselten Prozeduren hinausgehende Informationen herangezogen werden.

3.2 – Neue Dosisklassen (Stand 22.10.2009)

In der Fallpauschalenvereinbarung 2010 (FPV 2010) wurden in den Anlagen bei einigen Zusatzentgelten für Medikamente neue Dosisklassen hinzugefügt (z. B. ZE109 *Gabe von Caspofungin, parenteral*).

3.3 – Gestrichene Dosisklassen (Stand 22.10.2009)

In der Fallpauschalenvereinbarung 2010 (FPV 2010) wurden die unteren Dosisklassen bei ZE91 *Gabe von Oxaliplatin, parenteral* gestrichen.

3.4 – Gabe von Thrombozyten (Stand 22.10.2009)

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 auf Basis von Daten aus dem Jahr 2008 ist letztmalig eine Umrechnung erforderlich, da in den Daten des Jahres 2009 bereits der hinsichtlich Einheit auf *Thrombozytenkonzentrate* angepasste OPS vorliegt. Zur Verdeutlichung soll das folgende Beispiel 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 bis einschließlich 2008 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.

3.5 – Bewertung des Zusatzentgeltes ZE2010-41 *Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems* (Stand 20.10.2009)

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 enthält der Fallpauschalenkatalog 2010 folgenden Hinweis zum ZE2010-41:

„Die Bewertung des Zusatzentgeltes [ZE2010-41] mittels einer Differenzkostenbetrachtung hat 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 ZE2010-41 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 ZE2010-41 typischen Leistungen bereits als Bestandteil der DRG enthalten könnte.

3.6 – Hämodialyse: Verlängert intermittierend, zur Elimination von Proteinen mit einer Molekularmasse bis 60.000 (Stand 30.10.2009)

In den Anlagen 2 und 5 des Fallpauschalenkataloges ist seit 2009 unter ZE01.01 *Hämodialyse, intermittierend, Alter > 14 Jahre* sowie unter ZE01.02 *Hämodialyse, intermittierend, Alter < 15 Jahre* die Prozedur 8-854.8 *Hämodialyse: Verlängert intermittierend, zur Elimination von Proteinen mit einer Molekularmasse bis 60.000* aufgeführt. Es ist zu beachten, dass diese Form der intermittierenden Dialyse gemäß den *Informationen nach § 6 Abs. 2 KHEntgG für 2009: Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden* unter der Kategorie *Hämodialyse zur Eliminierung freier Leichtketten bei Plasmozytom* den NUB-Status 1 (angefragte Methoden/Leistungen, welche die Kriterien der NUB-Vereinbarung der Vertragsparteien erfüllen) erhalten hat und somit zusätzlich ein krankenhausindividuelles Entgelt für Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden für die Erbringung dieser Leistung vereinbart werden kann, wenn das Krankenhaus eine entsprechende Anfrage gemäß § 6 Abs. 2 KHEntgG für das jeweilige Systemjahr gestellt hat. Bei der Kalkulation dieses NUB-Entgeltes ist der bereits über das ZE01.01 bzw. ZE01.02 vergütete Betrag in Form einer Differenzkostenrechnung zu berücksichtigen.