

Hinweise zur Leistungsplanung/Budgetverhandlung für das Jahr 2011 in Zusammenhang mit den Definitionshandbüchern der G-DRG-Versionen 2009/2011 und 2010/2011 bzw. den darauf beruhenden Groupern

Die G-DRG-Version 2009/2011 dient der Verarbeitung von Daten aus dem Jahr 2009 (beruhend auf den Katalogen ICD-10-GM Version 2009 und OPS Version 2009) mit dem im Jahr 2011 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 2009/2011 für die Daten aus 2009 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 2011 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 2010/2011 der Verarbeitung von Daten aus 2010 (beruhend auf den Katalogen ICD-10-GM Version 2010 und OPS Version 2010) mit dem im Jahr 2011 zur Abrechnung verwendeten Grouperalgorithmus. Auch die Gruppierungsergebnisse der G-DRG-Version 2010/2011 für die Daten aus 2010 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 2009/2011 in der DRG L20B (siehe hierzu auch Kapitel 1.1.1).

Es ist jedoch zu beachten, dass dieser Kode zum einen im Jahr 2009 noch nicht kodiert werden konnte und zum anderen ein Grouper der Version 2009/2011 Kodes, die in 2009 nicht Bestandteil des OPS waren, als ungültig wertet.

Daher ist dieser Kode in der G-DRG-Version 2009/2011 nicht gruppierungsrelevant, obwohl er bereits im Definitionshandbuch aufgeführt ist.

1.1 – Neue oder geänderte Codes in der Version 2010

1.1.1 – Fluoreszenzgestützte transurethrale Resektion der Harnblase mit Hexaminolaevulinsäure (Stand 24.11.2010)

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 den G-DRG-Versionen 2010/2011 und 2011 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 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 2009/2011 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 gemäß G-DRG 2010/2011 und 2011 ggf. mehr Fälle der DRG L20B zugeordnet werden könnten, als eine Analyse auf Basis von Daten aus 2009 vermuten lässt.

1.1.2 – Materialkombinationen (Stand 24.11.2010)

Ab der OPS Version 2010 sind die Codes für Materialkombinationen aus dem Codebereich 5-79 *Reposition von Fraktur und Luxation* im Geltungsbereich des G-DRG-Systems nicht mehr zu verwenden. Stattdessen sind zur Leistungsbeschreibung 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 ab dem 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 2009/2010.

Dies gilt entsprechend auch für die aktuellen Versionen G-DRG 2009/2011, in der die Codes für Materialkombinationen analog den typischen Einzeleingriffen gruppierungsrelevant sind, und G-DRG 2010/2011 bzw. 2011, die die Codes für Materialkombinationen noch als gültige, aber nicht mehr als gruppierungsrelevante Prozeduren werten.

Somit ist zu beachten, dass sich im Einzelfall – abhängig von den genauen, ab 2010 ausschließlich einzeln zu kodierenden Komponenten des Eingriffs – gemäß G-DRG 2010/2011 und 2011 eine andere Eingruppierung ergeben kann, als bei Anwendung eines Groupers 2009/2011.

1.1.3 – Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Stand 24.11.2010)

Die Codes zur *Intensivmedizinischen Komplexbehandlung im Kindesalter* wurden in der OPS Version 2010 neu strukturiert. Dabei erfolgte eine Umstellung der bisherigen Differenzierung nach Behandlungsdauer (in Stunden) auf Aufwandspunkte (mit einer maximalen Punktzahl von 196 Aufwandspunkten pro Tag). Zudem haben sich die Mindestmerkmale (in Bezug auf die Behandlungsleitung wie auch die Qualifikation des Pflegepersonals) der Codes geändert. Der Codebereich *Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur)* des OPS 2009 wurde gestrichen und für die modifizierten Codes ein neuer Codebereich 8-98d *Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur)* im OPS 2010 etabliert.

Die Veränderung der Mindestmerkmale des Codebereichs 8-98d gegenüber dem Vorgängerkode 8-98c kann zur Folge haben, dass für einige Fälle, bei denen Codes aus 8-98c *Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur)* in 2009 anzugeben waren, die Codes aus 8-98d in 2010 und 2011 möglicherweise nicht mehr kodiert werden dürfen. Ebenso ist es möglich, dass bestimmte Fälle, bei denen Codes aus 8-98c *Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur)* aufgrund der nicht erfüllten Mindestbedingungen in 2009 nicht verschlüsselt werden konnten, in 2010 und 2011 mit einem Code *Intensivmedizinische Komplexbehandlung* zu versehen sind. Ursächlich ist, dass die Veränderung der Mindestmerkmale der Codes für die *Intensivmedizinische Komplexbehandlung* sowohl Kriterien betrifft, die ab 2010 verschärft wurden, als auch solche, die ab 2010 erweitert wurden.

In den G-DRG-Versionen 2010/2011 und 2011 spielen die Codes aus 8-98d *Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur)* eine Rolle bei der Zuordnung von Fällen in die DRGs E40A, E77A und G01Z. Dabei werden in den DRGs E40A und E77A mindestens 197 Aufwandspunkte benötigt, in der DRG G01Z mindestens 393. In der G-DRG-Version 2009/2011 wurden bei einer Behandlungsdauer von mehr als 72 Stunden die DRGs E40A bzw. E77A respektive bei einer Behandlungsdauer von mehr als 120 Stunden die DRG G03A angesteuert. Daher sind bei der Abschätzung der Fallzahlen für 2011 anhand der Leistungsdaten aus 2009 prinzipiell Abweichungen nach oben oder unten möglich.

Fälle, die in der G-DRG-Version 2009/2011 die DRGs E40A und E77A erreicht haben, werden bei Unterschreiten der Mindestanzahl von 197 Aufwandspunkten in den G-DRG-Versionen 2010/2011 und 2011 nicht in diese DRGs eingruppiert. Andererseits können Fälle gemäß den G-DRG-Versionen 2010/2011 und 2011 in diese DRGs eingeordnet werden, wenn die Behandlungsdauer zwar weniger als 73 Stunden betrug, die erreichte Aufwandspunktzahl jedoch über 196 Punkten lag.

Entsprechend gilt für die DRG G01Z: Fälle mit mehr als 392 Aufwandspunkten können gemäß den G-DRG-Versionen 2010/2011 und 2011 diese DRG erreichen, auch wenn ihre Behandlungsdauer unter 121 Stunden liegt. Hingegen werden Fälle, die aufgrund der Behandlungsdauer in der G-DRG-Version 2009/2011 diese DRG erreicht haben, aber keine 393 Aufwandspunkte verzeichnen, dieser DRG in den G-DRG-Versionen 2010/2011 und 2011 nicht zugeordnet.

Von einer Änderung der entsprechenden DRG-Bezeichnungen im Fallpauschalenkatalog 2011 und in den Definitionshandbüchern zu den G-DRG-Versionen 2010/2011 und 2011 wurde jedoch abgesehen.

1.1.4 – Eingriffe an tiefen Venen (Stand 24.11.2010)

Im OPS wurden für die Version 2010 neue Codes für Eingriffe an bestimmten tiefen Venen eingeführt, beispielsweise der Code 5-397.9d *Andere plastische Rekonstruktion von Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. portae*. Auch für die Lokalisationen V. gastrica, V. lienalis, V. mesenterica superior, V. mesenterica inferior, Vv. hepaticae und V. renalis (fünfte und sechste Stelle .9e bis .9k) wurden entsprechende Codes neu geschaffen. Bis 2009 waren Eingriffe an diesen Gefäßen nur unspezifisch, z. B. mit dem Code 5-397.9x *Andere plastische Rekonstruktion von Blutgefäßen: Tiefe Venen: Sonstige* kodierbar.

Die neuen spezifischen Prozedurenkodes für Eingriffe an tiefen Venen des Abdomens (Kodes .9d bis .9k) können gemäß den G-DRG-Versionen 2010/2011 und 2011 als zusätzliches Splittkriterium zu einer Eingruppierung von Fällen in die DRGs G18A *Eingriffe an Dünn- und Dickdarm [...] mit hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Diagnose* und H01A *Eingriffe an Pankreas und Leber [...], mit komplexem Eingriff* führen. Für die G-DRG-Version 2009/2011 waren stattdessen übergangsweise die entsprechenden unspezifischen Codes aus .9x, z. B. der Code 5-397.9x *Andere plastische Rekonstruktion von Blutgefäßen: Tiefe Venen: Sonstige* diesen DRGs zugeordnet.

Mit der Schaffung einer spezifischen Kodiermöglichkeit für die Eingriffe an tiefen Venen des Abdomens wurden für die G-DRG-Versionen 2010/2011 und 2011 die Codes .9x [...] *Tiefe Venen: Sonstige* aus den Prozedurentabellen der DRGs G18A und H01A gestrichen.

Abhängig von der konkreten Kodierung in 2009 ist daher zu beachten, dass ggf. nicht alle Fälle, die aufgrund eines Eingriffs an tiefen Venen in der G-DRG-Version 2009/2011 den DRGs G18A und H01A zugeordnet waren, diese auch gemäß G-DRG 2010/2011 und 2011 erreichen können.

1.2 – Neue oder geänderte Codes in der Version 2011

1.2.1 – Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes (Stand 24.11.2010)

Die Codes für *Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes* (Kodebereich 5-788) wurden in der OPS Version 2011 weitgehend neu gestaltet. Insbesondere die Verschlüsselung von Eingriffen an mehr als einem Zehenstrahl hat sich geändert.

Bestimmte Eingriffe an mehr als einem Zehenstrahl führen im G-DRG-Algorithmus 2009/2011 und 2010/2011 zu einer Höhergruppierung in die DRG I20D *Eingriffe am Fuß ohne komplexe Eingriffe, ohne Zerebralparese oder schweren Weichteilschaden, ohne Knochentransplantation oder Implantation einer Zehengelenkendoprothese, außer bei Kalkaneusfraktur, mit Eingriff an mehr als einem Strahl oder chronischer Polyarthritits*. Aufgrund der erheblichen Änderungen in der OPS Version 2011 war deshalb neben der Überleitung von Tabelleninhalten auch eine Anpassung der Logik der DRG I20D erforderlich. So führt beispielsweise der Code 5-788.55 *Osteotomie: Ossa metatarsalia II bis V, 4 Ossa metatarsalia* gemäß G-DRG-Version 2011 in die DRG I20D, während gemäß G-DRG-Version 2009/2011 sowie 2010/2011 stets mindestens zwei verschiedene OPS-Kodes dafür erforderlich waren.

Dabei war es Ziel der Kodeüberleitung und Logikanpassung, möglichst die Fälle gemäß G-DRG-Version 2011 in der DRG I20D abzubilden, die dieser DRG auf Grundlage der Kalkulationsdaten aus 2009 und OPS-Kodes 2009 zugeordnet waren. Aus diesem Grund können nicht alle Kodes des OPS 2011, die einen Eingriff an mehr als einem Zehenstrahl bezeichnen, der DRG I20D zugeordnet werden.

Dennoch sind bei der Abschätzung der DRG-Fallzahlen in 2011 anhand der Leistungsdaten aus 2009 oder 2010 prinzipiell Abweichungen nach oben oder unten in Abhängig von der konkreten Kodierung in 2009 und 2010 möglich.

1.2.2 – Fixateur externe mit interner Osteosynthese (Stand 24.11.2010)

Die Aufwandsermittlung für Leistungen in der Orthopädie/Unfallchirurgie, die in der Vergangenheit mit den Prozedurenkodes für Fixateur externe mit interner Osteosynthese verschlüsselt wurden, stellte aufgrund der unscharfen Leistungsbeschreibung ein Problem dar. Infolgedessen sind in der OPS Version 2011 die Kodes für Fixateur externe mit interner Osteosynthese aus dem Codebereich *5-79 Reposition von Fraktur und Luxation* im Geltungsbereich des G-DRG-Systems nicht mehr zu verwenden. Dafür sind bei internen Osteosynthesen mit Verwendung eines externen Fixateurs während eines Eingriffs alle Komponenten einzeln zu kodieren.

Bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2011 wurden zahlreiche Anpassungen bei der Zuordnung der Prozeduren mit den Kodes für Fixateur externe mit interner Osteosynthese aus dem Codebereich *5-79 Reposition von Fraktur und Luxation* vorgenommen. Typische Fälle mit den Prozedurenkodes für Fixateur externe mit interner Osteosynthese werden im G-DRG-System 2011 demzufolge gleich eingruppiert wie Fälle, die allein mit den Kodes für Fixateur externe aus dem Codebereich *5-79 Reposition von Fraktur und Luxation* in den G-DRG-Versionen 2009/2011 bzw. 2010/2011 verschlüsselt wurden.

Dennoch ist zu beachten, dass sich im Einzelfall – abhängig von den genauen, ab 2011 ausschließlich einzeln zu kodierenden Komponenten des Eingriffs – gemäß G-DRG 2011 eine andere Eingruppierung ergeben kann, als bei Anwendung eines Groupers 2009/2011 oder 2010/2011.

2 – Änderungen der Diagnosenklassifikation (ICD)

2.1 – Neue oder geänderte Kodes in der ICD-10-GM Version 2011

2.1.1 – Inhaltliche Aktualisierung des Bereichs „Leukämien und Lymphome“ (Stand 24.11.2010)

In den Codebereichen C81-C96 *Bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, als primär festgestellt oder vermutet*, D45-D47 (*Polycythaemia vera, Myelodysplastische Syndrome und Sonstige Neubildungen unsicheren oder unbekanntem Verhaltens des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes*), D75.- *Sonstige Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe* sowie D76.- *Bestimmte Krankheiten mit Beteiligung des lymphoretikulären Gewebes und des retikulohistiozytären Systems* wurden „im Rahmen einer ersten inhaltlichen Aktualisierung des Bereichs der „Leukämien und Lymphome“ von der WHO umfangreiche Änderungen vorgenommen“ (ICD-10-GM 2011, Seite 10), die für

die ICD-10-GM übernommen wurden. Dies beinhaltet sowohl die Änderung von Inklusiva und Exklusiva als auch die Schaffung von neuen und Streichung von bestehenden Codes.

Unter Berücksichtigung der Änderungen in diesen Codebereichen ist es möglich, dass die betroffenen Fälle 2011 ggf. anders verschlüsselt werden, als dies noch 2009 und 2010 der Fall war. Da überwiegend keine 1:1 Überleitung der neuen auf die alten Codes möglich war, muss bedacht werden, dass einige Fälle – aufgrund einer geänderten Kodierung – mit dem Grouper der Version 2011 anders eingruppiert werden als mit einem Grouper der Versionen 2009/2011 und 2010/2011. Betroffen sind hiervon unter anderem die Basis-DRG R61 *Lymphom und nicht akute Leukämie* (veränderte Zuordnung zu Schweregraden innerhalb der Basis-DRG R61) sowie die DRG S62Z *Bösartige Neubildung bei HIV-Krankheit*. Der überwiegende Anteil der Neuerungen ist jedoch für den Gruppierungsalgorithmus unbedeutend, da sie nicht zu einer veränderten Eingruppierung der Fälle führen. Um die Auswirkungen auf die Zuordnung der betroffenen Fälle im G-DRG-System möglichst gering zu halten, wurde die Überleitung in enger Abstimmung mit der zuständigen Fachgesellschaft sowie dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) vorgenommen.

2.1.2 – Sonstige Chemotherapie als prophylaktische Maßnahme (Stand 24.11.2010)

In der ICD-10-GM Version 2011 wurden die folgenden 5. Stellen im Kapitel XXI bei der Kategorie Z29.2 *Sonstige prophylaktische Chemotherapie* eingeführt, um unterschiedlichen Behandlungsaufwand bei lokaler bzw. systemischer Verabreichung darstellen zu können: Z29.20 *Lokale prophylaktische Chemotherapie*, Z29.21 *Systemische prophylaktische Chemotherapie* und Z29.28 *Sonstige prophylaktische Chemotherapie*. Fälle mit einer Hauptdiagnose aus Z29.2- werden in der G-DRG-Version 2011, genauso wie Fälle mit dem Vorgängerkode in den Versionen 2009/2011 und 2010/2011, der Basis-DRG Z64 *Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung* zugeordnet. Darüberhinaus ist der Code Z29.2 in den G-DRG-Versionen 2009/2011 und 2010/2011 auch im Rahmen der Funktionen *Schweres Problem beim Neugeborenen* und *Mehrere schwere Probleme beim Neugeborenen* gruppierungsrelevant.

Die in 2009 mit diesem Code verschlüsselten Fälle weisen typischerweise Erkrankungen/Risikokonstellationen auf, bei denen eine systemische Chemotherapie durchgeführt wird. Dementgegen ermöglicht der für 2011 neu differenzierte ICD-Kode explizit auch die Verschlüsselung lokaler Therapien – z.B. der sog. Credé'schen Prophylaxe. In der G-DRG-Version 2011 wurden daher die Codes Z29.20 *Lokale prophylaktische Chemotherapie* und Z29.28 *Sonstige prophylaktische Chemotherapie* nicht in die Funktionen *Schweres Problem beim Neugeborenen* und *Mehrere schwere Probleme beim Neugeborenen* aufgenommen, so dass ggf. nicht alle Fälle, die aufgrund einer Nebendiagnose *prophylaktische Chemotherapie* in den G-DRG-Versionen 2009/2011 und 2010/2011 bestimmten DRGs der MDC 15 *Neugeborene* zugeordnet waren, diese auch gemäß G-DRG 2011 erreichen können.

3 – Änderungen der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR)

3.1 – Änderungen der Deutschen Kodierrichtlinien Version 2010

3.1.1 – Symptome als Nebendiagnosen (Stand 24.11.2010)

Die Verschlüsselung von Symptomen als Nebendiagnose wird in DKR D003 für 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 2009 nicht verschlüsselt wurden. Mit einem Grouper der G-DRG-Versionen 2010/2011 und 2011 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 2009 vermuten lässt.

3.1.2 – Alter Schlaganfall (Stand 22.10.2010)

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 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 und 2011 gegebenenfalls nicht kodiert werden können, bei denen diese in 2009 angegeben wurden.

3.2 – Änderungen der Deutschen Kodierrichtlinien Version 2011

3.2.1 – Systemische Chemotherapie bei unbekanntem Primärtumor (Stand 22.10.2010)

Die Verschlüsselung von Fällen mit Aufnahme zur systemischen Chemotherapie bei unbekanntem Primärtumor ist für 2009 und 2010 in DKR 0201 folgendermaßen geregelt: „[...] *Erfolgt die Aufnahme des Patienten primär zur systemischen Chemotherapie und ist ausnahmsweise der Primärtumor nicht bekannt, wird die Metastase als Hauptdiagnose angegeben [...]*“.

Für 2011 wurde die Verschlüsselung dieser Fälle an die allgemeine Kodierung von Fällen mit Aufnahme primär zur systemischen Chemotherapie oder systemischen Strahlentherapie angeglichen (siehe DKR 2011, Seite 64) angeglichen: „[...] *Erfolgt die Aufnahme des Patienten primär zur systemischen Chemotherapie und ist ausnahmsweise der Primärtumor nicht bekannt, wird ein Kode aus C80.– Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation als Hauptdiagnose angegeben [...]*“.

Somit ist zu beachten, dass sich aufgrund der Änderung der Kodierrichtlinie 0201 für Fälle mit unbekanntem Primärtumor, bei denen die stationäre Aufnahme primär zur systemischen Chemotherapie erfolgte, in 2011 eine geänderte Eingruppierung im Vergleich zu 2009 und 2010 ergeben kann. Fälle, bei denen ab 2011 ein Kode aus C80.– anstatt einer Diagnose für eine Metastase als Hauptdiagnose zuzuweisen ist, werden zukünftig einer DRG der MDC 17 (z.B. der Basis-DRG R62 *Andere hämatologische und solide Neubildungen*) zugeordnet.

4 – Zusatzentgelte

4.1 – Neue Zusatzentgelte (Stand 22.10.2010)

In der Fallpauschalenvereinbarung 2011 (FPV 2011) werden in den Anlagen einige Leistungen aufgeführt, die im Jahr 2011 über Zusatzentgelte vergütet werden. Ein Teil dieser Leistungen ist über OPS-Kodes definiert, die in den Daten des Jahres 2009 oder 2010 noch nicht oder nicht in der erforderlichen Differenzierung vorliegen. Für die Leistungsplanung 2009 und 2010 müssen somit über die per OPS verschlüsselten Prozeduren hinausgehende Informationen herangezogen werden.

4.2 – Änderung von Dosisklassen (Stand 22.10.2010)

In der Fallpauschalenvereinbarung 2011 (FPV 2011) wurden bei ZE2011-85 *Gabe von Temsirolimus, parenteral* die Dosisklassen inklusive Einstiegsschwelle verändert, so dass für die Leistungsplanung 2010 über die per OPS verschlüsselten Prozeduren hinausgehende Informationen herangezogen werden müssen.

4.3 - Gestrichene Zusatzentgelte (Stand 22.10.2010)

In der Fallpauschalenvereinbarung 2011 (FPV 2011) wurde das Zusatzentgelt für die *Gabe von Oxaliplatin, parenteral* gestrichen.

4.4 – Gestrichene Dosisklassen (Stand 22.10.2010)

In der Fallpauschalenvereinbarung 2011 (FPV 2011) wurden die unteren Dosisklassen bei ZE17 *Gabe von Gemcitabin, parenteral* und ZE19 *Gabe von Irinotecan, parenteral* gestrichen.

4.5 – Bewertung des Zusatzentgeltes ZE2011-41 *Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems* (Stand 22.10.2010)

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 2011 folgenden Hinweis zum ZE2011-41:

„Die Bewertung des Zusatzentgeltes [ZE2011-41] 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 krankenhausesindividuellen Bewertung des Zusatzentgeltes ZE2011-41 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 ZE2011-41 typischen Leistungen bereits als Bestandteil der DRG enthalten könnte.

4.6 – Hämodialyse: Verlängert intermittierend, zur Elimination von Proteinen mit einer Molekularmasse bis 60.000 (Stand 22.10.2010)

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 2010: Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden* unter der Kategorie *Dialyse mit High-Cut-off-Dialysemembran* den NUB-Status 1 (angefragte Methoden/Leistungen, welche die Kriterien der NUB-Vereinbarung der Vertragsparteien erfüllen) erhalten hat und somit zusätzlich ein krankenhausesindividuelles 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.