

## **Hinweise zur Leistungsplanung/Budgetverhandlung für das Jahr 2016 in Zusammenhang mit den Definitionshandbüchern der G-DRG-Versionen 2014/2016 und 2015/2016 bzw. den darauf beruhenden Groupern**

Die G-DRG-Version 2014/2016 dient der Verarbeitung von Daten aus dem Jahr 2014 (beruhend auf den Katalogen ICD-10-GM Version 2014 und OPS Version 2014) mit dem im Jahr 2016 zur Abrechnung verwendeten Grouperalgorithmus. Dies ist insbesondere für die Leistungsplanung bzw. Budgetverhandlung von Bedeutung. Allerdings ist die unkritische Übernahme der Gruppierungsergebnisse der G-DRG-Version 2014/2016 für die Daten aus 2014 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 2016 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 2015/2016 der Verarbeitung von Daten aus 2015 (beruhend auf den Katalogen ICD-10-GM Version 2015 und OPS Version 2015) mit dem im Jahr 2016 zur Abrechnung verwendeten Grouperalgorithmus. Auch die Gruppierungsergebnisse der G-DRG-Version 2015/2016 für die Daten aus 2015 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)**

##### **1.1. Neue oder geänderte Codes im OPS Version 2015**

###### **1.1.1. Verschluss abdominaler Hernien mit allogenem oder xenogenem Material (Stand 16.10.2015)**

Der Codebereich 5-53 *Verschluss abdominaler Hernien* des OPS wurde für die Version 2015 grundlegend überarbeitet. Dabei wurden unter anderem verschiedene OPS-Kodes für den Einsatz von alloplastischem Material beim Verschluss abdominaler Hernien um allogenenes oder xenogenes Material erweitert. Sofern Verfahren mit der Verwendung von allogenem oder xenogenem Material bisher nicht mit dem Code für die Verwendung von alloplastischen Material sondern mit einem Code für „sonstiger Verschluss“ kodiert wurden ist zu beachten, dass in Einzelfällen gemäß G-DRG Version 2015/2016 und 2016 – insbesondere in der MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* – eine andere Eingruppierung resultieren kann, als eine Analyse auf Basis der Daten aus 2014 vermuten lässt. Dies gilt vor allem für den *Verschluss einer Narbenhernie* (5-536) und den *Verschluss kongenitaler Bauchwanddefekte* (5-537).

### 1.1.2. Art des verwendeten Knochenersatz- und Osteosynthesematerials: Resorbierbares Material (Stand: 16.10.2015)

Für die Verwendung von resorbierbarem Osteosynthesematerial standen im OPS in den Codebereichen 5-786 *Osteosyntheseverfahren* und 5-79 *Reposition von Fraktur und Luxation* bisher spezifische, nach Lokalisation differenzierte Codes zur Verfügung. Diese Codes enthielten allerdings keine Informationen über die Art der verwendeten Implantate (z. B. Schraube oder Platte). Für den OPS Version 2015 wurden diese Prozeduren für die Verwendung von resorbierbarem Material gestrichen. Für die Verwendung von resorbierbarem Osteosynthesematerial wurde ein eigenständiger Zusatzcode 5-931.1 *Art des verwendeten Knochenersatz- und Osteosynthesematerials: resorbierbares Material* etabliert, der die jeweiligen verfahrensspezifischen Codes ersetzt und zusätzlich zu den Prozeduren, die das spezifische Verfahren sowie Lokalisation und Art des Implantats (z. B. 5-791.05 *Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Radiuschaft*) wiedergeben, angegeben wird. In der G-DRG-Version 2014/2016 wiesen die Codes für die Verwendung von resorbierbarem Material vielerorts schon dieselbe Gruppierungsrelevanz in der MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* auf, wie die OPS-Codes für die Arten von Implantaten, die typischerweise als resorbierbares Material zur Verfügung stehen (z. B. Schraube). Zudem ließen die Daten der Kalkulationskrankenhäuser aus 2014 erkennen, dass vielfach schon eine Doppelkodierung in dem Sinne vorgenommen wurde, dass zusätzlich zu dem Code für das resorbierbare Material schon die Art des Implantates spezifisch verschlüsselt wurde.

Es ist jedoch zu beachten, dass bei Fällen, bei denen eine Osteosynthese durch resorbierbares Material nach OPS-Version 2015 verschlüsselt wurde, in Einzelfällen eine andere Eingruppierung gemäß G-DRG-Version 2015/2016 und 2016 erfolgen kann, als eine Analyse auf Basis von Daten der Jahre 2014 vermuten lässt.

## 2. Änderungen der Diagnosenklassifikation (ICD)

### 2.1. Neue oder geänderte Codes in der ICD-10-GM Version 2015

#### 2.1.1. Traumatische Muskelischämie (Stand: 16.10.2015)

Die Diagnose T79.6 *Traumatische Muskelischämie (Inkl.: Kompartmentsyndrom)* war in der Funktion *Polytrauma* gemäß G-DRG-Version 2014/2016 lokalisationsunabhängig gruppierungsrelevant. Für die ICD-10-GM Version 2015 wurde dieser Code nach Lokalisation differenziert:

T79.60	[...] <i>der oberen Extremität</i>
T79.61	[...] <i>des Oberschenkels und der Hüfte</i>
T79.62	[...] <i>des Unterschenkels</i>
T79.63	[...] <i>des Fußes</i>
T79.68	[...] <i>sonstiger Lokalisation</i>
T79.69	[...] <i>nicht näher bezeichneter Lokalisation</i>

Ab 2015 ist somit eine lokalisationsabhängige Berücksichtigung der Diagnosen für traumatische Muskelischämie in der Funktion *Polytrauma* möglich. In wenigen Fällen können daher Konstellationen, die gemäß den G-DRG-Versionen 2014/2016 als Polytrauma gewertet wurden in der G-DRG-Version 2015/2016 und 2016 nicht mehr als Polytrauma eingruppiert werden und umgekehrt.

### **3. Änderungen der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR)**

#### **3.1. Änderungen der Deutschen Kodierrichtlinien Version 2016**

##### **3.1.1. Unerwünschte Nebenwirkungen von Arzneimitteln (bei Einnahme gemäß Verordnung) (Stand: 16.10.2015)**

Die Verschlüsselung von unerwünschten Nebenwirkungen indikationsgerechter Arzneimittel bei Einnahme gemäß Verordnung ist für 2014 und 2015 in DKR 1917 folgendermaßen geregelt:

*„[...] ein oder mehrere Kodes für den krankhaften Zustand, in dem sich die Nebenwirkungen manifestieren, optional ergänzt durch*

*Y57.9! Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen [...]"*

Zu Unsicherheiten hat in der Vergangenheit häufig die Festlegung der Hauptdiagnose bei stationärer Aufnahme wegen einer Blutung unter Einnahme von Antikoagulanzen geführt. Dies wurde für 2016 durch Ergänzung der DKR 1917 klargestellt:

*„[...] Erfolgt die stationäre Aufnahme wegen einer Blutung unter Einnahme von Antikoagulanzen, ist der Kode für das konkrete Blutungsereignis als Hauptdiagnose (entsprechend DKR D002 Hauptdiagnose (Seite 4)) anzugeben. Die Kodes für die hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen sind als Nebendiagnose zu verschlüsseln, optional ergänzt durch*

*Y57.9! Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen.*

Soweit in 2014 und 2015 bei stationärer Aufnahme wegen einer Blutung unter Einnahme von Antikoagulanzen nicht das konkrete Blutungsereignis sondern beispielsweise die Diagnose D68.30 *Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen* (ICD-10-GM Version 2014) oder D68.33 *Hämorrhagische Diathese durch Cumarine (Vitamin-K-Antagonisten)* (ICD-10-GM Version 2015) als Hauptdiagnose verschlüsselt wurde ist zu beachten, dass bei Kodierung gemäß DKR 1917 Version 2016 typischerweise nicht mehr eine Zuordnung in die MDC 16 *Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems* sondern, in Abhängigkeit von der Lokalisation der Blutung, in eine entsprechende organbezogene MDC erfolgt.

### **4. Zusatzentgelte**

#### **4.1. Neue Zusatzentgelte (Stand: 16.10.2015)**

In der Fallpauschalenvereinbarung 2016 (FPV 2016) werden in den Anlagen nachfolgende Leistungen aufgeführt, die im Jahr 2016 neu über Zusatzentgelte vergütet werden:

*ZE2016-111 Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral*

*ZE2016-112 Gabe von Abirateronacetat, oral*

*ZE2016-113 Gabe von Cabazitaxel, parenteral*

*ZE2016-114 Gabe von Ipilimumab, parenteral*

*ZE2016-115 Molekulares Monitoring der Resttumorlast [MRD]: Molekulargenetische Identifikation und Herstellung von patientenspezifischen Markern*

*ZE2016-116 Molekulares Monitoring der Resttumorlast [MRD]: Patientenspezifische molekulargenetische Quantifizierung*

*ZE2016-117 Chemosaturations-Therapie mittels perkutaner Leberperfusion*

Ein Teil dieser Leistungen ist über OPS-Kodes definiert, die in den Daten des Jahres 2014 oder 2015 noch nicht oder nicht in der erforderlichen Differenzierung vorliegen. Für die Leistungsplanung 2016 müssen somit ggf. über die per OPS verschlüsselten Prozeduren hinausgehende Informationen herangezogen werden.

**4.2. Differenzierung von Zusatzentgelten (Stand: 16.10.2015)**

In der OPS-Version 2016 wird die Gabe von Tocilizumab nach Applikationsart differenziert. Die in der Fallpauschalenvereinbarung von 2015 als bewertetes Zusatzentgelt gelistete Leistung wird für das Jahr 2016 differenziert entweder über ein entsprechendes bewertetes oder ein unbewertetes Zusatzentgelt vergütet.

FPV 2015 (Anlage 2 und 5)	FPV 2016 (Anlage 2 und 5)	FPV 2016 (Anlage 4 und 6)
<b>ZE129</b> <i>Gabe von Tocilizumab, parenteral</i>	<b>ZE157</b> <i>Gabe von Tocilizumab, intravenös</i>	<b>ZE2016-110</b> <i>Gabe von Tocilizumab, subkutan</i>

Diese Zusatzentgelte sind somit über OPS-Kodes definiert, die in den Daten des Jahres 2014 oder 2015 noch nicht oder nicht in der erforderlichen Differenzierung vorliegen. Für die Leistungsplanung 2016 müssen ggf. über die per OPS verschlüsselten Prozeduren hinausgehende Informationen herangezogen werden.

**4.3. Änderung von unbewerteten in bewertete Zusatzentgelte (Stand:16.10.2015)**

In der Fallpauschalenvereinbarung für 2016 wurden die in 2015 unbewerteten Zusatzentgelte für die parenterale Gabe von Eculizumab, Ofatumumab und Decitabine bewertete Zusatzentgelte:

ZE154	Gabe von Eculizumab, parenteral
ZE155	Gabe von Ofatumumab, parenteral
ZE156	Gabe von Decitabine, parenteral

**4.4. Änderung von bewertete in unbewertete Zusatzentgelte (Stand:16.10.2015)**

In der Fallpauschalenvereinbarung für 2016 wurden die in 2015 bewerteten Zusatzentgelte für den nicht motorisierten Distractionsmarknagel und die Neurostimulatoren zur Hirnstimulation (Einkanalsystem) unbewertete Zusatzentgelte:

FPV 2015 (Anlage 2 und 5)	FPV 2016 (Anlage 4 und 6)
<b>ZE86</b> Neurostimulatoren zur Hirnstimulation, Einkanalsystem	<b>ZE2016-118</b> Neurostimulatoren zur Hirnstimulation, Einkanalsystem
<b>ZE99</b> Distractionsmarknagel, nicht motorisiert	<b>ZE2016-119</b> Distractionsmarknagel, nicht motorisiert

#### 4.5. Änderung von bewerteten Zusatzentgelten (Stand: 16.10.2015)

In der Fallpauschalenvereinbarung 2016 (FPV 2016) wurde das vormalige bewertete Zusatzentgelt für Vagusnervstimulationssysteme in die neuen bewerteten Zusatzentgelte ZE158 *Vagusnervstimulationssysteme, mit Sondenimplantation* und ZE159 *Vagusnervstimulationssysteme, ohne Sondenimplantation* überführt.

#### 4.6. Änderung von Zusatzentgelt-definierenden ICD-10-Kodes (Stand: 16.10.2015)

Für die Verschlüsselung von Blutgerinnungsstörungen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett standen in der ICD-10-GM Version 2014 und 2015 ausschließlich Schlüsselnummern aus Kapitel XV *Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett* der ICD-10-GM zur Verfügung (z. B. O45.0 *Vorzeitige Plazentalösung bei Gerinnungsstörung* oder O67.0 *Intrapartale Blutung bei Gerinnungsstörung*). Diese Kodes waren bisher jedoch nicht Bestandteil der Definition der Zusatzentgelte ZE201x-97 und ZE201x-98. Die spezifische Kodierung von Blutgerinnungsstörungen mit Kodes aus D65-D69 *Koagulopathien, Purpura und sonstige hämorrhagische Diathesen* in Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett war bisher durch Exklusiva in der ICD-10-GM ausgeschlossen.

In der ICD-10-GM Version 2016 wurden in Kapitel XV (O00-O99) Hinweise ergänzt, die regeln, dass bei Vorliegen einer Blutgerinnungsstörung in Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett eine zusätzliche Schlüsselnummer (D65-D69) zu benutzen ist.

Da diese zusätzliche Angabe einer Diagnose aus D65-D69 in den Daten der Jahre 2014 und 2015 noch nicht regelhaft vorliegt, ist zu beachten, dass ggf. für die Leistungsplanung 2016 und insbesondere für die Zuordnung zu den Zusatzentgelten ZE2016-97 und ZE2016-98 noch über die per ICD-10-GM verschlüsselten Diagnosen hinausgehende Informationen herangezogen werden müssen.

#### 4.7. Differenzierung von Zusatzentgelt-definierenden OPS-Kodes (Stand: 16.10.2015)

Wenn bei OPS-Kodes, die ein Zusatzentgelt des Fallpauschalenkataloges definieren, eine weitere Ausdifferenzierung vom DIMDI vorgenommen wird, erfolgt typischerweise auch eine Aufnahme der entsprechenden differenzierten Kodes in die Zusatzentgelt-Anlagen des Fallpauschalenkataloges an entsprechender Stelle.

Ein Beispiel hierfür aus den Vorjahren ist die im OPS 2009 vorgenommene Ausdifferenzierung der Kodes für die intermittierende Hämodialyse mit der Schaffung eines neuen Kodes für *Hämodialyse: Verlängert intermittierend, zur Elimination von Proteinen mit einer Molekularmasse bis*

60.000 (8-854.8). Da diese Leistung zuvor nicht spezifisch kodierbar war, konnte sie nur als "intermittierende Hämodialyse" verschlüsselt werden. Entsprechend wurden die neuen Codes auch – analog dem Vorgängerkode – den Zusatzentgelten ZE01.01 *Hämodialyse, intermittierend, Alter > 14 Jahre* sowie ZE01.02 *Hämodialyse, intermittierend, Alter < 15 Jahre* zugeordnet. (Dies galt bis 2014, seit 2015 sind diese Codes einem eigenen unbewerteten Zusatzentgelt ZE2015-109 *Dialyse mit High-Cut-off-Dialysemembran* zugeordnet.)

Aus einer solchen (durch eine klassifikatorische Überleitung bedingten) Aufnahme neuer Codes in ein Zusatzentgelt ist jedoch kein automatischer Rückschluss auf die Sachgerechtigkeit der Abbildung und damit etwa auf einen zukünftigen NUB-Status der bezeichneten Leistung möglich.

Sofern eine solche Leistung zukünftig den NUB-Status 1 (angefragte Methoden/Leistungen, welche die Kriterien der NUB-Vereinbarung der Vertragsparteien erfüllen) erhalte und somit zusätzlich ein krankenhausespezifisches Entgelt für Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden für die Erbringung dieser Leistung vereinbart werden könnte, wäre der bereits über Zusatzentgelte vergütete Betrag in Form einer Differenzkostenrechnung zu berücksichtigen.

#### **4.8. Bewertung des Zusatzentgeltes ZE2015-41 Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems (Stand: 16.10.2015)**

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 2016 folgenden Hinweis zu ZE2016-41:

„Die Bewertung des Zusatzentgeltes 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 krankenhausespezifischen Bewertung des Zusatzentgeltes ZE2016-41 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 zu DRGs der Basis-DRG I42 *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 letztgenannten DRGs einen höheren Anteil der für die Erbringung des ZE2016-41 typischen Leistungen bereits als Bestandteil der jeweiligen DRG enthalten könnten.

#### **4.9. Definition des Zusatzentgeltes ZE10 Künstlicher Blasenschließmuskel (Stand: 16.10.2015)**

Das Zusatzentgelt ZE10 *Künstlicher Blasenschließmuskel* ist bis einschließlich 2014 unter anderem definiert durch Prozeduren aus dem Codebereich 5-597.3\* für *Eingriffe bei artifiziellem Harnblasensphinkter: Wechsel*. Im OPS Version 2015 wurde dieser Codebereich weiter differenziert und um die Prozedur 5-597.33 *Eingriffe bei artifiziellem Harnblasensphinkter: Wechsel: Isolierter Pumpenwechsel* ergänzt. Dieser Code war bereits gemäß Fallpauschalenkatalog 2015 Anlage 5 nicht Bestandteil der Definition des Zusatzentgeltes ZE10 *Künstlicher Blasenschließmuskel*. Wurde diese Leistung bis 2014 mit dem unspezifischen Code 5-597.3x *Eingriffe bei artifiziellem Harnblasensphinkter: Wechsel: Sonstige* verschlüsselt, konnte in 2015 für diese Leistung das Zusatzentgelt ZE 10 nicht mehr abgerechnet werden.

Gemäß Fallpauschalenverordnung 2016 Anlage 5 wurde der unspezifische Code 5-597.3x *Eingriffe bei artifiziellem Harnblasensphinkter: Wechsel: Sonstige* aus der Liste der Prozeduren gestrichen, die das weiterhin bestehende Zusatzentgelt ZE10 definieren. Somit sind die für 2016 in dem Codebereich 5-597.3\* *Eingriffe bei artifiziellem Harnblasensphinkter: Wechsel* neu etablierten Prozeduren für den isolierten Wechsel eines Cuffs (5-597.34), den isolierten Wechsel von zwei Cuffs (5-597.35) und den isolierten Wechsel des Reservoirs [Ballon] (5-597.36), die bisher nur mit dem unspezifischen Code 5-597.3x verschlüsselt werden konnten, ebenfalls nicht in der Definition für das Zusatzentgelt ZE10 enthalten. Es ist somit zu beachten, dass in 2016 ggf. eine geringfügig kleinere Zahl von Fällen das Zusatzentgelt ZE10 abgerechnet werden kann, als eine Analyse auf Basis von Daten aus 2014 und 2015 vermuten lässt.