

Hinweise zur Leistungsplanung/Budgetverhandlung für das Jahr 2018 in Zusammenhang mit den Definitionshandbüchern der G-DRG-Versionen 2016/2018 und 2017/2018 bzw. den darauf beruhenden Groupern

Die G-DRG-Version 2016/2018 dient der Verarbeitung von Daten aus dem Jahr 2016 (beruhend auf den Katalogen ICD-10-GM Version 2016 und OPS Version 2016) mit dem im Jahr 2018 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 2016/2018 für die Daten aus 2016 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 2018 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 2017/2018 der Verarbeitung von Daten aus 2017 (beruhend auf den Katalogen ICD-10-GM Version 2017 und OPS Version 2017) mit dem im Jahr 2018 zur Abrechnung verwendeten Grouperalgorithmus. Auch die Gruppierungsergebnisse der G-DRG-Version 2017/2018 für die Daten aus 2017 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 2017

1.1.1. Offen chirurgische Implantation von Stents/Selektive offene intravasale Lyse (Stand: 03.11.2017)

Bis einschließlich OPS Version 2016 stehen für die Verschlüsselung bestimmter Gefäßinterventionen in Abhängigkeit vom Zugangsweg zwei verschiedene Codebereiche zur Verfügung. Zum einen existieren für offen chirurgische Gefäßinterventionen verschiedene Zusatzcodes in Kapitel 5 *Operationen* des OPS, die zusätzlich zu einem Verfahren aus dem Abschnitt *Operationen an Blutgefäßen* (5-38...5-39) angegeben werden können. Zum anderen gibt es für perkutan-transluminale Gefäßinterventionen weitgehend entsprechende Prozeduren in den Abschnitten für *Perkutan-transluminale Gefäßintervention* (8-836) und *Perkutan-transluminale Stentimplantation* (8-84) im Kapitel 8 *Nichtoperative therapeutische Maßnahmen*.

Für den OPS Version 2017 wurden die Zusatzcodes für offen chirurgische Gefäßinterventionen (5-38c bis 5-38g) gestrichen. Diese Verfahren sind ab 2017 mit einem Code für eine perkutan-transluminale Gefäßintervention zu kodieren. Davon ausgenommen sind lediglich Gefäßinterventionen an Herz- und Koronargefäßen. Dies hat für Fälle mit einem offen chirurgischen Verfahren nicht nur hinsichtlich der Kodierung, sondern auch hinsichtlich ihrer Eingruppierung in G-DRG System 2018 Konsequenzen, da die Prozeduren für perkutan-transluminale Gefäßinterventionen im G-DRG System bisher in deutlich größerem Ausmaß gruppierungsrelevant waren, als die Zusatzcodes für die offen chirurgischen Gefäßinterventionen. In der G-DRG Version 2016 wurden nur die Prozeduren für offen chirurgische Stentimplantationen (5-38c bis 5-38e) lediglich für die Definition der DRG F59B *Mäßig komplexe Gefäßeingriffe, mit aufwendigem Eingriff oder mit bestimmtem beidseitigen Eingriff [...]* verwendet. Schon für die G-DRG Version 2017 wurden im Vorgriff auf die geänderte Kodierung bereits Anpassungen dahingehend vorgenommen, dass die Gruppierungsrelevanz der offen chirurgischen Verfahren an die entsprechenden Codes für die perkutan-transluminale Verfahren angeglichen wurde, was hauptsächlich Auswirkungen auf die MDCs 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems* und 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* hatte.

Es ist jedoch zu beachten, dass bei Fällen, bei denen eine offen chirurgische Gefäßintervention nach dem OPS Version 2018 verschlüsselt wurde, in Einzelfällen eine andere Eingruppierung gemäß G-DRG-Version 2018 erfolgen kann, als eine Analyse auf Basis von Daten des Jahres 2016 vermuten lässt. Zusätzlich ist zu bedenken, dass diese Zusatzcodes nur in geringem Umfang gruppierungsrelevant waren. Sofern diese Codes im Datenjahr noch unvollständig erfasst wurden, müssen für die Leistungsplanung 2018 gegebenenfalls über die per OPS verschlüsselten Prozeduren hinausgehende Informationen herangezogen werden.

1.1.2. Radikale Vulvektomie (Stand: 03.11.2017)

Die Kodierung einer Vulvektomie wurde für den OPS Version 2017 grundlegend überarbeitet und an die aktuellen medizinischen Verfahren und Nomenklaturen angepasst. Der Code 5-715 *Radikale Vulvektomie* des OPS Version 2016 wurde für die Version 2017 gestrichen. In der G-DRG Version 2016/2018 war dieser Code in der MDC 13 *Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane* in der Basis-DRG N01 *Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie [...]* und in der DRG N38Z *Komplizierende Konstellation mit best. op. Eingriff bei Krankheiten u. Störungen der weibl. Geschlechtsorg. od. Beckenevisz. bei der Frau u. radikale Vulvektomie [...]* gruppierungsrelevant. Die Abgrenzung zu dem Code 5-714.5 *Vulvektomie: Total* des OPS Version 2016 war inhaltlich nicht trennscharf und hat zu Unsicherheiten bei der Kodierung geführt, zumal beide Prozeduren in der G-DRG Version 2016/2018 in unterschiedlichem Ausmaß gruppierungsrelevant sind. So führte beispielsweise die alleinige Verschlüsselung des Codes 5-715 bereits in die Basis-DRG N01, während dies bei dem Code 5-714.5 nur in Verbindung mit weiteren Eingriffen wie z.B. bestimmten Lymphadenektomien oder einer Beckeneviszeration möglich war.

Ab 2017 kann mit dem Codebereich 5-714.6 *Vulvektomie: En bloc, mit inguinaler und femoraler Lymphadenektomie* ein Verfahren kodiert werden, das in den G-DRG Versionen 2017/2018 und 2018 die gleiche Funktion besitzt, wie der Code 5-715 in der G-DRG Version 2016/2018. Für radikale Vulvektomien, die nicht einer En-bloc Resektion entsprechen, ist zukünftig der Code 5-714.5 anzugeben. Die durchgeführten Lymphadenektomien sind gesondert zu kodieren. Für 2017 wurde die Gruppierungsrelevanz des Codes 5-714.5 bereits in der Form angepasst, dass

diese Leistung in Kombination mit einer radikalen inguinalen Lymphadenektomie ebenfalls in der Basis-DRG N01 abgebildet wird.

In Abhängigkeit der Kodierung einer radikalen Vulvektomie im Jahr 2016 ist jedoch zu bedenken, dass in den G-DRG Versionen 2017/2018 und 2018 gegebenenfalls weniger Fälle den Basis-DRGs N01 bzw. N38 zugeordnet werden können, als eine Analyse auf Basis von Daten aus 2016 vermuten lässt.

1.2. Neue oder geänderte Codes im OPS Version 2018

1.2.1. Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Stand 24.11.2017)

Seit der OPS Version 2013 kann unter Berücksichtigung bestimmter struktureller und personeller Voraussetzungen (Mindestmerkmale) für Patienten ab dem 14. Lebensjahr eine aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung („Super-SAPS“) differenziert nach Aufwandspunkten mit dem Codebereich 8-98f verschlüsselt werden. Diese Leistung ist seit der G-DRG Version 2015 in Abhängigkeit von den erreichten Aufwandspunkten im G-DRG-System in einer Vielzahl von DRGs erlösrelevant, wobei vielfach eine höhere Eingruppierung resultiert als bei Angabe eines Codes aus 8-980 („Normal-SAPS“) mit gleicher Punktzahl.

Für den OPS Version 2018 wurden mehrere Mindestmerkmale des Codebereichs 8-98f geändert. Dabei gibt es sowohl Kriterien, die zukünftig schwerer zu erfüllen sind (Präzisierung von Merkmalen) als auch Kriterien, die zukünftig leichter erfüllbar sind (Abschwächung oder Streichung von Merkmalen).

Nachfolgend werden relevante Veränderungen und die sich daraus ergebenden Konsequenzen für die Leistungsabschätzung exemplarisch dargestellt:

Anforderungen an die personelle Ausstattung/Verfügbarkeit ärztlicher Qualifikation

Die für die Kodierung des „Super-SAPS“ bereits bestehende Anforderung *Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“, der den überwiegenden Teil seiner ärztlichen Tätigkeit auf der Intensivstation ausübt* wurde dahingehend präzisiert, dass ein Facharzt mit der Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“

- täglich mindestens eine Visite durchführen muss,
- werktags (Montag bis Freitag) zwischen 8 und 18 Uhr mindestens 7 Stunden auf der Intensivstation anwesend sein muss,
- außerhalb dieser Anwesenheitszeit ein Facharzt mit der Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“ innerhalb von 30 Minuten am Patienten verfügbar sein muss.

Eine Abschätzung der Auswirkung dieser Änderungen der Mindestmerkmale des „Super-SAPS“ ist anhand der für die Kalkulation zur Verfügung stehenden Leistungsmerkmale nicht möglich.

So werden viele Einrichtungen den „Super-SAPS“ auch in 2018 weiterhin unverändert erfassen können, da sie die geänderten Mindestmerkmale bereits aktuell erfüllen. Andere Einrichtungen werden ggf. nach strukturellen oder organisatorischen Veränderungen diese Merkmale – weiterhin oder auch erstmals – erfüllen. Andererseits ist es auch denkbar, dass bestimmte Einrichtungen für eine Zahl von Fällen, die in den Jahren 2016 oder 2017 mit „Super-SAPS“ kodiert werden konnten, in 2018 die entsprechenden Codes des „Normal-SAPS“ angeben werden, woraus sich Eingruppierungsunterschiede ergeben können.

Daher kann es erforderlich sein, für die Leistungsplanung 2018 über die Informationen des Grouperdatensatzes hinaus hausspezifische Informationen hinzuziehen.

Verfügbarkeit von diagnostischen und therapeutischen Verfahren

Bei den Mindestmerkmalen zur Verfügbarkeit von Verfahren wird unterschieden zwischen einer Liste von zwingend verfügbaren Verfahren („Liste obligater Verfahren“), die 24-stündig verfügbar sein müssen und einer Liste mit optionalen Verfahren, von denen nur eine bestimmte Anzahl in hausindividuell unterschiedlicher Zusammensetzung verfügbar sein muss („Auswahlliste“). Für diesen Bereich der Mindestmerkmale gab es in der OPS Version 2018 komplexe Änderungen:

So wurden einige Verfahren aus der Liste der obligaten Verfahren weiter spezifiziert, z.B. das Mindestmerkmal Dialyse dahingehend ergänzt, dass nicht nur eine kontinuierliche oder intermittierende Dialyse sondern beide Verfahren 24-stündig verfügbar sein müssen. Auch wurden einige Verfahren aus der Auswahl-Liste in die Liste obligater Verfahren übertragen und müssen somit zukünftig zwingend verfügbar sein, z.B. transösophageale Echokardiographie. Diese Veränderungen stellen somit eine Verschärfung der Anforderungen dar mit der Folge, dass ggf. zukünftig – *ceteris paribus* – bei weniger Fällen ein Kode aus 8-98f („Super-SAPS“) verschlüsselt werden kann.

Andererseits wurde beispielsweise die interventionelle Kardiologie mit Akut-PTCA aus der Liste der obligaten Verfahren in die Auswahl-Liste verschoben, sodass – bei Verfügbarkeit einer ausreichenden Zahl anderer Verfahren (u.a. interventionelle Neuroradiologie) aus der Auswahl-Liste – erstmals auch Einrichtungen die Codes aus 8-98f verschlüsseln können, die über keine Akut-PTCA verfügen.

Ersatzlos wurde das Mindestmerkmal „kurzfristige Erreichbarkeit einer Blutbank“ gestrichen, da eine einheitliche und präzise Definition des Begriffs „Blutbank“ nicht etabliert ist und der Begriff in der Vergangenheit vor Ort zu Auslegungsdifferenzen geführt hatte.

Fazit

In Summe sind aufgrund der Vielzahl von Änderungen der Mindestmerkmale (hier nur exemplarisch dargestellt) sowohl Konstellationen denkbar, die mit einer künftig zu erwartenden häufigeren Kodierung des „Super-SAPS“ einhergehen können, aber auch Änderungen, die zu einer zukünftig selteneren Verschlüsselung führen können.

So wird es Einrichtungen geben, die eine 24-stündige Verfügbarkeit der *interventionellen (Neuro)radiologie mit akuter endovaskulärer Therapie von Gefäß- und Organverletzungen und/oder zerebralen Gefäßverschlüssen* gewährleisten können, und somit in 2018 ggf. den „Super-SAPS“ verschlüsseln können, während ihnen dies bisher z.B. in Ermangelung einer 24 stündigen Verfügbarkeit einer *interventionellen Kardiologie mit Akut-PTCA* nicht möglich war.

Umgekehrt wird es Einrichtungen geben, die zwar eine *Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“* gewährleisten können und in der Vergangenheit alle Mindestmerkmale für die Kodierung des „Super-SAPS“ erfüllten, diese jedoch im nächsten Jahr – ohne organisatorische Veränderungen – nicht mehr erfüllen können, da beispielsweise Arbeits- und Urlaubszeiten keine ausreichend durchgängige Anwesenheit und Visiten eines entsprechend qualifizierten Facharztes erlauben.

Aufgrund der Vielzahl der Veränderungen mit in Richtung Auf- wie auch Abwertung erfolgenden Einflussmöglichkeiten auf die Gruppierung und der nicht vorhersagbaren möglichen organisatorischen Veränderungen in den Krankenhäusern, ist weder die Abschätzung einer Gesamttendenz oder gar einer Dimension der Erlösveränderungen möglich, noch ist anhand von Routinedaten eine solche Abschätzung für Einzelfälle durchführbar.

Entsprechend der klassifikatorischen Überleitung des DIMDI sind die Codes aus 8-98f *Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)* im G-DRG-System 2018 in exakt gleicher Weise gruppierungsrelevant wie in den G-DRG-Versionen 2016/2018 und 2017/2018. Eine von der DIMDI-Überleitung abweichende Berücksichtigung ergab sich aufgrund

der zahlreichen inhaltlichen Veränderungen (in Richtung einer Präzisierung wie auch einer Erweiterung der Definition) nicht. Zudem lag die finale Fassung der Mindestmerkmale zum Codebereich 8-98f erst nach Kalkulation und Veröffentlichung des G-DRG-Fallpauschalenkatalogs für 2018 vor.

Soweit Ihr Haus von den Änderungen der definierenden Merkmale betroffen ist, gilt es somit für die Leistungsplanung 2018 zu beachten, dass Fälle mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung ggf. in 2018 anders eingruppiert werden als eine Analyse auf Basis der Daten aus dem Jahr 2016 oder 2017 vermuten lässt.

1.2.2. Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen (Stand 24.11.2017)

Die Kodierung von ablativen Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen (Codebereich 8-835 *Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen*) wurde für den OPS Version 2018 grundlegend überarbeitet. Zukünftig sind folgende Codes, deren Vorgängerkode(s) gemäß OPS Version 2017 noch als eigenständiger Code kodiert werden konnten, ausschließlich als Zusatzcodes zu verwenden:

8-835.8 *Anwendung dreidimensionaler, elektroanatomischer Mappingverfahren*

8-835.9 *Verwendung eines Drahtgeflechtkatheters*

8-835.e *Anwendung einer endovaskulären endoskopischen Steuerung*

8-835.g *Anwendung rotordetektierender, elektroanatomischer Mappingverfahren*

Bei den genannten Verfahren, insbesondere bei ablativen Maßnahmen unter Verwendung dreidimensionaler, elektroanatomischer Mappingverfahren (Kode 8-835.8) ist zu beachten, dass in 2018 bei jeder Maßnahme ein grundlegendes Verfahren zu kodieren ist, entsprechend den „Primärkodes“ aus den Bereichen 8-835.2* *Konventionelle Radiofrequenzablation*, 8-835.3* *Gekühlte Radiofrequenzablation*, 8-835.4* *Ablation mit anderen Energiequellen*, 8-835.a* *Kryoablation* oder 8-835.b* *Bipolare phasenverschobene Radiofrequenzablation*.

In der G-DRG Version 2017/2018 führte beispielsweise bereits die alleinige Verschlüsselung der Codes aus 8-835.8* in die Basis-DRG F50. Dagegen führt in der G-DRG Version 2018 nur die Kodierung eines der genannten Primärkodes in die Basis-DRG F50. Die geänderte Kodierung wurde für die G-DRG Version 2018 bereits dadurch berücksichtigt, dass bei Kodierung gemäß OPS Version 2018 die Gruppierungsrelevanz des Codes 8-835.8 in Kombination mit einem Primärkode aus 8-835.2 ff. entsprechend der jeweiligen Lokalisation innerhalb der Basis-DRG F50 analog den G-DRG Versionen 2016/2018 und 2017/2018 abgebildet wird. Die Grupperlogik wurde also entsprechend den OPS-Änderungen in diesem Codebereich angepasst. Im Ergebnis ergibt sich damit bei korrekter Kodierung in 2018 für keinen Fall eine Änderung der DRG. Es ist jedoch zu beachten, dass sich bei ggf. unvollständiger Umstellung der Kodierung Eingruppierungsunterschiede ergeben können. Dies gilt z.B. für die alleinige Kodierung der Codes, die ab 2018 nur noch als Zusatzcodes (z.B. 8-835.8) anzuwenden sind. In diesen Fällen würde beispielsweise keine Zuordnung zur Basis-DRG F50 mehr erfolgen.

1.2.3. Scheiden-/Zervixstumpffixation (Stand 24.11.2017)

Die Prozeduren für Scheiden- bzw. Zervixstumpffixation (OPS 5-704.4* bzw. 5-704.5*) sind in der G-DRG Version 2017 unter anderem in der MDC 13 *Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane* in den DRGs N06Z *Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen* und N14Z *Hysterekt. auß. b. BNB m. Beckenbodenpl. [...] gruppie-*

rungsrelevant. Die zusätzliche Kodierung dieser Leistung, wenn diese im Rahmen einer anderen Operation erbracht wurde war streitbefangen, da dies zu einer geänderten Eingruppierung eines Falles führen konnte. So wird beispielsweise in der G-DRG Version 2017 ein Fall mit laparoskopischer Hysterektomie ohne Salpingoovarektomie (OPS 5-683.03) der DRG N21A *Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne Beckenbodenplastik [...] zugeordnet*. Wird zusätzlich eine laparoskopische Scheidenstumpffixation (z.B. OPS 5-704.4b) verschlüsselt, resultiert daraus die DRG N14Z.

Im OPS Version 2018 wurden unter den Codebereichen 5-68 *Inzision, Exzision und Exstirpation des Uterus* und 5-704 *Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik* Hinweise eingefügt, welche die zusätzlich Kodierung einer Scheiden-/Zervixstumpffixation regeln:

„Die Durchführung einer spezifischen Scheidenstumpffixation im Rahmen einer Vorder- und/oder Hinterwandplastik ist gesondert zu kodieren (5-704.46 bis 5-704.4p)

Die Durchführung einer spezifischen Zervixstumpffixation im Rahmen einer Vorder- und/oder Hinterwandplastik ist gesondert zu kodieren (5-704.56 bis 5-704.5p)“

Für die G-DRG Version 2018 wurde die Gruppierungsrelevanz von Codes aus 5-704.4* bzw. 5-704.5* in den DRGs N06Z und N14Z angepasst, sodass beispielsweise in der DRG N14Z nur noch bestimmte Verfahren mit Implantation von alloplastischem Material berücksichtigt werden. Bestimmte Verfahren ohne Implantation von alloplastischem Material und unspezifische Codes werden zukünftig nicht mehr der DRG N06Z sondern der DRG N07Z [...] *oder kleine rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen* zugeordnet. Die oben beschriebene Kombination der Prozeduren 5-683.03 und 5-704.4b wird in der G-DRG Version 2018 unverändert in die DRG N21A eingruppiert.

In Abhängigkeit davon, ob eine im Rahmen einer anderen Operation durchgeführte Scheiden-/Zervixstumpffixation bereits in 2016 bzw. 2017 zusätzlich verschlüsselt wurde ist dennoch zu bedenken, dass bei Kodierung dieser Leistung gemäß OPS Version 2018 ggf. eine andere Eingruppierung in der MDC 13 resultieren kann, als eine Analyse auf Basis von Daten aus den Jahren 2016 und 2017 vermuten lässt.

1.2.4. Arthroskopische subchondrale Spongiosaplastik (Stand 24.11.2017)

Der Codebereich 5-812.4* *Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Spongiosaplastik* wurde im OPS Version 2018 gestrichen. Zukünftig ist für diese Leistung ein Code aus 5-784.c* *Knochen transplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, autogen, endoskopisch* bzw. 5-784.e* *Knochen transplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, allogene, endoskopisch* anzugeben. Diese Codes wurden im OPS Version 2018 durch Differenzierung der Vorgängerkodes 5-784.0* *Knochen transplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, autogen* und 5-784.7* *Knochen transplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, allogene* nach „offen chirurgisch“ bzw. „endoskopisch“ ebenfalls neu etabliert. Diese Vorgängerkodes und der Codebereich 5-812.4 weisen in der MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* eine unterschiedliche Gruppierungsrelevanz auf. So wird z.B. eine arthroskopische subchondrale Spongiosaplastik am Hüftgelenk (OPS 5-812.4g) in den G-DRG Versionen 2016/2018 und 2017/2018 der DRG I30B *Arthroskopische Eingriffe am Hüftgelenk* zugeordnet. Die Codes 5-784.0d und .7d (Lokalisation „Becken“) bzw. 5-784.0f und .7f (Lokalisation „Femur proximal“) werden hingegen in die DRGs I08F *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit bestimmtem mäßig komplexem Eingriff, ohne äußerst schwere CC, mehr als ein Belegungstag* bzw. I08G [...] *mit mäßig komplexem Eingriff, ohne äußerst schwere CC oder ohne mäßig komplexen Eingriff, mit bestimmter Knochen transplantation [...] eingruppiert*. Eine Anpassung des Gruppierungsalgorithmus hinsichtlich der Streichung des Codebereiches 5-812.4* ist für die G-DRG Version

2018 aufgrund von sehr geringen Auswirkungen bei einer geringen Anzahl betroffener Fälle nicht erfolgt.

Dennoch ist zu beachten, dass bei Kodierung gemäß OPS Version 2018 in der MDC 08 ggf. eine andere Eingruppierung von Fällen mit dieser Leistung resultieren kann, als eine Analyse auf Basis von Daten aus den Jahren 2016 und 2017 vermuten lässt.

2. Änderungen der Diagnosenklassifikation (ICD)

2.1. Neue oder geänderte Codes in der ICD-10-GM Version 2017

2.1.1. Erreger mit bestimmten Antibiotikaresistenzen, die besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen erfordern (Stand: 03.11.2017)

Für die ICD-10-GM Version 2017 wurden die sekundären Schlüsselnummern aus der ICD-10-GM Version 2016 für *Erreger mit bestimmten Antibiotikaresistenzen, die besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen erfordern* (U80.-!) und für *Bakterien mit Multiresistenz gegen Antibiotika* (U81!) überarbeitet. Zukünftig sind mit dem Codebereich (U80.-!) nur noch **Grampositive** Erreger mit bestimmten Antibiotikaresistenzen, die besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen erfordern zu verschlüsseln. Der Codebereich U81.-! enthält in der ICD-10-GM Version 2017 **Gramnegative** Erreger mit bestimmten Antibiotikaresistenzen, die besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen erfordern und wurde zusätzlich nach Resistenzstufen gegen Antibiotika gemäß den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) ausdifferenziert.

Im G-DRG System 2016/2018 ist die Unterscheidung zwischen beiden Schlüsselnummern/Codebereichen vor allem über eine unterschiedliche Bewertung in der CCL-Matrix und damit über den für den jeweiligen Fall berechneten PCCL-Wert gruppenrelevant.

Eine eindeutige Überleitung der Codes aus U80.-! und U81.-! von der Version 2017 auf die Version 2016 der ICD-10-GM ist nicht möglich. Im Rahmen der Überleitung der G-DRG Version 2016/2018 auf die Version 2017/2018 sollte unter anderem eine angemessene Abbildung unterschiedlicher Resistenzstufen innerhalb der CCL-Matrix gewährleistet sein. So galt es zu vermeiden, dass beispielsweise Fälle mit einem Code für eine hohe Resistenzstufe schlechter gestellt sind, als Fälle mit einem entsprechenden Code für eine niedrige Resistenzstufe.

Für die Leistungsplanung 2018 ist dennoch zu berücksichtigen, dass insbesondere bei Fällen, die in einer nach dem PCCL differenzierten DRG abgebildet werden, ggf. andere PCCL-Werte berechnet werden und damit eine andere Gruppierung erfolgen kann, als eine Analyse auf Basis der Daten aus dem Jahr 2016 vermuten lässt.

2.2. Neue oder geänderte Codes in der ICD-10-GM Version 2018

2.2.1. Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese(Stand: 24.11.2017)

Für die ICD-10-GM Version 2018 wurde die Schlüsselnummer für *Mechanische Komplikationen durch eine Gelenkendoprothese* (T84.0) nach Lokalisation ausdifferenziert. Für alle Neukodes besteht eine automatische Überleitbarkeit auf den undifferenzierten Vorgängerkode, entspre-

chend sind alle 2018 nach Lokalisation differenzierten Codes im G-DRG-System 2018 in gleicher Weise gruppierungsrelevant wie der Code T84.0 im G-DRG-System 2017/2018.

Es ist jedoch grundsätzlich vorstellbar, dass aufgrund einer Regelung der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) sich in einzelnen Fällen die Festlegung der Hauptdiagnose ändern könnte. DKR D015 sieht vor, dass bei Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Maßnahmen Codes aus T80-T88 nur dann als Hauptdiagnose zu verschlüsseln sind, wenn **kein spezifischer Code in Bezug auf die Erkrankung bzw. Störung existiert**. Die Möglichkeit, T84.0- ab 2018 mit Lokalisationsangabe zu verschlüsseln, könnte einen Einfluss darauf haben, welcher Code als spezifischste Verschlüsselung einer bestimmten Konstellation anzusehen ist.

Hinsichtlich des in der G-DRG-Version 2018 spezifisch in der DRG I46B abgebildeten *Prothesenwechsels bei periprothetischer Fraktur* ergibt sich hieraus keine veränderte Eingruppierung, da die Kodierung gemäß der ICD-10-GM Version 2018 mit einem (lokalisationspezifischen) Code für die Fraktur und einem Code aus Z96.6- *Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten*, der ebenfalls nach Lokalisation differenziert ist, weiterhin die spezifischere Verschlüsselung darstellt.

Im Fall z.B. der Luxation einer Gelenkendoprothese könnte hingegen zukünftig die Kodierung mit T84.0- plus Lokalisation als die spezifischste Möglichkeit angesehen werden. Jedoch sind die bisher bei diesen Fällen typischerweise verschlüsselten Codes wie z.B. S73.0- *Luxation der Hüfte* stets ebenfalls der MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* zugeordnet und weisen auch innerhalb der MDC eine weitgehend gleiche Gruppierungsrelevanz auf. Aufgrund von Unterschieden beispielsweise in der CCL-Systematik ist es jedoch möglich, dass bestimmte Fallkonstellationen in der G-DRG Version 2018 aufgrund der dann möglicherweise veränderten Kodierpraxis in andere DRGs eingruppiert werden, als eine Analyse auf Basis von Daten aus 2017 (mit dem G-DRG-Groupier 2018) vermuten lässt.

3. Änderungen der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR)

3.1. Änderungen der Deutschen Kodierrichtlinien Version 2018

3.1.1. Lymphom (Stand: 03.11.2017)

Bei Lymphomen ist hinsichtlich der Verschlüsselung einer Knochenbeteiligung bzw. des Vorliegens eines Befalls der Hirnhäute oder des Gehirns in den DKR bis einschließlich Version 2017 folgendes geregelt:

„[...] Für die Verschlüsselung einer Knochenbeteiligung bei malignen Lymphomen ist

*C79.5 Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes
Knochen(mark)herde bei malignen Lymphomen (Zustände klassifizierbar unter C81–C88)*

anzugeben.

Soll das Vorliegen eines Befalls der Hirnhäute oder des Gehirns bei Neoplasien des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes angegeben werden, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer

C79.3 Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute

zu verwenden.“

Für die DKR Version 2018 wurde die Formulierung des Absatzes zur Kodierung eines Befalls der Hirnhäute oder des Gehirns an die Formulierung des Absatzes zur Kodierung einer Knochenbeteiligung angeglichen. Zusätzlich wurde ein Verweis auf DKR 0201 *Auswahl und Reihen-*

folge der Codes bezüglich der Festlegung der Haupt- bzw. Nebendiagnosen bei Lymphomen mit Knochenbeteiligung bzw. mit Beteiligung des Gehirns oder der Hirnhäute aufgenommen.

Fälle mit der Hauptdiagnose „Lymphom“ werden typischerweise der MDC 17 *Hämatologische und solide Neubildungen*, Fälle mit der Hauptdiagnose C79.3 der MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems* und mit der Hauptdiagnose C79.5 der MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* zugeordnet. Soweit bei der Kodierung einer Knochenbeteiligung bzw. eines Befalls der Hirnhäute oder des Gehirns bei Lymphom in 2016 bzw. 2017 nicht bereits die Regelungen zur Festlegung der Haupt- und Nebendiagnosen in DKR 0201 beachtet wurden, ist zu bedenken, dass nach Kodierung gemäß DKR Version 2018 ggf. mehr Fälle der MDC 01 bzw. MDC 08 zugeordnet werden, als eine Analyse auf Basis der Daten aus den Jahren 2016 und 2017 vermuten lässt.

4. Zusatzentgelte

4.1. Neue Zusatzentgelte (Stand: 03.11.2017)

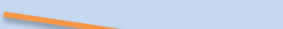




In der Fallpauschalenvereinbarung 2018 (FPV 2018) werden in den Anlagen nachfolgende Leistungen aufgeführt, die im Jahr 2018 neu über Zusatzentgelte vergütet werden:



Bewertete Zusatzentgelte

ZE162 *Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (DRG-Tabelle 1)*

ZE163 *Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (DRG-Tabelle 2)*

Die beiden neuen Zusatzentgelte sind (u.a.) über OPS-Kodes aus dem Codebereich 9-984 *Pflegebedürftigkeit* definiert. Aufgrund der ab 2017 veränderten Kriterien für die Pflegebedürftigkeit nach §14 SGB XI wurde der entsprechende OPS in der Version 2017 angepasst und die alten Pflegestufen durch die neuen Pflegegrade ersetzt. Der Kriterienkatalog der Pflegegrade unterscheidet sich von dem der Pflegestufen, sodass eine eindeutige 1:1 Überleitung nicht in jedem Fall möglich ist und Fälle aus einer gemeinsamen alten Pflegestufe bei einer Neueinstufung in unterschiedlichen Pflegegraden abgebildet sein können.

bis 2016	Neueinstufung	ab 2017
Pflegestufe 0		Pflegegrad 1
Pflegestufe I		Pflegegrad 2
Pflegestufe II		Pflegegrad 3
Pflegestufe III		Pflegegrad 4
Pflegestufe III, Härtefall		Pflegegrad 5

 ohne eingeschränkte Alltagskompetenz
 mit eingeschränkter Alltagskompetenz

Deshalb müssen für die Leistungsplanung 2018 ggf. weitere, über die per OPS verschlüsselten Prozeduren hinausgehende Informationen berücksichtigt werden.

Unbewertete Zusatzentgelte

ZE2018-140 *Gabe von Brentuximabvedotin, parenteral*

ZE2018-141 *Gabe von Enzalutamid, oral*

ZE2018-142 *Gabe von Aflibercept, intravenös*

- ZE2018-143 *Gabe von Eltrombopag, oral*
- ZE2018-144 *Gabe von Obinutuzumab, parenteral*
- ZE2018-145 *Gabe von Ibrutinib, oral*
- ZE2018-146 *Gabe von Ramucirumab, parenteral*
- ZE2018-152 *Mehrdimensionale pädiatrische Diagnostik*

Ein Teil dieser Leistungen ist über OPS-Kodes definiert, die in den Daten des Jahres 2016 oder 2017 noch nicht oder nicht in der erforderlichen Differenzierung vorliegen. Für die Leistungsplanung 2018 müssen somit ggf. über die per OPS verschlüsselten Prozeduren hinausgehende Informationen herangezogen werden.

4.2. Differenzierung von Zusatzentgelten (Stand: 03.11.2017)

Seit der Fallpauschalenverordnung 2013 existiert für die Gabe bestimmter Gerinnungsfaktoren das intrabudgetäre Zusatzentgelt ZE20xx-98 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren. Dieses Zusatzentgelt wird über entsprechende OPS-Kodes und ICD-10-Kodes für temporäre und andere Blutgerinnungsstörungen definiert. Für die Jahre 2016 und 2017 galt ein Schwellenwert in Höhe von 9.500€ für die Summe der im Rahmen der Behandlung der Patienten für Blutgerinnungsfaktoren angefallenen Beträge. Für 2018 wird das bisherige Zusatzentgelt ZE20xx-98 nach der Gabe bestimmter Gerinnungsfaktoren in die drei unten aufgeführten Zusatzentgelte ZE2018-137, ZE2018-138 und ZE2018-139 mit jeweils unterschiedlichen Schwellenwerten differenziert.

Zusatzentgelt	Bezeichnung	Schwellenwert
ZE2018-137	<i>Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII</i>	20.000 €
ZE2018-138	<i>Gabe von Fibrinogenkonzentrat</i>	2.500 €
ZE2018-139	<i>Gabe von Blutgerinnungsfaktoren</i>	6.000 € (für die Summe der Faktoren)

Durch die Änderung der Schwellenwerte für die Gabe der verschiedenen Gerinnungsfaktoren ist es möglich, dass in 2018 Fälle mit bestimmten Gerinnungsfaktoren, die früher unter das bisherige Zusatzentgelt ZE20xx-98 fielen nicht mehr einem der drei neuen Zusatzentgelte bei temporärer Blutgerinnungsstörungen zugeordnet werden und, dass Fälle für die das bisherige Zusatzentgelt nicht geltend gemacht werden konnte, den neuen Zusatzentgelten zugeordnet werden. Für die Leistungsplanung 2018 müssen zur Ermittlung der Schwellenwerte ggf. über die per OPS verschlüsselten Prozeduren hinausgehende Informationen herangezogen werden. Des Weiteren ist es möglich, dass für Fälle unterhalb des bisher gültigen Schwellenwertes, die zum Auslösen des temporären Zusatzentgeltes notwendige Verschlüsselung der sekundären Schlüsselnummer für eine *Temporäre Blutgerinnungsstörung* (U69.12!) bei Verwendung einer primären Schlüsselnummer aus Tabelle 3 der Anlage 7 der FPV nicht regelhaft erfolgt ist, sodass 2018 möglicherweise mehr Fälle unter die neuen Zusatzentgelte fallen, als auf Basis der Daten von 2016 und 2017 zu erwarten ist.

Bis 2017 beinhalteten die bewerteten Zusatzentgelte ZE146 *Gabe von Thrombozytenkonzentraten* und ZE147 *Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten* sowohl die *Transfusion von Thrombozytenkonzentraten* bzw. *von Apherese-Thrombozytenkonzentraten*, als auch die *Trans-*

fusion von pathogeninaktivierten Thrombozytenkonzentraten bzw. von pathogeninaktivierten Apherese-Thrombozytenkonzentraten. Ab 2018 wird die Gabe von pathogeninaktivierten Thrombozyten- bzw. Apherese-Thrombozytenkonzentraten in eigenständigen, bewerteten Zusatzentgelten (ZE164 und ZE165) abgebildet.

FPV 2017 (Anlage 2 und 5)	FPV 2018 (Anlage 2 und 5)
ZE146 <i>Gabe von Thrombozytenkonzentraten</i>	ZE146 <i>Gabe von Thrombozytenkonzentraten</i>
	ZE164 <i>Gabe von pathogeninaktivierten Thrombozytenkonzentraten</i>
ZE147 <i>Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten</i>	ZE147 <i>Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten</i>
	ZE165 <i>Gabe von pathogeninaktivierten Apherese-Thrombozytenkonzentraten</i>

Sollte in der Vergangenheit bei der bisherigen Kodierung das Merkmal „pathogeninaktiviert“ nicht regelhaft berücksichtigt worden sein, so müssen ggf. für die Leistungsplanung 2018 über die per OPS verschlüsselten Prozeduren hinausgehende Informationen herangezogen werden.

4.3. Änderung von bewerteten in unbewertete Zusatzentgelte (Stand: 03.11.2017)

In der Fallpauschalenvereinbarung für 2018 wurden die in 2017 nachfolgend gelisteten bewerteten Zusatzentgelte unbewertete Zusatzentgelte:

FPV 2017 (Anlage 2 und 5)	FPV 2018 (Anlage 4 und 6)
ZE49 <i>Gabe von Bortezomib, parenteral</i>	ZE2018-147 <i>Gabe von Bortezomib, parenteral</i>
ZE66 <i>Gabe von Adalimumab, parenteral</i>	ZE2018-148 <i>Gabe von Adalimumab, parenteral</i>
ZE68 <i>Gabe von Infliximab, parenteral</i>	ZE2018-149 <i>Gabe von Infliximab, parenteral</i>
ZE79 <i>Gabe von Busulfan, parenteral</i>	ZE2018-150 <i>Gabe von Busulfan, parenteral</i>
ZE148 <i>Gabe von Rituximab, intravenös</i>	ZE2018-151 <i>Gabe von Rituximab, intravenös</i>

4.4. Änderung von bewerteten Zusatzentgelten (Stand: 03.11.2017)

Die in Abschnitt 1.1 aufgeführte Zusammenfassung der beiden Codebereiche für offen chirurgische Gefäßinterventionen und für perkutan-transluminale Gefäßinterventionen im OPS Version 2017 zu einem gemeinsamen Codebereich betrifft ebenfalls das bewertete Zusatzentgelt ZE137 *Medikamente-freisetzende Ballons an anderen Gefäßen.*

Konkret bedeutet die Angleichung der Codebereiche, dass eine offen chirurgische Angioplastie (Ballon) (5-38f OPS Version 2016) und eine perkutan-transluminale Angioplastie (Ballon) (8-836.0) ab der OPS Version 2017 über den gemeinsamen Codebereich 8-836.0* (*Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon)*) abgebildet werden. Das bewertete

Zusatzentgelt ZE137 galt bis 2016 nur für ausgewählte Lokalisationen des perkutan-transluminale Verfahrens. Ab der G-DRG Version 2017 werden über den gemeinsamen Kodebereich auch Fälle, die bisher mit einem Kode für die offene chirurgische Angioplastie verschlüsselt wurden, für ausgewählte Lokalisationen dem Zusatzentgelt ZE137 zugeordnet.

Somit ist für die Leistungsplanung 2018 zu beachten, dass ggf. mehr Fälle unter das Zusatzentgelt ZE137 fallen, als auf Basis der Daten aus 2016 zu vermuten ist.

Ferner wurde für 2018 der OPS-Kode für die selektive Embolisation mit großvolumigen Metallspiralen [Volumencoils] (8-83b.35) neu in das bewertete Zusatzentgelt ZE105 *Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils) an Kopf, Hals (intra- und extrakraniell) und spinalen Gefäßen oder mit großlumigem Gefäßverschlusskörper* aufgenommen.

Sollte in der Vergangenheit der Kode für die zusätzlich anzugebende *Art der Metall- oder Mikrospiralen zur selektiven Embolisation: Großvolumige Metallspiralen [Volumencoils] (8-83b.35)* nicht regelhaft berücksichtigt worden sein, so müssen ggf. für die Leistungsplanung 2018 über die per OPS verschlüsselten Prozeduren hinausgehende Informationen herangezogen werden.

4.5. Änderungen von unbewerteten Zusatzentgelten

4.5.1. Gabe von Ipilimumab, parenteral (Stand: 03.11.2017)

In der FPV 2016 wurde für die parenterale Gabe von Ipilimumab erstmalig das Zusatzentgelt ZE2016-114, ab einer Einstiegsschwelle von 120 mg etabliert. Für 2017 wurden basierend auf den Analysen der Daten aus 2015 und ergänzenden Informationen aus Kalkulationshäusern für das Zusatzentgelt ZE2017-126 *Gabe von Ipilimumab, parenteral* neue Dosisklassen definiert und dabei auch eine niedrigere Einstiegsschwelle von 50 mg etabliert.

Diese Änderung des Zusatzentgeltes wird über OPS-Kodes definiert, die in den Daten des Jahres 2016 noch nicht oder nicht in der erforderlichen Differenzierung vorliegen. Für die Leistungsplanung 2018 müssen ggf. über die per OPS verschlüsselten Prozeduren hinausgehende Informationen herangezogen werden.

4.5.2. Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt (Stand: 03.11.2017)

Im OPS Version 2017 wurde der Kodebereich 5-529 *Andere Operationen am Pankreas und am Pankreasgang* weiter differenziert und Codes für die *Transduodenale Drainage einer Pankreaszyste (5-529.r)* und die *Endoskopische transduodenale Entfernung von Pankreasnekrosen (5-529.s)* eingeführt. Zusätzlich wurden diese Codebereiche nach dem Umstand einer Stentimplantation weiter differenziert. Die beiden spezifischen Endsteller 5-529.r3 [...] *Endoskopisch mit Einlegen eines selbstexpandierenden Stents* und 5-529.s2 [...] *Mit Einlegen eines selbstexpandierenden Stents* wurden für 2017 in die Definition für das unbewertete Zusatzentgelt ZE2017-54 *Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt* aufgenommen. Die Implantation einer selbstexpandierenden Prothese am Pankreas und Pankreasgang konnte bisher bereits mit einem Kode aus 5-529.g [...] *Einlegen einer selbstexpandierenden Prothese*, differenziert nach dem Zugangsweg, verschlüsselt werden. Dieser Kode war bereits 2016 in der Definition des ZE2017-54 enthalten.

In Abhängigkeit von der Kodierung von Fällen mit Verwendung eines selbstexpandierenden Stents am Pankreas in 2016, ist für die Leistungsplanung 2018 zu beachten, dass ggf. mehr Fälle unter das Zusatzentgelt ZE2018-54 fallen, als auf Basis der Daten aus 2016 zu vermuten

ist. Gegebenenfalls müssen für die Leistungsplanung 2018 über die per OPS verschlüsselten Prozeduren hinausgehende Informationen herangezogen werden.

4.6. Differenzierung von Zusatzentgelt-definierenden OPS-Kodes (Stand: 03.11.2017)

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 Kodes 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 Kodes einem eigenen unbewerteten Zusatzentgelt ZE201X-109 *Dialyse mit High-Cut-off-Dialysemembran* zugeordnet.)

Aus einer solchen (durch eine klassifikatorische Überleitung bedingten) Aufnahme neuer Kodes 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.

4.7. Bewertung des Zusatzentgeltes ZE2018-41 *Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems* (Stand: 03.11.2017)

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 2018 folgenden Hinweis zu ZE2018-41:

„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 aus-

schlaggebend. 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 krankenhaushaus-individuellen Bewertung des Zusatzentgeltes ZE2018-41 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 ZE2018-41 typischen Leistungen bereits als Bestandteil der jeweiligen DRG enthalten könnten.*