

## **Hinweise zur Leistungsplanung/Budgetverhandlung für 2005 in Zusammenhang mit den Definitionshandbüchern der G-DRG-Versionen 2003/2005 und 2004/2005 bzw. den darauf beruhenden Groupern**

Die **G-DRG-Version 2003/2005** dient der Verarbeitung von Daten aus 2003 (beruhend auf den Katalogen ICD-10-SGB V Version 2.0 und OPS-301 Version 2.1) mit dem im Jahr 2005 zur Abrechnung verwendeten Grouperalgorithmus. Dies ist insbesondere für die Leistungsplanung bzw. Budgetverhandlungen von Bedeutung. Allerdings ist die unkritische Übernahme der Groupingergebnisse der G-DRG-Version 2003/2005 für die Daten aus 2003 nicht in jedem Fall zielführend. Verantwortlich dafür können Änderungen der Deutschen Kordierichtlinien (DKR), der ICD/OPS-Kataloge oder der Abrechnungsbestimmungen sein.

Entsprechend dient die **G-DRG-Version 2004/2005** der Verarbeitung von Daten aus 2004 (beruhend auf den Katalogen ICD-10-GM Version 2004 und OPS-301 Version 2004) mit dem im Jahr 2005 zur Abrechnung verwendeten Grouperalgorithmus. Auch die Groupingergebnisse der G-DRG-Version 2004/2005 für die Daten aus 2004 sollten aus den o.g. Gründen kritisch gewürdigt werden.

**Soweit sich während der Erstellung der Version 2005 weitere Hinweise ergeben, werden diese fortlaufend ergänzt.**

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 Handlungsbedarf ergeben.)

### **0 – Entwicklung des Casemix-Index Stand: 05.10.2004**

Die so genannte Bezugsgröße (normierte mittlere Fallkosten der Inlier gemäß Kalkulation für 2005) veränderte sich aus methodischen Gründen. Sie lag im Jahr 2004 bei 2.830,92 €, im Jahr 2005 bei 2.974,89 €. Die Veränderung beträgt damit plus 143,97 € absolut bzw. plus 5,086% relativ.

Dies führt im Ergebnis dazu, dass ohne Berücksichtigung von Klassifikationsänderungen bei einem Vergleich der G-DRG-Version 2003/2004 und der G-DRG-Version 2003/2005 der Casemix eines Hauses um etwa 5% sinkt.

#### Beispiel:

Ein Haus, welches im G-DRG-System 2004 einen effektiven Casemix von 10.000 hat, wird ohne weitere Berücksichtigung von Klassifikationsveränderungen in Folge allein dieser Veränderungen im G-DRG-System 2005 einen effektiven Casemix von 9.516 erzielen.

### **1 – Chemotherapie Stand: 29.09.2004**

Hier sind mehrere Änderungen zu beachten:

### **a) Seit 2004 unzulässige Hauptdiagnose Z51.-**

Gemäß den DKR 2003 ist bei Fällen, die als Tagesfälle zur Chemotherapie bei Neubildungen aufgenommen werden, ein Kode aus Z51.- als Hauptdiagnose zu verschlüsseln. Dies führte in der G-DRG-Version 1.0 zur Zuordnung der DRG R63Z. Gemäß den DKR 2004 und 2005 ist auch beim Tagesfall das Malignom als Hauptdiagnose zu verschlüsseln. Die DRG R63Z wurde bereits in der G-DRG-Version 2004 gestrichen, die geschilderten Fälle werden in 2005 (wie bereits in 2004) den entsprechenden Tumor-DRGs der medizinischen Partition der jeweiligen MDC (organbezogen) zugeordnet.

#### Beispiel:

Ein Patient mit Bronchialkarzinom des linken Hauptbronchus wird als Tagesfall vollstationär zur Chemotherapie aufgenommen. Nach DKR 2003 würde als Hauptdiagnose Z51.1 *Chemotherapiesitzung wegen bösartiger Neubildung* verschlüsselt, C34.0 *Bösartige Neubildung [...] Hauptbronchus* wäre als Nebendiagnose erfasst. Es resultierte nach G-DRG Version 1.0 die DRG R63Z *Stationäre Aufnahme zur Chemotherapie*.

Bei dieser Kodierung würde der Fall nach G-DRG-Version 2003/2005 in die Fehler-DRG 961Z *Unzulässige Hauptdiagnose* eingruppiert. Bei Kodierung gemäß DKR 2004 und 2005 wäre C34.0 die Hauptdiagnose, dann würde (in Verbindung mit der Verweildauer) die DRG E71B *Neubildung der Atmungsorgane, ein Belegungstag [...]* zugewiesen.

Analog ist die Situation für die Fälle, die bislang mit der Hauptdiagnose Z51.2 *Andere Chemotherapie* (siehe DKR 0101a [2003] *Chemotherapie bei HIV [...]*) verschlüsselt wurden.

### **b) Wahl der Hauptdiagnose bei systemischer Chemotherapie**

Die DKR 2005 regeln, dass auch bei Vorliegen von Metastasen bei Aufnahme des Patienten zur systemischen Chemotherapie der Primärtumor (sofern bekannt) als Hauptdiagnose anzugeben ist. Dies war in 2003 noch nicht explizit geregelt. Sofern für systemische Chemotherapien in 2003 als Hauptdiagnose die Metastasen verschlüsselt wurden, ist zu beachten, dass aufgrund der Klarstellung der DKR für vergleichbare Fälle in 2005 ggf. ein anderes Gruppierungsergebnis resultiert.

### **c) Zusatzentgelte Chemotherapeutika**

Es ist zu beachten, dass für die Vergütung bestimmter Chemotherapeutika ab 2005 Zusatzentgelte geschaffen wurden, die anhand von ab dem 01.01.2005 gültigen OPS-Kodes definiert sind (z.B. ZE 15 *Gabe von Docetaxel, parenteral*). Für Fälle aus 2003 mit Chemotherapie ist es daher möglich, dass für einen vergleichbaren Fall in 2005 eines dieser Zusatzentgelte abrechenbar wäre, ohne dass dies an den OPS-Kodes des Falles aus 2003 erkennbar ist.

## **2 – Strahlentherapie**

**Stand: 29.09.2004**

Tagesfälle, die zur Strahlentherapie bei Neubildungen aufgenommen werden, erhalten den DKR 2003 zufolge den Kode Z51.0 als Hauptdiagnose. Dies führt in G-DRG-Version 1.0 zur Zuordnung der DRG R64Z.

Diese DRG ist in der G-DRG-Version 2003/2005 nicht mehr aufgeführt. Gemäß den DKR 2004 und 2005 ist auch beim Tagesfall das Malignom als Hauptdiagnose zu kodieren. Die Fälle der DRG R64Z (G-DRG-Version 1.0) werden nun (je nach MDC und kodierten Prozeduren) in die entsprechenden Strahlentherapie-DRGs der operativen oder in DRGs der medizinischen Partition der jeweiligen MDC eingruppiert.

Entsprechend ist die Situation für die Fälle, die zur kombinierten Strahlen- und Chemotherapie als Tagesfälle aufgenommen werden.

### **3 – Maschinelle Beatmung**

**Stand: 29.09.2004**

In der G-DRG-Version 1.0 führte sowohl die Angabe der Beatmungsdauer in Stunden als auch die Verschlüsselung der korrespondierenden OPS-Kodes aus 8-718.- in die entsprechenden Beatmungs-DRGs.

Aufgrund der weiteren Differenzierung der Beatmungs-DRGs wurde die Systemlogik bereits für die G-DRG-Version 2004 dahingehend verändert, dass die Zuordnung zu einer Beatmungs-DRG nunmehr ausschließlich in Abhängigkeit von der angegebenen Gesamtstundenzahl der maschinellen Beatmung erfolgt.

Zu beachten ist diese Änderung, wenn in 2003 Beatmungsfälle (entgegen den DKR) zwar mit OPS-Kode, aber ohne Beatmungsstundenzahl erfasst worden sind.

### **4 – In 2004 oder 2005 erstmals ungültige Hauptdiagnosen**

**Stand: 29.09.2004**

Eine Vielzahl von Diagnosekodes, die in der G-DRG-Version 1.0 noch zulässige Hauptdiagnosen waren und ggf. in 2003 als Hauptdiagnosen kodiert worden sind, führt nach G-DRG-Version 2003/2005 in die Fehler-DRG 961Z *Unzulässige Hauptdiagnose*.

Dies sind einerseits alle Sekundärkodes, andererseits aber auch (nach ICD formal zulässige) Codes wie R99 *Sonstige ungenau oder n.n.bez. Todesursachen*.

### **5 – Organspende und Transplantation**

**Stand: 29.09.2004**

Hier sind mehrere Änderungen zu beachten:

#### **a) Eigenspende von Knochenmark**

Gemäß DKR 2003 ist der Code Z51.81 *Apherese* bei der Eigenspende von Knochenmark oder Stammzellen nur dann als Hauptdiagnose zu wählen, wenn es sich um einen Tagesfall handelt.

Im Gegensatz dazu sind nach der G-DRG-Version 2003/2005 alle Fälle, die zur Eigenspende von Knochenmark aufgenommen werden, der DRG Z41Z zuzuordnen, unabhängig von der Dauer des Aufenthaltes.

Fälle mit Aufnahme zur Fremdspende von Knochenmark oder Stammzellen oder Fälle mit Aufnahme zur Eigenspende von Stammzellen können bei DKR-konformer Kodierung ohne Probleme mit dem Algorithmus der G-DRG-Version 2003/2005 verarbeitet werden.

#### **b) Abstoßungsreaktion nach Hornhauttransplantation**

Es ist zu beachten, dass Fälle mit Abstoßungsreaktion nach Hornhauttransplantation (die in 2003 nur mit dem ICD-Kode T86.88 *Versagen und Abstoßung, sonst. transplant. Organe und Gewebe* kodiert werden konnten) in 2005 nicht in die DRG A60 *Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates* eingruppiert werden, sondern in der MDC02 abgebildet werden.

#### **c) Vorbereitung zur Lebendspende**

Die DKR regeln seit 2004 in der Kodierrichtlinie P015, dass Fälle, die zu Voruntersuchungen vor einer möglichen Lebendspende stationär aufgenommen werden, mit der Hauptdiagnose Z00.5 *Untersuchung eines potentiellen Organ- oder Gewebespenders* zu verschlüsseln sind. Es ist zu beachten, dass diese Fälle in 2003 ggf. anders kodiert worden sind.

#### **d) Dialyse nach Nierentransplantation**

Alle Fälle aus 2003 mit Nierentransplantation werden nach G-DRG-Version 2003/2005 in die DRG A17B *Nierentransplantation ohne postoperatives Versagen des Nierentransplantats* eingruppiert, da die zur Eingruppierung in A17A erforderlichen OPS-Kodes aus 8-85a *Dialyseverfahren wegen Versagen eines Nierentransplantats* neu in den OPS 2005 aufgenommen wurden. Somit ist zu beachten, dass ein Teil der Fälle aus A17B in 2005 in die DRG A17A eingruppiert würde.

#### **e) Evaluierungsaufenthalt vor Transplantation**

Die zur Zuordnung zu den DRGs A62, A63, A64 und A66 erforderlichen Codes wurden neu in den OPS 2005 aufgenommen (1-920 *Medizinische Evaluation und Entscheidung über die Indikation zur Transplantation*). Somit ist eine Gruppierung von Fällen des Jahres 2003 zu diesen DRGs nicht möglich. Fälle, die in 2005 in diese DRGs eingruppiert würden, verteilen sich nach G-DRG-Version 2003/2005 innerhalb der jeweiligen organbezogenen MDCs.

### **6 – Wachkoma und Locked-in-Syndrom**

**Stand: 29.09.2004**

Die DRG A43Z *Frührehabilitation bei Wachkoma und Locked-in-Syndrom* ist erst ab der G-DRG Version 2004/2005 mittels neuer ICD-Kodes trennscharf definiert. Die in der Version 2003/2005 ausgewiesenen Diagnosekodes G83.3, G93.8 und P91.8 erlauben allenfalls das leichtere Auffinden in Frage kommender Fälle für diese DRG.

### **7 – Anlage eines Dialyseshunt**

**Stand: 29.09.2004**

Die DKR regeln ab der Version 2004 in der Kodierrichtlinie 0912, dass Fälle, die speziell zur Anlage eines Dialyseshunts aufgenommen werden, mit der Hauptdiagnose Z49.0 *Vorbereitung auf die Dialyse* sowie der entsprechenden OP-Prozedur zu verschlüsseln sind. Aus dieser Kodierung resultiert die DRG Z01A/B. Es sollte beachtet werden, dass in 2003 behandelte Patienten ggf. aufgrund anderer Hauptdiagnose anderen DRGs zugeordnet worden sind.

### **8 – Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung**

**Stand: 18.10.2004**

Gemäß der G-DRG-Version 2003/2005 werden Fälle mit den Prozeduren 8-551 *Frührehabilitation* und 8-550 *Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung* ggf. den

entsprechenden Frührehabilitations- bzw. Geriatrie-DRGs zugeordnet (in MDC01 z.B. den DRGs B42Z resp. B44Z).

Ab der G-DRG-Version 2004/2005 werden nur noch die Fälle mit den Prozedurenkodes 8-551.1 und .2 bzw. 8-550.1 und .2 in dieser Weise abgebildet, somit also nur Fälle mit einer Behandlungsdauer von mindestens 14 Tagen den Frührehabilitations- bzw. Geriatrie-DRGs zugewiesen. Fälle mit einer Behandlungsdauer von 7 bis 13 Tagen (OPS-Kodes 8-551.0 und 8-550.0) werden nach G-DRG Version 2004/2005 nicht in die Frührehabilitations- bzw. Geriatrie-DRGs eingruppiert.

Weiterhin ist zu beachten, dass die DRGs für neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (B02A, B02C, B11Z, B42Z, B43Z) nach G-DRG-Version 2005 nur mit einem Frührehabilitations-Barthel-Index von 30 oder weniger Punkten (siehe Definition des Kodes 8-552 im OPS 2005) erreicht werden. Nach G-DRG-Version 2003/2005 werden noch alle entsprechenden Fälle aus 2003 mit dem Code 8-551 des OPS 2.1 in diese DRGs eingruppiert. Es ist zu beachten, dass ggf. ein Teil dieser Fälle in 2005 nicht mehr in eine Frührehabilitations-DRG eingruppiert werden wird. Für die Einordnung in die DRGs B42Z und B43Z sind künftig die Kriterien des Kodes 8-552 (OPS Version 2005) zugrunde zu legen.

## **9 - Epilepsie**

**Stand: 05.10.2004**

In der G-DRG-Version 2005 führen die beiden im OPS 2005 amtlichen Codes 1-213 *Syndromdiagnose bei komplizierten Epilepsien* und 8-972 *Komplexbehandlung bei schwerbehandelbarer Epilepsie* in die DRG B76A. Im Jahr 2003 waren diese Codes Teil des optionalen Erweiterungskataloges des OPS-301 Version 2.1 und werden daher nicht bei der Gruppierung nach G-DRG-Version 2003/2005 berücksichtigt.

## **10 – Operationen an der Wirbelsäule**

**Stand 29.09.2004**

Ab der G-DRG-Version 2004/2005 führen die Codes 5-836.33 *Spondylodese, dorsal, mehr als 5 Segmente* und 5-836.43 *Spondylodese, dorsal und ventral kombiniert, interkorporal, mehr als 5 Segmente* des OPS-301 Version 2004 in die DRG I06Z. In 2003 wurden diese Eingriffe mit 5-836.2 *Spondylodese, multisegmental* (OPS-301 Version 2.1) kodiert und werden in der G-DRG-Version 2003/2005 je nach zusätzlichen Eingriffen und Begleiterkrankungen in die DRGs I06Z oder I19Z eingruppiert.

Die *Implantation von Material in einen Wirbelkörper mit vorheriger Wirbelkörperaufrichtung* (Kodes aus 5-839.a- des OPS-301 Version 2004) war in 2003 nur mit dem unspezifischen Code 5-839.x *Andere Operationen an der Wirbelsäule: Sonstige* kodierbar. Dieser Code führt nach G-DRG-Version 2003/2005 in die DRGs I10, I53 und I56 (*Andere Eingriffe an der Wirbelsäule [...]*). In der G-DRG-Version 2004/2005 sind die Codes 5-839.a2 und 5-839.a3 *Implantation von Material in einen Wirbelkörper mit vorheriger Wirbelkörperaufrichtung, 3 Segmente* bzw. [...], *mehr als 3 Segmente* der DRG I06Z, die Codes 5-839.a0 und a1 [...], *1 Segment* bzw. [...], *2 Segmente* je nach zusätzlichen Eingriffen und Begleiterkrankungen den DRGs I06Z, I09Z, I19Z oder I49Z zugeordnet.

## **11 - Zusatzentgelte**

**Stand: 31.01.2005**

Hier sind mehrere Änderungen zu beachten:

### a) Neue Zusatzentgelte

In der Fallpauschalenvereinbarung 2005 (FPV 2005) wird eine Vielzahl von Leistungen aufgeführt, die im Jahr 2005 über Zusatzentgelte vergütet werden.

Die genannten Leistungen wurden im Jahr 2003 z.T. noch über DRG-Fallpauschalen vergütet (z.B. ZE2005-22 *IABP*). Ein Teil dieser Leistungen ist über OPS-Kodes definiert, die in den Daten des Jahres 2003 noch nicht vorliegen (z.B. ZE2005-26 *Anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung* definiert über 8-975.3 *Anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung*, einem neuen Kode des OPS 2005).

### b) Gabe von Thrombozyten

In Bezug auf die Einzelmengen-Definition Thrombozyten sind die „Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie)“ in der Neuformulierung von 2003 der Bundesärztekammer zu beachten (<http://www.bundesaerztekammer.de/30/Richtlinien/Richtidx/Blutprodukte/Haemo.pdf>).

Auszug zur Definition von Thrombozyten-Einheiten:

#### **Einzelspender-Thrombozytenkonzentrat**

<b>Prüfparameter</b>	<b>Prüfkriterium</b>
Volumen	> 40 ml nach Festlegung
Thrombozytenzahl	> 60 x 10 <sup>9</sup> /Einheit

„Zum Erreichen einer therapeutischen Standarddosis für Erwachsene werden [...] in der Regel 4-6 ABO-blutgruppengleiche Buffy coats oder fertige Einzelspender-Thrombozytenkonzentrate zu Pool-Thrombozytenkonzentrat zusammengeführt. [...]“

#### **Pool-Thrombozytenkonzentrat**

<b>Prüfparameter</b>	<b>Prüfkriterium</b>
Volumen	> 40 ml in Abhängigkeit von der Anzahl der gepoolten Einheiten
Thrombozytenzahl	> 60 x 10 <sup>9</sup> in Abhängigkeit von der Anzahl der gepoolten Einheiten

#### **Apherese-Thrombozytenkonzentrat**

<b>Prüfparameter</b>	<b>Prüfkriterium</b>
Volumen	> 200 ml
Thrombozytengehalt	> 200 x 10 <sup>9</sup> /Einheit

Demnach ist für die Abrechnung von Pool-Thrombozytenkonzentraten mittels ZE33 *Gabe von Thrombozytenkonzentraten* die äquivalente Menge von (Einzelspender-)Thrombozytenkonzentraten heranzuziehen.

Aufgrund wiederholter Nachfragen ergibt sich Klarstellungsbedarf dahingehend, dass Pool-Thrombozytenkonzentrate in Bezug auf die Abrechnung des ZE33 *Gabe von Thrombozytenkonzentraten* wie (Einzelspender-)Thrombozytenkonzentrate zu betrachten sind. Hierbei sind die tatsächlich verabreichten Mengen relevant. Die Anzahl der Spender, die "zu einem Beutel beigetragen haben", ist unerheblich.

### c) Gabe von Baby-Erythrozytenkonzentraten

In Bezug auf das ausgewiesene Zusatzentgelt ZE32 *Gabe von Erythrozytenkonzentraten* ist bei der Gabe von Baby-Erythrozytenkonzentraten im ersten Lebensjahr aufgrund der damit verbundenen Kosten bzw. Vergütung jedes einzelne verabreichte Baby-

Erythrozytenkonzentrat zu zählen. Zur Vermeidung einer davon abweichenden Dokumentation im Rahmen der Meldung nach § 21 Transfusionsgesetz (TFG) prüft das Paul-Ehrlich-Institut derzeit, ob die Meldung nach § 21 TFG für das Jahr 2005 entsprechend angepasst werden kann.

In Bezug auf ZE33 *Gabe von Thrombozytenkonzentraten*, ZE34 *Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten*, ZE35 *Gabe von patientenbezogenen Thrombozytenkonzentraten* sowie ZE2005-34 *Gabe von Granulozytenkonzentraten* ist analog vorzugehen.

## **12 – Geänderte Wiederaufnahmeregelung**

**Stand: 29.09.2004**

Die geänderten Regelungen zur Wiederaufnahme können in 2005 eine Zusammenfassung von Falldaten erforderlich machen, die von der in 2003 geltenden Regelung abweicht. Dies ist bei der Fallzählung zu beachten.

## **13 – Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie**

**Stand: 29.10.2004**

Der ICD-10-GM Kode G82.- *Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie* wurde für die Version 2005 weiter differenziert. Mit der fünften Stelle „0“ und „1“ kann zukünftig eine **akute** komplette bzw. inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese und mit der fünften Stelle „2“ und „3“ eine **chronische** komplette bzw. inkomplette Querschnittlähmung verschlüsselt werden. In der G-DRG-Version 2004 sind alle Codes aus G82.0- bis G82.5- der Basis-DRG B60 *Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie* zugeordnet. Ab 2005 sind die Codes für die akute komplette bzw. inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese der Definitionslogik der DRG B61Z *Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks* zugeordnet. Es ist zu beachten, dass ab 2005 Fälle, die bisher in die Basis-DRG B60 eingruppiert wurden, zukünftig in die DRG B61Z führen können. Gleiches gilt für den Kode P11.5 *Geburtsverletzung der Wirbelsäule und des Rückenmarkes*, der ebenfalls in akut und chronisch differenziert wurde.

## **14 – Hinweise zur Berücksichtigung der Zusatzentgelte in der Leistungsplanung/Budgetverhandlung für 2005**

**Stand: 12.11.2004**

Das vorliegende Dokument soll die Berücksichtigung von Zusatzentgelten bei der Leistungsplanung bzw. Budgetverhandlung für das Jahr 2005 anhand von Daten aus den Jahren 2003 bzw. 2004 erleichtern. Bei vielen Zusatzentgelten ist eine eindeutige Identifikation der betroffenen Fälle in den Daten der Jahre 2003 bzw. 2004 nicht möglich, da die jeweiligen OPS-Kodes entweder erst mit dem Zusatzentgelt für das Jahr 2005 eingeführt wurden oder die betroffenen OPS-Kodes aus 2003 bzw. 2004 noch nicht in der Differenziertheit des OPS Version 2005 vorlagen. Für diese Fälle bietet das vorliegende Dokument eine Hilfestellung zur Identifikation. Auf inhaltliche Differenzen in der Definition der für 2003 und 2004 angegebenen OPS-Kodes im Vergleich zu den in 2005 gültigen Codes wird mit einem Kommentar hingewiesen. Diesen bitten wir dringend zu beachten. Die Angabe „nicht definiert“ bedeutet, dass keine adäquate Überleitung zur Verfügung steht.

## **15 – Im OPS 2005 erstmals abgebildete neue Verfahren**

**Stand: 21.12.2004**

**a) Implantation und Wechsel einer implantierbaren Medikamentenpumpe an Blutgefäßen**

Mit Aufnahme des Kodes 5-399.b *Andere Operationen an Blutgefäßen, Implantation und Wechsel einer implantierbaren Medikamentenpumpe (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)* in den OPS Version 2005 ist dieses Verfahren erstmals kodierbar. Eine Überleitungsempfehlung des DIMDI für dieses neue Verfahren auf einen im OPS bisher bereits vorhandenen Code liegt nicht vor. Dementsprechend konnte dieser Code in der G-DRG-Version 2005 keiner DRG zugewiesen werden. Fälle, bei denen diese Prozedur durchgeführt wurde, werden (sofern keine weiteren Prozeduren vorhanden sind) damit in eine DRG der medizinischen Partition gruppiert.

**b) Destruktion am Knochen durch Thermoablation mittels Laser, perkutan**

Mit Aufnahme des Kodes 5-789.5 *Andere Operationen am Knochen, Destruktion, durch Thermoablation mittels Laser, perkutan* in den OPS Version 2005 ist dieses Verfahren erstmals kodierbar. Eine Überleitungsempfehlung des DIMDI für dieses neue Verfahren auf einen im OPS bisher bereits vorhandenen Code liegt nicht vor. Dementsprechend konnte dieser Code in der G-DRG-Version 2005 keiner DRG zugewiesen werden. Fälle, bei denen diese Prozedur durchgeführt wurde, werden (sofern keine weiteren Prozeduren vorhanden sind) damit in eine DRG der medizinischen Partition gruppiert.

**c) Destruktion am Knochen durch Radiofrequenzthermoablation, perkutan**

Mit Aufnahme des Kodes 5-789.6 *Andere Operationen am Knochen, Destruktion, durch Radiofrequenzthermoablation, perkutan* in den OPS Version 2005 ist dieses Verfahren erstmals kodierbar. Eine Überleitungsempfehlung des DIMDI für dieses neue Verfahren auf einen im OPS bisher bereits vorhandenen Code liegt nicht vor. Dementsprechend konnte dieser Code in der G-DRG-Version 2005 keiner DRG zugewiesen werden. Fälle, bei denen diese Prozedur durchgeführt wurde, werden (sofern keine weiteren Prozeduren vorhanden sind) damit in eine DRG der medizinischen Partition gruppiert.

**16 – Überleitung der Prozedurenkodes der Zusatzentgelte nach § 6.1 KHEntgG aus 2004**

**Stand: 11.02.2005**

Das vorliegende Dokument soll die Abrechnung von für den Vereinbarungszeitraum 2004 vereinbarten Zusatzentgelten in 2005 bis zum Abschluss einer neuen Budgetvereinbarung unter Angabe des OPS-Schlüssels der OPS-Version 2005 unterstützen.

Das Dokument baut auf Anlage 4 der Fallpauschalenverordnung 2004 (KFPV 2004) auf. In Spalte 5 werden die entsprechenden OPS-Kodes der OPS-Version 2005 aufgeführt. Spalte 6 verweist eventuell auf ein zwischenzeitlich in der Fallpauschalenvereinbarung 2005 (FPV 2005) bewertetes Zusatzentgelt in Anlage 2 bzw. 5.

(Das Dokument erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und wird bei Bedarf ergänzt. Bitte beachten Sie den Aktualisierungsstand des Dokuments.)