

## **Hinweise zur Leistungsplanung/Budgetverhandlung für 2006 in Zusammenhang mit den Definitionshandbüchern der G-DRG-Versionen 2004/2006 und 2005/2006 bzw. den darauf beruhenden Groupern**

Die G-DRG-Version 2004/2006 dient der Verarbeitung von Daten aus 2004 (beruhend auf den Katalogen ICD-10-GM Version 2004 und OPS-301 Version 2004) mit dem im Jahr 2006 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 2004/2006 für die Daten aus 2004 nicht in jedem Fall zielführend.

Verantwortlich dafür können Änderungen der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR), der ICD-/OPS-Kataloge oder der Abrechnungsbestimmungen sein.

Entsprechend dient die G-DRG-Version 2005/2006 der Verarbeitung von Daten aus 2005 (beruhend auf den Katalogen ICD-10-GM Version 2005 und OPS Version 2005) mit dem im Jahr 2006 zur Abrechnung verwendeten Grouperalgorithmus. Auch die Groupingergebnisse der G-DRG-Version 2005/2006 für die Daten aus 2005 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 Handlungsbedarf ergeben.)

### **1 – Änderungen der Prozedurenklassifikation (OPS)**

#### **1.1 – Neue oder geänderte Codes im OPS Version 2005**

##### **1.1.1 Intensivmedizin**

**Stand: 22.11.2005**

Eine Zuordnung zu den DRGs F97Z, G36Z und W36Z der G-DRG-Version 2006 ist nur möglich, wenn ein OPS-Code aus 8-980.- *Intensivmedizinische Komplexbehandlung* beim Fall angegeben ist. Da diese Codes erst 2005 in den OPS aufgenommen wurden, bleiben die genannten DRGs unbelegt, wenn Fälle aus dem Jahr 2004 mit einem Grouper der G-DRG-Version 2004/2006 verarbeitet werden.

Ähnliches gilt für Fälle der Beatmungs-DRGs A06A, A06B, A07A, A07C, A11A, A13A. Im Unterschied zu den drei zuerst genannten DRGs ist ein OPS-Code aus 8-980.- hier kein obligates, sondern ein alternatives Zuordnungskriterium. Das bedeutet, dass diese sechs DRGs bei Gruppierung von Fällen aus dem Jahr 2004 mit einem Grouper der G-DRG-Version 2004/2006 zwar angesteuert werden können, aber möglicherweise weniger Fälle enthalten, als diesen DRGs bei Vorliegen der Codes aus 8-980.- zugeordnet würden.

Die nachfolgende Übersicht zeigt, in welchen DRGs ein Fall, der nach der G-DRG-Version 2005/2006 einer Fallpauschale *Intensivmedizinische Komplexbehandlung* zugeordnet würde, nach der G-DRG-Version 2004/2006 eingruppiert ist.

## G-DRG-Version 2005/2006

A06A  
A06B  
A07A  
A07C  
A11A  
A13A  
F97Z  
G36Z  
W36Z

## G-DRG-Version 2004/2006

A06A, A06B  
A06B, A06C  
A07A, A07B, A07C  
A07C, A07D  
A11A, A11B, A11C  
A13A, A13B, A13C  
DRGs der operativen Partition der MDC05  
DRGs aller Partitionen der MDC06  
DRGs aller Partitionen der MDC21A

### **1.1.2 Evaluation vor Transplantation**

#### **Stand: 22.11.2005**

Die zur Zuordnung zu den DRGs A62, A63, A64 und A66 erforderlichen Codes wurden erst im Jahr 2005 in den OPS aufgenommen (1-920 *Medizinische Evaluation und Entscheidung über die Indikation zur Transplantation*). Bei der Gruppierung von Fällen aus dem Jahr 2004 mit einem Grouper der G-DRG-Version 2004/2006 verteilen sich diese innerhalb der jeweiligen organbezogenen MDCs und werden nicht den oben genannten DRGs zugeordnet.

### **1.1.3 Dialyse bei Versagen eines Nierentransplantats**

#### **Stand: 22.11.2005**

Bei der Gruppierung von Fällen mit der Prozedur *Nierentransplantation* aus dem Jahr 2004 mit einem Grouper der G-DRG-Version 2004/2006 werden diese 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* erst 2005 in den OPS aufgenommen wurden. Somit ist zu beachten, dass ein Teil der Fälle aus A17B in 2006 in die DRG A17A eingruppiert würde.

### **1.1.4 Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung**

#### **Stand: 22.11.2005**

Die Definition der Codes aus 8-550.- *Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung* wurde im OPS Version 2005 gegenüber OPS Version 2004 erheblich präzisiert. Dies kann zur Folge haben, dass Fälle des Jahres 2004, die mit einem Grouper der G-DRG-Version 2004/2006 eingruppiert werden, einer Geriatrie-DRG (z.B. B44A/B) zugeordnet werden, die vergleichbare Fälle mit einem Grouper der G-DRG-Version 2005/2006 oder 2006 ggf. nicht mehr erreichen können.

### **1.1.5 Frührehabilitation: Frührehabilitations-Barthel-Index**

#### **Stand: 22.11.2005**

Die DRGs für neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation in der MDC01 (DRGs B11Z, B42Z, B43Z) werden nach der G-DRG-Version 2006 nur mit einem Frührehabilitations-Barthel-Index von 30 oder weniger Punkten (siehe Definition des Codes 8-552.- im OPS Version 2005) erreicht. In der OPS Version 2004 waren die entsprechenden Codes (8-551.1 und .2) noch nicht derart definiert. Es ist daher zu beachten, dass ein Teil der Fälle des Jahres 2004, die mit einem Grouper der G-DRG-Version 2004/2006 diesen DRGs zugeordnet

werden, nach Gruppierung mit der G-DRG-Version 2005/2006 ggf. nicht mehr in eine Frührehabilitations-DRG eingruppiert werden.

### **1.1.6 Syndromdiagnose und Komplexbehandlung bei Epilepsie**

**Stand: 22.11.2005**

In der G-DRG-Version 2006 führen die beiden im OPS 2005 erstmals amtlichen Codes 1-213 *Syndromdiagnose bei komplizierten Epilepsien* und 8-972 *Komplexbehandlung bei schwerbehandelbarer Epilepsie* in die DRG B76A. Im Jahr 2004 waren diese Codes Teil des optionalen Erweiterungskataloges des OPS und werden daher nicht bei der Gruppierung mit einem Grouper der G-DRG-Version 2004/2006 berücksichtigt.

Gegebenenfalls werden der DRG B76A bei der Gruppierung mit einem Grouper der G-DRG-Version 2005/2006 oder 2006 daher - ohne Veränderung des Leistungsspektrums - mehr Fälle zugeordnet, als eine Analyse auf der Basis von Daten aus dem Jahr 2004 vermuten lässt.

### **1.1.7 Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls**

**Stand: 22.11.2005**

Die DRGs B69A, B69B, B69D, B70A, B70B, B70D und B70F der G-DRG-Version 2006 werden über die im Jahr 2005 neu in den OPS aufgenommenen OPS-Kodes aus 8-981.- *Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls* angesteuert. Diese Codes liegen demnach in Daten aus dem Jahr 2004 noch nicht vor.

Es ist zu beachten, dass Fälle, die mit einem Grouper der G-DRG-Version 2004/2006 den Basis-DRGs B69 und B70 zugeordnet werden, mit der G-DRG-Version 2005/2006 aufgrund eines Codes aus 8-981.- ggf. innerhalb dieser Basis-DRGs anders (in die genannten sieben DRGs) eingruppiert werden. Aufgrund der Abfrageposition der DRG B70A am Ende der operativen Partition kann dies auch für einzelne Fälle der DRGs 901/902 zutreffen.

### **1.1.8 Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung**

**Stand: 22.11.2005**

Die DRG I97Z ist u.a. über die Codes aus 8-983 *Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung* (ab OPS Version 2005) definiert. Diese Codes waren in 2004 noch nicht im OPS enthalten.

Daher wird diese DRG nicht mit Fällen belegt, wenn Daten aus 2004 nach der G-DRG-Version 2004/2006 verarbeitet werden. Gegebenenfalls stellt sich dies unter der G-DRG-Version 2005/2006 oder 2006 anders dar.

### **1.1.9 Überleitung einzelner Codes der DRG E05 *Andere große Eingriffe am Thorax***

**Stand: 01.02.2006**

Aufgrund eines Fehlers bei der Überleitung der Version G-DRG 2004/2006 auf die Versionen G-DRG 2005/2006 und G-DRG 2006 wurden die Prozedurenkodes

5-324.a5 *Einfache Lobektomie und Bilobektomie der Lunge: Lobektomie ohne radikale Lymphadenektomie, offen chirurgisch: Mit Bifurkationsresektion,*

5-324.b2 *Einfache Lobektomie und Bilobektomie der Lunge: Lobektomie mit radikaler Lymphadenektomie, offen chirurgisch: Mit bronchoplastischer Erweiterung*

und

5-324.b3 *Einfache Lobektomie und Bilobektomie der Lunge: Lobektomie mit radikaler Lymphadenektomie, offen chirurgisch: Mit angioplastischer Erweiterung* des OPS (Versionen 2005 und 2006) nicht der Basis-DRG E05 *Andere große Eingriffe am Thorax* zugeordnet. Dies hat zur Folge, dass Fälle mit diesen Prozedurenkodes und einem OPS-Seitenkennzeichen L oder R u. U. nicht in die Basis-DRG E05 (und hier überwiegend in die E05A) eingruppiert, sondern der DRG 901B zugeordnet werden. Fälle mit diesen Codes und dem OPS-Seitenkennzeichen B sind davon nicht betroffen. Somit ist zu berücksichtigen, dass bestimmte Fälle, die bei Gruppierung mit der G-DRG-Version 2004/2006 der Basis-DRG E05 zugeordnet werden, bei Anwendung der G-DRG-Versionen 2005/2006 oder 2006 in die DRG 901B eingruppiert werden.

## **1.2 – Neue Kodes im OPS Version 2006**

### **1.2.1 Frührehabilitation: DRG I96Z**

**Stand: 22.11.2005**

In der G-DRG-Version 2004/2006 wurde die DRG I96Z *Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mehr als 20 Tage* neu etabliert. Diese ist definiert anhand des Codes 8-551.2 *Frührehabilitation: Langzeitbehandlung [Hinweis: die Behandlung erfolgt über mindestens 21 Behandlungstage]* des OPS-301 Version 2004. Für den OPS Version 2005 wurden die Codes aus 8-551 *Frührehabilitation*, in 8-552 *Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation* und 8-559 *Andere Frührehabilitation*, ausdifferenziert.

Für die G-DRG-Version 2005/2006 ist zu beachten, dass die DRG I96Z u.a. über den Code 8-552.1 *Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 14 bis höchstens 27 Behandlungstage* des OPS Version 2005 mit der zusätzlichen Bedingung *Verweildauer >19 Tage* definiert ist, da im OPS Version 2005 keine Zeitklasse *mindestens 21 Behandlungstage* des Codes 8-552 existiert.

In den OPS Version 2006 wurde der Code 8-552.6 *Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 21 bis höchstens 27 Behandlungstage* neu aufgenommen. Dies ermöglicht, die DRG I96Z *Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mehr als 20 Tage* in der G-DRG-Version 2006 wieder ohne die zusätzliche Bedingung *Verweildauer >19 Tage* zu definieren.

Daher ist zu berücksichtigen, dass bei der Gruppierung von Fällen des Jahres 2005 gemäß der G-DRG-Version 2005/2006 in die DRG I96Z unter Umständen Fälle eingruppiert werden, die nach den Bedingungen der G-DRG-Version 2004/2006 oder der G-DRG-Version 2006 nicht in diese DRG eingruppiert würden. Betroffen sind Fälle, die eine Verweildauer von 20 oder mehr Tagen aufweisen, und mindestens 14, aber weniger als 21 Tage gemäß der Definition des Codes 8-552 *Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation* im OPS Version 2005 behandelt worden sind.

### **1.2.2 Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker [Qualifizierter Entzug]**

**Stand: 22.11.2005**

In den OPS Version 2006 wurden die Codes aus 8-985 *Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker [Qualifizierter Entzug]* neu aufgenommen. Diese Codes werden in der G-DRG-Version 2006 zur Definition von zwei DRGs der MDC20 verwendet.

Dabei ist für die Zuordnung zur DRG V62A *Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit mit Qualifiziertem Entzug* ein Kode aus 8-985 zwingend erforderlich, zur Eingruppierung in die DRG V60A *Alkoholintoxikation und -entzug mit psychotischem Syndrom oder mit Qualifiziertem Entzug* muss ein Kode aus 8-985 oder ein psychotisches Syndrom vorliegen.

Somit ist zu beachten, dass alle Fälle, die nach der G-DRG-Version 2006 der DRG V62A zugeordnet werden, nach der G-DRG-Version 2004/2006 oder 2005/2006 in die DRG V62B eingruppiert werden. Ebenso ist ein Teil der Fälle, die nach der G-DRG-Version 2006 der DRG V60A zugeordnet werden, nach der G-DRG-Version 2004/2006 oder 2005/2006 in die DRGs V60B oder V60C eingruppiert.

### **1.2.3 Multimodale kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung**

**Stand: 22.11.2005**

Die DRG I97Z kann ab der G-DRG-Version 2006 neben den Kodes aus 8-983 *Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung* (ab OPS-Version 2005) auch über Kodes aus 8-986 *Multimodale kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung* erreicht werden. Diese Kodes wurden neu in den OPS Version 2006 aufgenommen.

Wenn alle Fälle des Jahres 2004, die die Bedingungen des Kodes 8-986 der OPS Version 2006 erfüllen, bereits in 2005 mit einem entsprechenden Kode aus 8-983 kodiert waren, werden diese auch nach der G-DRG-Version 2005/2006 in die DRG I97Z eingruppiert. Anderenfalls sind Fälle, die gemäß der G-DRG-Version 2006 der DRG I97Z zugewiesen werden, nach der G-DRG-Version 2005/2006 in DRGs der anderen oder medizinischen Partition der MDC08 eingruppiert.

## **2 – Änderungen der Diagnosenklassifikation (ICD-10-GM)**

### **2.1 – Neue oder geänderte Kodes im ICD-10-GM Version 2005**

#### **2.1.1 Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie**

**Stand: 22.11.2005**

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 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 2004/2006 sind alle Kodes aus G82.0- bis G82.5- der Basis-DRG B60 *Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie* zugeordnet.

In der G-DRG-Version 2005/2006 sind die Kodes 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 Fälle, die nach der G-DRG-Version 2004/2006 in die Basis-DRG B60 eingruppiert wurden, ab der G-DRG-Version 2005/2006 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.

### **2.2 – Neue oder geänderte Kodes im ICD-10-GM Version 2006**

#### **2.2.1 Streichung der Kodes *Prolongiertes neurologisches ischämisches Defizit***

**Stand: 22.11.2005**

Im ICD 2006 wurde für die Codes aus G45 *Zerebrale transitorische ischämische Attacken und verwandte Syndrome* die sechste Stelle *.-1 Komplette Rückbildung innerhalb von 24 Stunden* gestrichen, da „kein klares Konzept zur zeitlichen Abgrenzung des prolongierten neurologischen ischämischen Defizits (PRIND) gegenüber dem Hirninfarkt besteht“ (ICD-10-GM 2006, Seite 11). Die betroffenen Fälle wurden daher vielfach bereits im Jahr 2005 mit Codes aus I63.- Hirninfarkt verschlüsselt. Wenn ein Code aus G45.-1 *Zerebrale transitorische ischämische Attacken und verwandte Syndrome: Komplette Rückbildung innerhalb von 24 Stunden* in 2005 als Hauptdiagnose kodiert worden ist, werden die entsprechenden Fälle bei Anwendung eines Groupers der G-DRG-Version 2005/2006 der Basis-DRG B69 zugeordnet. Vergleichbare Fälle werden nach der G-DRG-Version 2006 aufgrund anderer Hauptdiagnose in die Basis-DRG B70 eingruppiert.

### **3 – In 2006 erstmals ungültige Hauptdiagnosen**

#### **Stand: 22.11.2005**

Bei der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wurden einige Diagnosekodes, die in der G-DRG-Version 2005 noch zulässige Hauptdiagnosen waren, zu unzulässigen Hauptdiagnosen erklärt. Sind diese bei Fällen aus 2004 oder 2005 als Hauptdiagnose kodiert worden, werden die jeweiligen Fälle nach der G-DRG-Version 2004/2006 oder 2005/2006 in die Fehler-DRG 961Z *Unzulässige Hauptdiagnose* eingruppiert. Dies betrifft Kodes, die zwar nach ICD-10-GM formal zulässige Hauptdiagnosen sind, aber gemäß den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) nicht als Hauptdiagnose angegeben werden dürfen wie beispielsweise Z47.0 *Entfernung einer Metallplatte oder einer anderen inneren Fixationsvorrichtung*.

Sofern in 2004 oder 2005 entsprechende Fälle (kodierrichtlinienwidrig) mit solchen Hauptdiagnosen verschlüsselt worden sind, ist für die Leistungsplanung 2006 zu berücksichtigen, dass vergleichbare Fälle (bei DKR-konformer Kodierung) in 2006 nicht der unbewerteten DRG 961Z, sondern anderen DRGs zugeordnet werden.

### **4 – Änderungen der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR)**

#### **4.1 - Wahl der Hauptdiagnose bei metastasierten Tumoren**

##### **Stand: 22.11.2005**

Die DKR Version 2006 (wie bereits die DKR 2005) regeln, dass bei Aufnahme des Patienten zur systemischen Chemotherapie der Primärtumor (sofern bekannt) auch bei Vorliegen von Metastasen als Hauptdiagnose anzugeben ist. Dies war in 2004 noch nicht explizit so geregelt. Sofern für systemische Chemotherapien in 2004 als Hauptdiagnose die Metastasen verschlüsselt wurden, ist zu beachten, dass aufgrund der Klarstellung der DKR für vergleichbare Fälle in 2006 ggf. ein anderes Gruppierungsergebnis resultiert.

Eine analoge Klarstellung wurde für die „systemische Strahlentherapie“ in die DKR 2006 aufgenommen. Hier ist zu beachten, dass für Fälle mit dieser Therapie, die in 2004 oder 2005 mit der Hauptdiagnose „Metastase“ verschlüsselt wurden, aufgrund der Klarstellung der DKR für vergleichbare Fälle in 2006 ggf. ein anderes Gruppierungsergebnis resultiert.

### **5 – Zusatzentgelte**

#### **5.1 Neue Zusatzentgelte**

##### **Stand: 22.11.2005**

In der Fallpauschalenvereinbarung 2006 (FPV 2006) werden in den Anlagen einige Leistungen aufgeführt, die im Jahr 2006 über Zusatzentgelte vergütet werden.

Ein Teil dieser Leistungen ist über OPS-Kodes definiert, die in den Daten der Jahre 2004 oder 2005 noch nicht oder nicht in der erforderlichen Differenzierung vorliegen. Für die Leistungsplanung 2006 müssen somit über die per OPS verschlüsselten Prozeduren hinausgehende Informationen herangezogen werden.

## **5.2 Gestrichene Zusatzentgelte**

**Stand: 22.11.2005**

In der Fallpauschalenvereinbarung 2006 (FPV 2006) sind in den Anlagen Leistungen, die im Jahr 2005 über Zusatzentgelte vergütet wurden, nicht mehr aufgeführt (z.B. ZE 22 *Gabe von Methotrexat, parenteral*).

Weiterhin wurde die untere Dosisklasse bei einigen Zusatzentgelten für Medikamente gestrichen (z.B. ZE 24 *Gabe von Paclitaxel, parenteral*).

## **5.3 Neue Dosisklassen**

**Stand: 22.11.2005**

In der Fallpauschalenvereinbarung 2006 (FPV 2006) wurden in den Anlagen bei einigen Zusatzentgelten für Medikamente neue Dosisklassen (für Kinder) hinzugefügt (z.B. ZE 42 *Gabe von Lenograstim, parenteral*).

## **5.4 Abrechnung von pegyliertem liposomalen Doxorubicin**

**Stand: 20.03.2006**

Das pegylierte liposomale Doxorubicin ist ebenso wie das liposomale Doxorubicin unter dem Zusatzentgelt ZE52 *Gabe von Liposomalem Doxorubicin, parenteral* abzurechnen.

Die Verschlüsselung des pegylierten liposomalen Doxorubicins erfolgt demnach ebenso wie die Verschlüsselung des liposomalen Doxorubicins mit dem Kode 8-012.q\* *Applikation von Medikamenten Liste 1: Liposomales Doxorubicin, parenteral*.