

Hinweise zur Leistungsplanung/Budgetverhandlung für das Jahr 2013 in Zusammenhang mit den Definitionshandbüchern der G-DRG-Versionen 2011/2013 und 2012/2013 bzw. den darauf beruhenden Groupern

Die G-DRG-Version 2011/2013 dient der Verarbeitung von Daten aus dem Jahr 2011 (beruhend auf den Katalogen ICD-10-GM Version 2011 und OPS Version 2011) mit dem im Jahr 2013 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 2011/2013 für die Daten aus 2011 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 2013 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 2012/2013 der Verarbeitung von Daten aus 2012 (beruhend auf den Katalogen ICD-10-GM Version 2012 und OPS Version 2012) mit dem im Jahr 2013 zur Abrechnung verwendeten Grouperalgorithmus. Auch die Gruppierungsergebnisse der G-DRG-Version 2012/2013 für die Daten aus 2012 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 2012

1.1.1. Rethorakotomie bzw. Rethorakoskopie (Stand: 05.11.2012)

Die Prozedurenkodes für *Rethorakotomie* und *Rethorakoskopie* (Kode 5-340.3 bzw. 5-340.6) wurden im OPS Version 2012 gestrichen. Diese Codes wurden bisher zur Verschlüsselung zweier prinzipiell unterschiedlicher Konstellationen angewendet: Zum einen zur Kodierung eines akuten Re-Eingriffs, z.B. zur Behandlung einer Nachblutung nach Thoraxoperation, zum anderen zur Kennzeichnung von Revisionseingriffen am Thorax.

Akute Re-Eingriffe werden in Zukunft z.B. mit dem Code 5-340.c *Thorakotomie zur Hämatomausräumung (Inkl. Blutstillung)* verschlüsselt. Entsprechend der Kodedefinition ist dieser Code im Gruppierungsalgorithmus der G-DRG-Versionen 2012/2013 und 2013 nicht in jedem Fall funktionsgleich zum Vorgängerkode 5-340.3 *Rethorakotomie*.

Fälle mit Revisionseingriffen im Bereich des Thorax werden ab 2012 durch den Zusatzcode für *Reoperation an Lunge, Bronchus, Brustwand, Pleura, Mediastinum oder Zwerchfell* (5-349.6) verschlüsselt. Die durchgeführten Eingriffe sind gesondert zu kodieren. Der neue Zusatzcode ist nur in Kombination mit anderen Prozeduren in den Basis-DRGs E01, F05 und F42 gruppierungsrelevant.

Es ist somit zu beachten, dass Fälle, bei denen 2011 ein Prozedurencode für Rethorakotomie bzw. Rethorakoskopie angegeben wurde – wie oben beschrieben – ab 2012 anders zu kodieren sind und nicht in jedem Fall das Gruppierungsergebnis gemäß der G-DRG-Version 2011/2013 dem vergleichbarer Fälle in den G-DRG-Versionen 2012/2013 und 2013 entspricht.

1.1.2. Sectio caesarea kombiniert mit anderen gynäkologischen Eingriffen (Stand: 05.11.2012)

Im Zuge der Überarbeitung im Bereich geburtshilflicher Operationen wurde der Codebereich 5-745 *Sectio caesarea kombiniert mit anderen gynäkologischen Eingriffen* aus dem OPS Version 2011 für die Version 2012 gestrichen. Bei diesem Codebereich war keine Unterscheidung dahingehend möglich, ob es sich um eine primäre oder sekundäre Sectio caesarea gehandelt hat. Nach dem OPS Version 2012 sind gynäkologische Eingriffe im Rahmen einer Sectio caesarea grundsätzlich gesondert zu kodieren. Zusätzlich ist ein Code für eine primäre bzw. sekundäre Sectio caesarea anzugeben.

Aufgrund der geänderten Kodierung derartiger Fälle ab 2012 ist zu beachten, dass sich in den G-DRG-Versionen 2012/2013 und 2013 im Einzelfall eine von der G-DRG-Version 2011/2013 abweichende Eingruppierung in der Basis-DRG O01 *Sectio caesarea [...]* hinsichtlich des Attributes primäre/sekundäre Sectio caesarea ergeben kann.

1.1.3. Operationen an der Wirbelsäule (Stand: 05.11.2012)

Die Codes für Osteosynthesen der Wirbelsäule der Codebereiche 5-833 *Geschlossene Reposition der Wirbelsäule mit externer Fixation*, 5-834 *Offene Reposition der Wirbelsäule mit Osteosynthese* sowie 5-835 *Osteosynthese und Knochenersatz an der Wirbelsäule* des OPS Version 2011 erfuhren im OPS 2012 eine weitreichende Neustrukturierung.

Die Neuordnung des OPS Version 2012 ist an dieser Stelle durch eine reine Überleitung von Tabelleninhalten nicht darstellbar, sondern erforderte bereits im Vorfeld umfangreiche Anpassungen des G-DRG-Algorithmus, insbesondere in der Basis-DRG I09 *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule*, um die Eingruppierung für ab 2012 gleich kodierte Osteosynthesen an der Wirbelsäule bereits in der G-DRG-Version 2011/2013 zu vereinheitlichen. So werden beispielsweise Osteosynthesen der Wirbelsäule durch ventrale Schrauben-Plattensysteme der Codebereiche 5-834 und 5-835 in Kombination mit bestimmten komplexen Diagnosen einheitlich entweder der DRG I09B *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule bei deformierenden Erkrankungen oder mit komplexer Spondylodese oder verschiedene komplexe Eingriffe mit äußerst schweren oder schweren CC, mit komplizierenden Eingriffen* oder der DRG I09C *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexer Osteosynthese oder mit bestimmter Kyphoplastie oder verschiedene komplexe Eingriffe mit äußerst schweren oder schweren CC, ohne komplizierende Eingriffe* zugeordnet.

Dennoch sind aufgrund der Komplexität der OPS-Änderung bei der Abschätzung der DRG-Fallzahlen für 2012 und 2013 anhand der Leistungsdaten aus 2011 prinzipiell Abweichungen nach oben oder unten in Abhängigkeit von der konkreten Kodierung in 2011 möglich.

1.1.4. Mammachirurgie (Stand: 05.11.2012)

Im OPS Version 2012 wurde der Codebereich 5-87 *Exzision und Resektion der Mamma* grundlegend überarbeitet. Die Codes für partielle Exzision an der Mamma werden nach der Art der Defektkorrektur neu unterteilt. Fälle mit partieller Resektion an der Mamma und plastischer Rekonstruktion der Mamma, die nach dem OPS Version 2011 eine Kombination von Codes z. B. aus den Bereichen 5-870 *Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe ohne axilläre Lymphadenektomie* und 5-885 *Plastische Rekonstruktion der Mamma mit Haut- und Muskeltransplantation* erhielten, werden nach dem OPS Version 2012 mit einem Code aus dem Bereich 5-870.a *Partielle Resektion* verschlüsselt. Dieser ist nach der Art der Defektkorrektur unterteilt. Dabei ist zu beachten, dass sich im Einzelfall – abhängig von der Diagnose und den weiteren verschlüsselten Prozeduren – gemäß G-DRG-Version 2012/2013 und 2013 eine andere Eingruppierung ergeben kann, als bei Anwendung eines Groupers der Version 2011/2013.

Im Zuge der Überarbeitung im Bereich Mammachirurgie wurden zudem die Codebereiche 5-871 *Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma mit axillärer Lymphadenektomie*, 5-873 *Mastektomie mit axillärer Lymphadenektomie* und 5-875 *Supraradikale Mastektomie mit Pektoralisresektion und Lymphadenektomie* aus dem OPS Version 2011 gestrichen. Nach dem OPS Version 2012 sind Lymphadenektomien grundsätzlich gesondert zu kodieren. Dies erforderte eine Anpassung der Eingruppierungslogik der DRGs J16Z *Beidseitige Mastektomie bei bösartiger Neubildung [...]* und J23Z *Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne komplexen Eingriff* für die G-DRG-Versionen 2012/2013 und 2013, so dass Fälle mit einer Mammaresektion und gleichzeitiger axillärer Lymphadenektomie weiterhin dort eingruppiert werden. Trotz dieser Grupperanpassung, die für die typischen Fälle mit gleichzeitigem Lymphknoteneingriff eine vergleichbare Gruppierung in 2013 sicherstellt, kann sich im Einzelfall aufgrund der sehr komplexen Änderung der OPS-Kodes in den G-DRG-Versionen 2012/2013 und 2013 eine von der G-DRG-Version 2011/2013 abweichende Eingruppierung ergeben.

1.1.5. Implantation eines Defibrillators mit subkutaner Elektrode (Stand: 05.11.2012)

Im OPS Version 2012 wurde ein neuer Code für die *Implantation eines Defibrillators mit subkutaner Elektrode* eingeführt (5-377.j). Zuvor wurden diese Fälle uneinheitlich verschlüsselt, teilweise mit einem der im OPS 2011 existierenden Codes für die Implantation eines Defibrillators, teilweise mit der Restekategorie *Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sonstige* (5-377.x, auf diesen Code erfolgt auch die klassifikatorische Überleitung des DIMDI).

Auf Grundlage aller dem InEK vorliegenden Informationen wurde abweichend von der DIMDI-Überleitung der neue Code 5-377.j in die Basis-DRG F01 *Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD) [...]* aufgenommen, so dass die Eingruppierung in den G-DRG-Versionen 2012/2013 und 2013 analog zu anderen Fällen mit Implantation eines (Einkammer-)Defibrillators erfolgt.

Es ist zu beachten, dass – abhängig von der konkreten Verschlüsselung der Fälle mit subkutanem Defibrillator im Jahr 2011 – ggf. nicht alle Fälle mit dieser Leistung, die gemäß G-

DRG-Versionen 2012/2013 oder 2013 der Basis-DRG F01 zugeordnet werden, diese DRG auch bereits gemäß G-DRG-Version 2011/2013 erreichen.

1.2. Neue oder geänderte Codes im OPS Version 2013

1.2.1. Erweiterte Kolon- bzw. Rektumresektion mit Entfernung von Nachbarorganen (Stand: 03.12.2013)

Die Codebereiche 5-458 *Erweiterte Kolonresektion mit Entfernung von Nachbarorganen* und 5-484.7 *Rektumresektion unter Sphinktererhaltung: Erweiterte anteriore Resektion mit Entfernung von Nachbarorganen* wurden für den OPS Version 2013 gestrichen. Hier ist zukünftig der entsprechende Code für die Dickdarm- bzw. Rektumresektion aus den Codebereichen 5-458 bzw. 5-484 zu verschlüsseln. Die (Teil-)Resektion eines Nachbarorgans ist – wie bisher – gesondert zu kodieren.

In Vorbereitung auf die Überleitung wurden bereits einige Anpassungen des G-DRG-Algorithmus vorgenommen, um die Eingruppierung von ab 2013 kodierten Dickdarm- und Kolonresektionen mit den für 2013 gestrichenen Codes zu vereinheitlichen. So wurden beispielsweise in den G-DRG-Versionen 2011/2013 und 2012/2013 die Prozeduren für die erweiterte Kolektomie mit Entfernung von Nachbarorganen in der Basis-DRG G16 *Komplexe Rektumresektion oder andere Rektumresektion mit bestimmtem Eingriff [...]* den Prozeduren für die Kolektomie ohne Entfernung von Nachbarorganen gleichgestellt. Zusätzlich wurde die Definition der Basis-DRGs G02 *Komplexe oder bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit komplizierender Diagnose [...]* und G16 der G-DRG-Version 2013 angepasst, um sicherzustellen, dass Fälle mit einer Dickdarm- bzw. Rektumresektion und der (Teil-)Resektion eines Nachbarorgans weiterhin dort eingruppiert werden. Durch diese Grupperanpassung wird eine vergleichbare Gruppierung der typischen Fälle in 2013 gewährleistet. Trotzdem kann sich im G-DRG-System 2013 im Einzelfall eine von den G-DRG-Versionen 2011/2013 bzw. 2012/2013 abweichende Eingruppierung ergeben, insbesondere dann, wenn kein gesonderter Code für die (Teil-)Resektion eines Nachbarorgans verschlüsselt wurde.

1.2.2. Perkutan-transluminale Implantation gecoverter Stents (Stand: 03.12.2013)

Unter den Codebereichen 8-842 *Perkutan-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzungsfähigen gecoverten Stents (Stent-Graft)* und 8-848 *Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzungsfähigen gecoverten Stents (Stent-Graft)* wurden die Lokalisationen *Aorta* und *Aortenisthmus* für den OPS Version 2013 gestrichen. Fälle mit diesen Prozeduren wurden bisher überwiegend der Basis-DRG F19 *Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen [...]* zugeordnet, zusätzlich waren die Prozeduren mit der Lokalisation *Aorta* Bestandteil der Definition des ZE2012-67 *Implantation einer Stent(graft)-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal*. Ab 2013 ist die perkutan-transluminale Einbringung von Stent-Prothesen (Stent-Graft) in die Aorta über großlumige Schleusen gemäß OPS mit einem Code aus dem Bereich 5-38a *Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen* zu verschlüsseln. Diese Prozeduren sind der Basis-DRG F51 *Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta* zugeordnet. Zusätzlich definieren Codes aus dem Bereich 5-38a, die Prothesen mit Seitenarm oder Fenestrierung bezeichnen, das Zusatzentgelt ZE20xx-53 *Stentgraft-Prothesen bei Aortenaneurysmen, mit Fenestrierung oder Seitenarm*. Nach den vorliegenden Informationen wurden gecoverte Stents bisher überwiegend mit Codes aus 5-38a verschlüsselt. Je nach Kodierung im Einzelfall ist aber zu

beachten, dass sich in Abhängigkeit von der bisherigen Verschlüsselung in der G-DRG-Version 2013 eine von den G-DRG-Versionen 2011/2013 bzw. 2012/2013 abweichende Eingruppierung ergeben kann.

1.2.3. ECMO- und Prä-ECMO-Therapie (Stand: 03.12.2013)

Die Hinweise zu den Codes aus 8-852 *Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) und Prä-ECMO-Therapie* wurden im OPS Version 2013 präzisiert. Demnach ist die perkutane Implantation der Kanülen im Code enthalten, während die offen chirurgische Implantation der Kanülen gesondert zu kodieren ist. Hierzu sind die neu eingeführten Codes aus 5-37b *Offen chirurgische Implantation und Entfernung von Kanülen für die Anwendung eines extrakorporalen (herz- und) lungenunterstützenden Systems mit Membranoxygenation* zu verwenden. Diese wurden in das G-DRG-System 2013 analog dem bereits im Vorjahr existierenden OPS-Code 5-376.x *Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch, sonstige* eingebunden. Damit sind die neuen Prozedurenkodes ebenso gruppierungsrelevant wie der vorbestehende inhalts- und aufwandsähnliche Code. Fälle mit offen chirurgischer Kanülenimplantation, die gemäß OPS Version 2011 oder 2012 verschlüsselt wurden, können Codes aus 5-37b noch nicht enthalten und werden daher ggf. abweichend von entsprechenden Fällen des Jahres 2013 eingruppiert.

1.2.4. Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson (Stand: 03.12.2013)

Der Codebereich 8-97d *Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson* des OPS wurde für die Version 2013 erweitert um die multimodale Komplexbehandlung bei atypischem Parkinson-Syndrom. Bei einer Verschlüsselung gemäß OPS Version 2013 können also ggf. mehr Fälle die entsprechenden OPS-Kodes erhalten und anhand dieser Codes beispielsweise in die DRG B49Z *Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson* eingruppiert werden als bei einer Verschlüsselung gemäß OPS Version 2011 bzw. 2012.

2. Änderungen der Diagnosenklassifikation (ICD)

2.1. Neue oder geänderte Codes in der ICD-10-GM Version 2012

2.1.1. Embolie und Thrombose sonstiger näher bezeichneter Venen (Stand: 05.11.2012)

Der Diagnosekode I82.8 *Embolie und Thrombose sonstiger näher bezeichneter Venen* aus der ICD-10-GM Version 2011 wurde differenziert in die beiden ICD-Kodes I80.80 *Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis oberflächlicher Gefäße der oberen Extremitäten* und I80.81 *Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis tiefer Gefäße der oberen Extremitäten*. Diese Codes werden entsprechend der Überleitung im Gruppierungsalgorithmus 2012/2013 und 2013 gleich behandelt. Die bisher mit I82.8 *Embolie und Thrombose sonstiger näher bezeichneter Venen* verschlüsselten Fälle weisen in den vorliegenden Kalkulationsdaten einen erhöhten Aufwand auf, der Code ist entsprechend zudem als Nebendiagnose im Rahmen des CCL-Systems gruppierungsrelevant. Für den Neukode I80.80, der ausdrücklich eine Verschlüsselung oberflächlicher Thrombophlebitiden zulässt, erscheint dies nicht sachgerecht. Daher erhielt im G-DRG-System 2012/2013 bzw. 2013 nur der Code für *Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis tiefer Gefäße der oberen Extremitäten* eine Relevanz als Komplikation/Komorbidity (CC). Abhängig von der konkreten Kodierung in 2012 und 2013 ist

somit zu beachten, dass ggf. nicht alle Fälle, bei denen 2011 der Code I82.8 angegeben wurde, auch gemäß den G-DRG-Versionen 2012/2013 und 2013 einer anhand des PCCL definierten DRG zugeordnet werden.

2.2. Neue oder geänderte Codes in der ICD-10-GM Version 2013

2.2.1. Atemnotsyndrom des Jugendlichen und Kindes (Stand: 03.12.2013)

Der Diagnosekode J80 *Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]* ist im alphabetischen Verzeichnis der ICD-10-GM Version 2013 gegenüber der Version 2012 erweitert worden um das Atemnotsyndrom beim Jugendlichen und das Atemnotsyndrom beim Kind. Soweit die genannte Änderung des alphabetischen Verzeichnisses eine geänderte Verschlüsselung entsprechender Fälle des Jahres 2013 nach sich zieht, kann sich eine von ähnlichen Fällen aus 2011 oder 2012 abweichende Eingruppierung – z.B. im Hinblick auf die Zuordnung von Fällen zur Basis-DRG E40 *Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden oder ARDS* oder zu einer anhand des PCCL gesplitteten DRG – ergeben.

2.2.2. Claudicatio spinalis (Stand: 03.12.2013)

Die Claudicatio spinalis war bisher im alphabetischen Verzeichnis der ICD-10-GM dem Diagnosekode G95.1 *Vaskuläre Myelopathien* zugeordnet. Dieser wirkt unter anderem im Rahmen des Splitkriteriums „Para-/Tetraplegie, chronisch“ als Nebendiagnose in zahlreichen DRGs schweregradsteigernd, so z.B. in den Basis-DRGs I06 *Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals*, I09 *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule* und I10 *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule*. Laut alphabetischem Verzeichnis der Version 2013 ist eine Claudicatio spinalis, die nicht durch eine vaskuläre Myelopathie bedingt ist, zukünftig mit dem Kode für die Ursache z.B. aus M48.- *Sonstige Spondylopathien* und dem zutreffenden Kode aus G55.- * *Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei anderenorts klassifizierten Krankheiten* zu verschlüsseln. Soweit die genannte Änderung des alphabetischen Verzeichnisses eine geänderte Verschlüsselung entsprechender Fälle des Jahres 2013 nach sich zieht, kann sich eine von ähnlichen Fällen aus 2011 oder 2012 abweichende Eingruppierung beispielsweise bei den DRGs ergeben, die nach Nebendiagnosen aus „Para-/Tetraplegie, chronisch“ gesplittet sind.

3. Änderungen der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR)

3.1. Änderungen der Deutschen Kodierrichtlinien Version 2012

3.1.1. Vergiftungen durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen (Stand: 05.11.2012)

Die Verschlüsselung von Fällen mit der Diagnose „Vergiftung durch Arzneimittel/Drogen“ ist für 2011 in DKR 1916 folgendermaßen geregelt:

„[...] Vergiftungen sind in den Kategorien

T36–T50 *Vergiftungen durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen*

und

T51–T65 *Toxische Wirkung von vorwiegend nicht medizinisch verwendeten Substanzen*

klassifiziert. [...]

Zusätzlich zum Kode für die Vergiftung ist ein Kode zu verwenden, um eine signifikante Manifestation anzugeben (z.B. Koma, Arrhythmie) [...].“

Für 2012 wurde die Verschlüsselung dieser Fälle an die Kodierung von Fällen mit unerwünschten Nebenwirkungen von Arzneimitteln bei Einnahme gemäß Verordnung angepasst (siehe DKR 2012, Seite 145): *„[...] Erfolgt die stationäre Aufnahme wegen einer mit der Vergiftung in Zusammenhang stehenden Manifestation (z.B. Koma, Arrhythmie), ist der Kode für die Manifestation als Hauptdiagnose (entsprechend DKR D002 Hauptdiagnose (Seite 4)) anzugeben. Die Kodes für die Vergiftung durch die beteiligten (Wirk-)Stoffe (Medikamente, Drogen, Alkohol) sind als Nebendiagnose zu verschlüsseln [...].“*

Somit ist zu beachten, dass Fällen, bei denen die stationäre Aufnahme wegen einer mit der Vergiftung in Zusammenhang stehenden Manifestation erfolgt, ab 2012 aufgrund der Änderung der Kodierrichtlinie eine andere Hauptdiagnose zuzuweisen ist, als dies in 2011 der Fall war, und damit diese Fälle ggf. nicht mehr in die DRG X62Z *Vergiftungen / Toxische Wirkungen von Drogen, Medikamenten und anderen Substanzen oder Folgen einer medizinischen Behandlung oder bestimmte Erfrierungen und andere Traumata* eingruppiert werden.

4. Zusatzentgelte

4.1. Neue Zusatzentgelte (Stand: 05.11.2012)

In der Fallpauschalenvereinbarung 2013 (FPV 2013) werden in den Anlagen einige Leistungen aufgeführt, die im Jahr 2013 neu über Zusatzentgelte vergütet werden: *ZE135 Gabe von Vinflunin, parenteral, ZE137 Medikamente-freisetzende Ballons an anderen Gefäßen, ZE2013-93 Gabe von Eculizumab, parenteral, ZE2013-94 Gabe von Plerixafor, parenteral sowie ZE2013-95 Gabe von Romiplostim, parenteral.*

Ein Teil dieser Leistungen ist über OPS-Kodes definiert, die in den Daten des Jahres 2011 oder 2012 noch nicht oder nicht in der erforderlichen Differenzierung vorliegen. Für die Leistungsplanung 2013 müssen somit über die per OPS verschlüsselten Prozeduren hinausgehende Informationen herangezogen werden.

4.2. Änderung von Dosisklassen (Stand: 05.11.2012)

In der Fallpauschalenvereinbarung 2013 (FPV 2013) sind bei *ZE27 Gabe von Trastuzumab, parenteral, ZE50 Gabe von Cetuximab, parenteral* und *ZE74 Gabe von Bevacizumab, parenteral* weitere Dosisklassen hinzugekommen. Bei *ZE17 Gabe von Gemcitabin, parenteral, ZE19 Gabe von Irinotecan, parenteral, ZE63 Gabe von Paclitaxel, parenteral* und *ZE80 Gabe von Docetaxel, parenteral* wurden Dosisklassen für niedrigere Dosierungen gestrichen sowie Dosisklassen für höhere Dosierungen hinzugefügt.

Die hinzugekommenen Dosisklassen sind über OPS-Kodes definiert, die in den Daten des Jahres 2011 oder 2012 noch nicht oder nicht in der erforderlichen Differenzierung vorliegen. Für die Leistungsplanung 2013 müssen daher über die per OPS verschlüsselten Prozeduren hinausgehende Informationen herangezogen werden.

4.3. Gestrichene Zusatzentgelte (Stand: 05.11.2012)

In der Fallpauschalenvereinbarung 2013 (FPV 2013) wurden die Zusatzentgelte für die *Gabe von Rekombinantem aktivierten Protein C, parenteral* sowie die *Gabe von Alemtuzumab, parenteral* gestrichen.

4.4. Änderung von unbewerteten in bewertete Zusatzentgelte (Stand: 05.11.2012)

In der Fallpauschalenvereinbarung 2013 (FPV 2013) sind die 2012 unbewerteten Zusatzentgelte für die *Gabe von Paclitaxel, parenteral* und für die *Gabe von Docetaxel, parenteral* nun wieder bewertete Zusatzentgelte: ZE63 *Gabe von Paclitaxel, parenteral* und ZE80 *Gabe von Docetaxel, parenteral*.

Das vormals unbewertete Zusatzentgelt für *Medikamente-freisetzende Ballons an Koronargefäßen* ist nun das bewertete Zusatzentgelt ZE136 *Medikamente-freisetzende Ballons an Koronargefäßen*.

4.5. Änderung von bewerteten in unbewertete Zusatzentgelte (Stand: 05.11.2012)

In der Fallpauschalenvereinbarung 2013 (FPV 2013) ist das vormals bewertete Zusatzentgelt für die *Gabe von Topotecan, parenteral* nun ein unbewertetes Zusatzentgelt: ZE2013-96 *Gabe von Topotecan, parenteral*.

4.6. Änderung von bewerteten Zusatzentgelten (Stand: 05.11.2012)

In der Fallpauschalenvereinbarung 2013 (FPV 2013) wurde das vormalige bewertete Zusatzentgelt für *Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Einkanalssystem* in die neuen bewerteten Zusatzentgelte ZE138 *Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Einkanalssystem, mit Sondenimplantation* und ZE139 *Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Einkanalssystem, ohne Sondenimplantation* überführt.

Das vormalige bewertete Zusatzentgelt für *Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, nicht wiederaufladbar* wurde in die neuen bewerteten Zusatzentgelte ZE140 *Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, nicht wiederaufladbar, mit Sondenimplantation* und ZE141 *Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, nicht wiederaufladbar, ohne Sondenimplantation* überführt.

4.7. Änderung von unbewerteten Zusatzentgelten (Stand: 05.11.2012)

Zur Abbildung von Fällen mit Behandlung von Blutgerinnungsstörungen weist die Fallpauschalenvereinbarung 2013 (FPV 2013) erstmals zwei unbewertete Zusatzentgelte auf: ZE2013-97 *Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren* und ZE2013-98 *Gabe von Blutgerinnungsfaktoren*. Diese sind jeweils durch Kombinationen bestimmter Prozeduren- und Diagnosekodes definiert.

4.8. Differenzierung von Zusatzentgelt-definierenden OPS-Kodes (Stand: 05.11.2012)

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 Fallpauschalenkatalogs an entsprechender Stelle.

Ein Beispiel 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.

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.

4.9. Bewertung des Zusatzentgeltes ZE2013-41 Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems (Stand: 05.11.2012)

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 2013 folgenden Hinweis zu ZE2013-41:

„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 krankenhausesindividuellen Bewertung des Zusatzentgeltes ZE2013-41 als sachgerecht anzusehen. Somit ist für die zu ermittelnde Höhe des Zusatzentgeltes die DRG-Zuordnung der Fälle mit ausschlaggebend.

Es ist z. B. vorstellbar, dass der Mehraufwand, der durch die Leistungserbringung gemäß der Definition des Zusatzentgeltes *Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems* entsteht, im Vergleich zu DRGs der Basis-DRG I68 *Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich* höher ist, als der ZE-bedingte Mehraufwand der im Vergleich zur DRG I42Z *Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* anfällt. Ein möglicher Grund für diesen Unterschied ist darin zu sehen, dass die letztgenannte DRG einen höheren Anteil der für die Erbringung des ZE2013-41 typischen Leistungen bereits als Bestandteil der DRG enthalten könnte.

5. Sonstige Hinweise (Stand: 05.11.2012)

In § 1 Abs. 5 FPV 2012 wurde der Satz "Erfolgt ein Verbleib der gesunden Mutter aufgrund des krankheitsbedingt behandlungsbedürftigen Neugeborenen, so ist ab Erreichen der abgerundeten mittleren Verweildauer der vollstationären DRG-Fallpauschale für die Mutter der Zuschlag für Begleitpersonen abzurechnen; § 1 Abs. 2 findet in diesem Fall für die Fallpauschale der gesunden Mutter keine Anwendung." eingefügt.

Damit können ab 2012 in der vorgenannten Fallkonstellation keine zusätzlichen Entgelte für eine Überschreitung der oberen Grenzverweildauer für die gesunde Mutter mehr abgerechnet werden. An die Stelle der zusätzlichen Entgelte für die Überschreitung der oberen Grenzverweildauer tritt nunmehr der Zuschlag für Begleitpersonen nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG mit entsprechenden Auswirkungen auf die Summe der effektiven Bewertungsrelationen im Bereich der Geburtshilfe.