

Hinweise zur Leistungsplanung/Budgetverhandlung für das Jahr 2014 in Zusammenhang mit den Definitionshandbüchern der G-DRG-Versionen 2012/2014 und 2013/2014 bzw. den darauf beruhenden Groupern

Die G-DRG-Version 2012/2014 dient der Verarbeitung von Daten aus dem Jahr 2012 (beruhend auf den Katalogen ICD-10-GM Version 2012 und OPS Version 2012) mit dem im Jahr 2014 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 2012/2014 für die Daten aus 2012 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 2014 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 2013/2014 der Verarbeitung von Daten aus 2013 (beruhend auf den Katalogen ICD-10-GM Version 2013 und OPS Version 2013) mit dem im Jahr 2014 zur Abrechnung verwendeten Grouperalgorithmus. Auch die Gruppierungsergebnisse der G-DRG-Version 2013/2014 für die Daten aus 2013 sollten aus den o. g. Gründen kritisch gewürdigt werden.

In Einzelfällen werden im G-DRG-Definitionshandbuch aus Gründen der Transparenz bereits Diagnose- und Prozedurenkodes verwendet, die erst in eine spätere Version der ICD-10-GM oder des OPS aufgenommen werden. Dies betrifft z.B. in der G-DRG-Version 2012/2014 den ICD-Kode Z52.80 *Spender von Organen oder Geweben: Lungenspender* in der DRG Z04Z.

Dabei ist zu beachten, dass diese Codes zum einen im Jahr 2012 bzw. 2013 noch nicht kodiert werden konnten und zum anderen ein Grouper der Version 2012/2014 oder 2013/2014 Codes, die in 2012 bzw. 2013 nicht Bestandteil der ICD-10-GM oder des OPS waren, als ungültig wertet. Daher sind diese Codes in den G-DRG-Versionen 2012/2014 und 2013/2014 nicht gruppierungsrelevant, obwohl sie bereits im Definitionshandbuch aufgeführt 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 2013

1.1.1. Erweiterte Kolon- bzw. Rektumresektion mit Entfernung von Nachbarorganen (Stand: 31.10.2013)

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 der G-DRG-Version 2012/2014 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-Versionen 2013/2014 und 2014 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 2014 gewährleistet. Trotzdem kann sich im G-DRG-System 2014 im Einzelfall eine von der G-DRG-Version 2012/2014 abweichende Eingruppierung ergeben, insbesondere dann, wenn kein gesonderter Code für die (Teil-)Resektion eines Nachbarorgans verschlüsselt wurde.

1.1.2. Perkutan-transluminale Implantation gecoverter Stents (Stand: 31.10.2013)

Unter den Codebereichen 8-842 *Perkutan-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft)* und 8-848 *Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden 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 den G-DRG-

Versionen 2013/2014 und 2014 eine von der G-DRG-Version 2012/2014 abweichende Eingruppierung ergeben kann.

1.1.3. ECMO- und Prä-ECMO-Therapie (Stand: 31.10.2013)

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 2014 analog dem bereits 2012 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 2012 verschlüsselt wurden, können Codes aus 5-37b noch nicht enthalten und werden daher ggf. abweichend von entsprechenden Fällen des Jahres 2013 bzw. 2014 eingruppiert.

1.1.4. Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson (Stand: 31.10.2013)

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 bzw. 2014 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 2012.

1.1.5. Ersatz und Wechsel von Herzklappen durch ballonexpandierendes Xenotransplantat mit Fixierungsnähten (Stand: 31.10.2013)

Im OPS Version 2013 wurde ein neuer Code für den *Ersatz von Aortenklappe durch ballonexpandierendes Xenotransplantat mit Fixierungsnähten* (5-351.06) und ein neuer Code für den *Wechsel von Aortenklappenprothese durch ballonexpandierendes Xenotransplantat mit Fixierungsnähten* (5-352.07) eingeführt. Zuvor wurden diese Fälle mit der Restekategorie *Ersatz von Aortenklappe durch Prothese: Sonstige* (5-351.0x) bzw. *Wechsel von Aortenklappenprothesen: Sonstige* verschlüsselt (5-352.0x). Auf die genannten Rest-Kodes erfolgt auch die klassifikatorische Überleitung des DIMDI.

Auf Grundlage aller dem InEK vorliegenden Informationen wurden abweichend von der DIMDI-Überleitung die genannten neuen Codes auf die Codes 5-351.05 bzw. 5.352.06 übergeleitet und der DRG F03E *Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konstellation, ohne Eingriff in tiefer Hypothermie, Alter > 15 Jahre, [...] mit nahtfreiem chirurgischen Aortenklappenersatz* zugeordnet. Somit erfolgt die Eingruppierung in den G-DRG-Versionen 2013/2014 und 2014 analog zu Fällen mit Ersatz von Aortenklappe bzw. Wechsel von Aortenklappenprothese durch selbstexpandierendes nahtfreies Xenotransplantat.

Es ist zu beachten, dass – abhängig von der konkreten Verschlüsselung der Fälle mit Ersatz einer Herzklappe bzw. Wechsel einer Herzklappenprothese durch ein ballonexpandierendes

Xenotransplantat mit Fixierungsnähten im Jahr 2012 – ggf. nicht alle Fälle mit dieser Leistung, die gemäß G-DRG-Versionen 2013/2014 oder 2014 der DRG F03E zugeordnet werden, diese DRG auch bereits gemäß G-DRG-Version 2012/2014 erreichen.

1.2. Neue oder geänderte Codes im OPS Version 2014

1.2.1. Lobektomie zur Lebend-Organspende, offen chirurgisch (Stand: 31.10.2013)

Siehe hierzu Kapitel 2.2.1. Lungenspender

1.2.2. Retransplantation/Retransfusion von hämatopoetischen Stammzellen während desselben stationären Aufenthalts (Stand: 31.10.2013)

Im OPS Version 2014 wurden neue Codes für die Retransplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark während desselben stationären Aufenthalts (5-411.6) sowie für die Retransfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen während desselben stationären Aufenthalts (8-805.7) eingeführt. Diese sind im G-DRG-System 2014 in der DRG A04A *Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion, allogene, mit zweiter Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion im selben Aufenthalt* und der DRG A15A *Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion, autogene, mit zweiter Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion im selben Aufenthalt* gruppierungsrelevant. Entsprechende Fälle, die gemäß OPS Version 2012 bzw. 2013 verschlüsselt wurden, können die o.g. Prozedurenkodex jedoch nicht enthalten und daher die entsprechenden DRGs in den G-DRG-Versionen 2012/2014 und 2013/2014 auch nicht erreichen.

1.2.3. Innere Amputation im Bereich der Fußwurzelknochen (Stand: 10.12.2013)

Der 2014 neu eingeführte Prozedurenkode 5-865.92 *Innere Amputation im Bereich der Mittelfuß- und Fußwurzelknochen, Fußwurzel [Tarsus]* wird in G-DRG Version 2014 – abweichend von der klassifikatorischen Überleitung des DIMDI – analog zur Fußamputation nach Pirogoff und damit u.a. in der DRG I07Z *Amputation bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* abgebildet. Wenn Fälle mit diesem Eingriff gemäß OPS Version 2012 bzw. 2013 mit dem Code für *sonstige Amputation und Exartikulation am Fuß* (5-865.x) verschlüsselt wurden, erreichen sie diese Eingruppierung in G-DRG Version 2012/2014 bzw. 2013/2014 in der Regel nicht.

2. Änderungen der Diagnosenklassifikation (ICD)

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

2.1.1. Atemnotsyndrom des Jugendlichen und Kindes (Stand: 31.10.2013)

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 und 2014 nach sich zieht, kann sich eine von ähnlichen Fällen aus 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.

2.1.2. Claudicatio spinalis (Stand: 31.10.2013)

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 Splittkriteriums „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 und 2014 nach sich zieht, kann sich eine von ähnlichen Fällen aus 2012 abweichende Eingruppierung beispielsweise bei den DRGs ergeben, die nach Nebendiagnosen aus „Para-/Tetraplegie, chronisch“ gesplittet sind.

2.2. Neue oder geänderte Kodes in der ICD-10-GM Version 2014

2.2.1. Lungenspender (Stand: 31.10.2013)

Der Kode Z52.80 *Lungenspender* wurde in der ICD-10-GM Version 2014 neu etabliert. Ebenso neu aufgenommen wurde in den OPS Version 2014 der Kode 5-324.c *Lobektomie zur Lebend-Organspende, offen chirurgisch*.

In der G-DRG-Version 2014 werden Fälle mit dem Kode Z52.80 als Hauptdiagnose in Kombination mit einer Lobektomie der Lunge bzw. Fälle mit der Prozedur 5-324.c typischerweise der DRG Z04Z *Lungenspende (Lebendspende)* zugeordnet.

Bei Kodierung des entsprechenden Vorgängerkodes der ICD-10-GM (Version 2012 und 2013) für den *Spender sonstiger Organe oder Gewebe (Z52.8)* werden die betreffenden Fälle gemäß den G-DRG Versionen 2012/2014 und 2013/2014 der Basis-DRG Z01 *OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen* zugeordnet.

Es ist daher zu beachten, dass gemäß G-DRG Version 2014 ggf. mehr Fälle der DRG Z04Z zugeordnet werden könnten, als eine Analyse auf Basis von Daten aus 2012 und 2013 vermuten lässt.

2.2.2. Infektion und entzündliche Reaktion sowie sonstige Komplikationen durch Mammaprothese oder -implantat (Stand: 31.10.2013)

Die Kodes T85.73 *Infektion und entzündliche Reaktion durch Mammaprothese oder -implantat* und T85.83 *Sonstige Komplikationen durch Mammaprothese oder -implantat* wurden in der ICD-10-GM Version 2014 neu etabliert.

In der G-DRG-Version 2014 werden Fälle mit den Kodes T85.73 und T85.83 als Hauptdiagnose der Basis-DRG J67 *Erkrankungen der Mamma außer bösartige Neubildung oder leichte bis moderate Hauterkrankungen* zugeordnet. Bei Durchführung eines Eingriffes z.B. an der Mamma

erfolgt die Zuordnung zu der entsprechenden operativen Basis-DRG der MDC 09 *Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma*.

Bei Kodierung der entsprechenden Vorgängerkodes der ICD-10-GM (Version 2012 und 2013) für Infektion und entzündliche Reaktion sowie sonstige Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate (T85.78 und T85.88) werden die betreffenden Fälle gemäß den G-DRG-Versionen 2012/2014 und 2013/2014 der DRG X62Z *Vergiftungen / Toxische Wirkungen von Drogen, Medikamenten und anderen Substanzen oder Folgen einer medizinischen Behandlung oder bestimmte Erfrierungen und andere Traumata* zugeordnet. Bei Durchführung eines Eingriffes z.B. an der Mamma werden die Fälle typischerweise der operativen Basis-DRG X06 *Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen* zugeordnet.

Es ist daher zu beachten, dass gemäß G-DRG Version 2014 ggf. mehr Fälle der MDC 09 und der Basis-DRG J67 zugeordnet werden könnten, als eine Analyse auf Basis von Daten aus 2012 und 2013 vermuten lässt.

3. Änderungen der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR)

3.1. Änderungen der Deutschen Kodierrichtlinien Version 2014

3.1.1. Zuordnung der Hauptdiagnose bei einer Entbindung (Stand: 31.10.2013)

Die Verschlüsselung der Hauptdiagnose bei Krankenhausaufenthalten, die mit der Entbindung eines Kindes verbunden sind ist für 2012 und 2013 in DKR 1511 folgendermaßen geregelt:

„Wenn ein Krankenhausaufenthalt mit der Entbindung eines Kindes verbunden ist, die Patientin jedoch wegen eines behandlungsbedürftigen vorgeburtlichen Zustandes aufgenommen worden ist, ist folgendermaßen vorzugehen:

- *Wenn eine Behandlung von mehr als sieben Kalendertagen vor der Geburt erforderlich war, ist der vorgeburtliche Zustand als Hauptdiagnose zu kodieren.*
- *In allen anderen Fällen ist die Diagnose, die sich auf die Entbindung bezieht, als Hauptdiagnose zuzuordnen.“*

Für 2014 wurde die DKR 1511 gestrichen. Bei der Zuweisung der Hauptdiagnose ist in den betroffenen Fällen nun gemäß den Vorgaben zur Verschlüsselung der Hauptdiagnose in DKR D002 *Hauptdiagnose* zu verfahren.

Somit ist zu beachten, dass bei Fällen, bei denen der Krankenhausaufenthalt mit der Entbindung eines Kindes verbunden ist, ab 2014 aufgrund der Streichung der Kodierrichtlinie in Ausnahmefällen eine andere Hauptdiagnose zuzuweisen ist, als dies in 2012 und 2013 der Fall war, und damit diese Fälle ggf. nicht mehr in eine DRG der MDC 14 *Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett* eingruppiert werden.

4. Zusatzentgelte

4.1. Neue Zusatzentgelte (Stand: 31.10.2013)

In der Fallpauschalenvereinbarung 2014 (FPV 2014) werden in den Anlagen Leistungen aufgeführt, die im Jahr 2014 neu über Zusatzentgelte vergütet werden: ZE2014-99 *Fremdbezug*

von *Donor-Lymphozyten*, ZE2014-100 *Gabe von Ofatumumab, parenteral* sowie ZE145 *Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung*.

Ein Teil dieser Leistungen ist über OPS-Kodes definiert, die in den Daten des Jahres 2012 oder 2013 noch nicht oder nicht in der erforderlichen Differenzierung vorliegen. Für die Leistungsplanung 2014 müssen somit über die per OPS verschlüsselten Prozeduren hinausgehende Informationen herangezogen werden.

4.2. Änderung von unbewerteten in bewertete Zusatzentgelte (Stand: 31.10.2013)

In der Fallpauschalenvereinbarung 2014 (FPV 2014) sind die 2013 unbewerteten Zusatzentgelte für die parenterale Gabe von Clofarabin, Plerixafor und Romiplostim nun bewertete Zusatzentgelte: ZE142 *Gabe von Clofarabin, parenteral*, ZE143 *Gabe von Plerixafor, parenteral* und ZE144 *Gabe von Romiplostim, parenteral*.

Das 2013 unbewertete Zusatzentgelt für die *Gabe von Topotecan, parenteral* ist nun wieder das bewertete Zusatzentgelt ZE44 – bei Streichung bisheriger und Einführung neuer Dosisklassen.

4.3. Änderung von unbewerteten Zusatzentgelten (Stand: 31.10.2013)

Zur Abbildung von Fällen mit Behandlung von Blutgerinnungsstörungen weist die Fallpauschalenvereinbarung 2014 (FPV 2014) zwei unbewertete Zusatzentgelte auf: ZE2014-97 *Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren* und ZE2014-98 *Gabe von Blutgerinnungsfaktoren*. Diese sind jeweils durch Kombinationen bestimmter Prozeduren- und Diagnosekodes definiert. Dabei sind dauerhaft erworbene Blutgerinnungsstörungen dem extrabudgetären ZE2014-97 und temporäre Blutgerinnungsstörungen dem intrabudgetären ZE2014-98 zuzuordnen. Bei ZE2014-98 gilt für die Jahre 2014 und 2015 ein Schwellenwert in Höhe von 9.500 € für die Summe der im Rahmen der Behandlung des Patienten für Blutgerinnungsfaktoren angefallenen Beträge. Ab Überschreitung dieses Schwellenwertes ist der gesamte für die Behandlung des Patienten mit Blutgerinnungsfaktoren angefallene Betrag abzurechnen.

Zur Differenzierung einer dauerhaft erworbenen bzw. einer temporären Blutgerinnungsstörung wurden die Zusatzkodes U99.0 und U99.1 aus dem Bereich U99.- *Nicht belegte Schlüsselnummer U99* der ICD-10-GM Version 2013 vom DIMDI mit Inhalt belegt. Für Version 2014 wurden diese durch U69.11 *Dauerhaft erworbene Blutgerinnungsstörung* und U69.12 *Temporäre Blutgerinnungsstörung* ersetzt, die nur in Verbindung mit einer vorangestellten primären Schlüsselnummer aus Tabelle 3 der Anlage 7 zur FPV 2014 verwendet werden dürfen. Diese Diagnosekodes liegen in den Daten des Jahres 2012 noch nicht vor. Für die Leistungsplanung 2014 müssen somit über die per ICD verschlüsselten Diagnosen hinausgehende Informationen herangezogen werden.

4.4. Differenzierung von Zusatzentgelt-definierenden OPS-Kodes (Stand: 31.10.2013)

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 Codes in die Zusatzentgelt-Anlagen des Fallpauschalenkatalogs an entsprechender Stelle.

Ein Beispiel ist die im OPS 2009 vorgenommene Ausdifferenzierung der Codes für die intermittierende Hämodialyse mit der Schaffung eines neuen Codes für *Hämodialyse: Verlängert intermittierend, zur Elimination von Proteinen mit einer Molekularmasse bis 60.000* (8-854.8).

Da diese Leistung zuvor nicht spezifisch kodierbar war, konnte sie nur als "intermittierende Hämodialyse" verschlüsselt werden. Entsprechend wurden die neuen Codes auch - analog dem Vorgängerkode - den Zusatzentgelten ZE01.01 *Hämodialyse, intermittierend, Alter > 14 Jahre* sowie ZE01.02 *Hämodialyse, intermittierend, Alter < 15 Jahre* zugeordnet.

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

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

4.5. Bewertung des Zusatzentgeltes ZE2014-41 Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems (Stand: 31.10.2013)

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 2014 folgenden Hinweis zu ZE2014-41:

„Die Bewertung des Zusatzentgeltes mittels einer Differenzkostenbetrachtung hat in Abhängigkeit der abzurechnenden DRG-Fallpauschalen zu erfolgen.“

Mittels Zusatzentgelten soll für bestimmte Leistungen der Mehraufwand vergütet werden, der über die typischen Aufwendungen der DRG, der ein Fall mit einer solchen Leistung zugeordnet wird, hinausgeht. Im Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2005, der Definition und Kalkulation von Zusatzentgelten detailliert darstellt, ist dazu (im Hinblick auf die im Fallpauschalenkatalog einheitlich bewerteten Zusatzentgelte) beschrieben:

„Die Kalkulation der mit der untersuchten Leistung verbundenen Kosten erfolgt durch eine Differenzkostenberechnung zwischen Fällen mit und Fällen ohne betrachtete Leistung. Für die Differenzkostenberechnung [ist] die Verteilung der Fälle auf die betroffenen DRG-Fallgruppen ausschlaggebend. Der Vergütungsbetrag eines Zusatzentgeltes entspricht damit dem gewichteten Mittelwert der Differenzkosten über die betroffenen DRGs.“

Aus Sicht des InEK ist die dargestellte Differenzkostenbetrachtung auch bei einer krankenhausespezifischen Bewertung des Zusatzentgeltes ZE2014-41 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 ZE2014-41 typischen Leistungen bereits als Bestandteil der DRG enthalten könnte.