

Hinweise zur Leistungsplanung/Budgetverhandlung für das Jahr 2015 in Zusammenhang mit den Definitionshandbüchern der G-DRG-Versionen 2013/2015 und 2014/2015 bzw. den darauf beruhenden Groupern

Die G-DRG-Version 2013/2015 dient der Verarbeitung von Daten aus dem Jahr 2013 (beruhend auf den Katalogen ICD-10-GM Version 2013 und OPS Version 2013) mit dem im Jahr 2015 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 2013/2015 für die Daten aus 2013 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 2015 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 2014/2015 der Verarbeitung von Daten aus 2014 (beruhend auf den Katalogen ICD-10-GM Version 2014 und OPS Version 2014) mit dem im Jahr 2015 zur Abrechnung verwendeten Grouperalgorithmus. Auch die Gruppierungsergebnisse der G-DRG-Version 2014/2015 für die Daten aus 2014 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 2013/2015 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 2013 noch nicht kodiert werden konnten und zum anderen ein Grouper der Version 2013/2015 Codes, die in 2013 nicht Bestandteil der ICD-10-GM oder des OPS waren, als ungültig wertet. Daher sind diese Codes in der G-DRG-Version 2013/2015 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 2014

1.1.1. Lobektomie zur Lebend-Organspende, offen chirurgisch (Stand: 17.10.2014)

Siehe hierzu Kapitel 2.2.1. Lungenspender

1.1.2. Retransplantation/Retransfusion von hämatopoetischen Stammzellen während desselben stationären Aufenthalts (Stand: 17.10.2014)

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 2015 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 2013 verschlüsselt wurden, können die o.g. Prozedurenkodes jedoch nicht enthalten und daher die entsprechenden DRGs in der G-DRG-Version 2013/2015 auch nicht erreichen.

1.1.3. Innere Amputation im Bereich der Fußwurzelknochen (Stand: 17.10.2014)

Der 2014 neu eingeführte Prozedurenkode 5-865.92 *Innere Amputation im Bereich der Mittelfuß- und Fußwurzelknochen, Fußwurzel [Tarsus]* wird in den G-DRG Versionen 2015 – 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 2013 mit dem Code für *sonstige Amputation und Exartikulation am Fuß* (5-865.x) verschlüsselt wurden, erreichen sie diese Eingruppierung in G-DRG Version 2013/2015 in der Regel nicht.

1.2. Neue oder geänderte Codes im OPS Version 2015

1.2.1. Verschluss abdominaler Hernien mit allogenen oder xenogenem Material (Stand 19.11.2014)

Der Codebereich 5-53 *Verschluss abdominaler Hernien* des OPS wurde für die Version 2015 grundlegend überarbeitet. Dabei wurden unter anderem verschiedene OPS-Kodes für den Einsatz von alloplastischem Material beim Verschluss abdominaler Hernien um allogenes oder xenogenes Material erweitert. Sofern Verfahren mit der Verwendung von allogenen oder xenogenem Material bisher nicht mit dem Code für die Verwendung von alloplastischen Material sondern mit einem Code für „sonstiger Verschluss“ kodiert wurden ist zu beachten, dass in Einzelfällen gemäß G-DRG Version 2015 – insbesondere in der MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* – eine andere Eingruppierung resultieren kann, als eine Analyse auf Basis der Daten aus 2013 und 2014 vermuten lässt. Dies gilt vor allem für den *Verschluss einer Narbenhernie* (5-536) und den *Verschluss kongenitaler Bauchwanddefekte* (5-537).

1.2.2. Art des verwendeten Knochenersatz- und Osteosynthesematerials: Resorbierbares Material (Stand: 19.11.2014)

Für die Verwendung von resorbierbarem Osteosynthesematerial standen im OPS in den Codebereichen 5-786 *Osteosyntheseverfahren* und 5-79 *Reposition von Fraktur und Luxation*

bisher spezifische, nach Lokalisation differenzierte Codes zur Verfügung. Diese Codes enthielten allerdings keine Informationen über die Art der verwendeten Implantate (z.B. Schraube oder Platte). Für den OPS Version 2015 wurden diese Prozeduren für die Verwendung von resorbierbarem Material gestrichen. Für die Verwendung von resorbierbarem Osteosynthesematerial wurde ein eigenständiger Zusatzcode 5-931.1 *Art des verwendeten Knochenersatz- und Osteosynthesematerials: resorbierbares Material* etabliert, der die jeweiligen verfahrensspezifischen Codes ersetzt und zusätzlich zu den Prozeduren, die das spezifische Verfahren sowie Lokalisation und Art des Implantats (z.B. 5-791.05 *Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Radiuschaft*) wiedergeben, angegeben wird. In der G-DRG-Version 2014 wiesen die Codes für die Verwendung von resorbierbarem Material vielerorts schon dieselbe Gruppierungsrelevanz in der MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* auf, wie die OPS-Codes für die Arten von Implantaten, die typischerweise als resorbierbares Material zur Verfügung stehen (z.B. Schraube). Zudem ließen die Daten der Kalkulationskrankenhäuser aus 2013 erkennen, dass vielfach schon eine Doppelkodierung in dem Sinne vorgenommen wurde, dass zusätzlich zu dem Code für das resorbierbare Material schon die Art des Implantates spezifisch verschlüsselt wurde.

Es ist jedoch zu beachten, dass bei Fällen, bei denen eine Osteosynthese durch resorbierbares Material nach OPS-Version 2015 verschlüsselt wurde, in Einzelfällen eine andere Eingruppierung gemäß G-DRG-Version 2015 erfolgen kann, als eine Analyse auf Basis von Daten der Jahre 2013 und 2014 vermuten lässt.

2. Änderungen der Diagnosenklassifikation (ICD)

2.1. Neue oder geänderte Codes in der ICD-10-GM Version 2014

2.1.1. Lungenspender (Stand: 17.10.2014)

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

In den G-DRG-Versionen 2014/2015 und 2015 werden Fälle mit dem Code 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 2013) für den *Spender sonstiger Organe oder Gewebe (Z52.8)* werden die betreffenden Fälle gemäß der G-DRG Version 2013/2015 der Basis-DRG Z01 *OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen* zugeordnet.

Es ist daher zu beachten, dass gemäß den G-DRG Versionen 2014/2015 und 2015 ggf. mehr Fälle der DRG Z04Z zugeordnet werden könnten, als eine Analyse auf Basis von Daten aus 2013 vermuten lässt.

2.1.2. Infektion und entzündliche Reaktion sowie sonstige Komplikationen durch Mammaprothese oder -implantat (Stand: 17.10.2014)

Die Codes 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 den G-DRG-Versionen 2014/2015 und 2015 werden Fälle mit den Codes 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 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 der G-DRG-Version 2013/2015 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 den G-DRG Versionen 2014/2015 und 2015 ggf. mehr Fälle der MDC 09 zugeordnet werden könnten, als eine Analyse auf Basis von Daten aus 2013 vermuten lässt.

2.2. Neue oder geänderte Codes in der ICD-10-GM Version 2015

2.2.1. Traumatische Muskelischämie (Stand: 19.11.2014)

Die Diagnose T79.6 *Traumatische Muskelischämie (Inkl.: Kompartmentsyndrom)* war in der Funktion *Polytrauma* gemäß G-DRG-Version 2013/2015 und 2014/2015 lokalisationsunabhängig gruppierungsrelevant. Für die ICD-10-GM Version 2015 wurde dieser Code nach Lokalisation differenziert:

- T79.60 [...] *der oberen Extremität*
- T79.61 [...] *des Oberschenkels und der Hüfte*
- T79.62 [...] *des Unterschenkels*
- T79.63 [...] *des Fußes*
- T79.68 [...] *sonstiger Lokalisation*
- T79.69 [...] *nicht näher bezeichneter Lokalisation*

Ab 2015 ist somit eine lokalisationsabhängige Berücksichtigung der Diagnosen für traumatische Muskelischämie in der Funktion *Polytrauma* möglich. In wenigen Fällen können daher Konstellationen, die gemäß den G-DRG-Versionen 2013/2015 und 2014/2015 als Polytrauma gewertet wurden in der G-DRG-Version 2015 nicht mehr als Polytrauma dargestellt werden.

3. Änderungen der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR)

3.1. Änderungen der Deutschen Kodierrichtlinien Version 2014

3.1.1. Zuordnung der Hauptdiagnose bei einer Entbindung (Stand: 17.10.2014)

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 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: 17.10.2014)

In der Fallpauschalenvereinbarung 2015 (FPV 2015) werden in den Anlagen nachfolgende Leistungen aufgeführt, die im Jahr 2015 neu über Zusatzentgelte vergütet werden:

ZE2015-101 *Gabe von Mifamurtid, parenteral,*

ZE2015-102 *Gabe von Decitabine, parenteral,*

ZE2015-107 *Medikamente-freisetzende bioresorbierbare Koronarstents,*

ZE2015-108 *Implantation einer Irisprothese,*

ZE2015-109 *Dialyse mit High-Cut-off-Dialysemembran.*

Ein Teil dieser Leistungen ist über OPS-Kodes definiert, die in den Daten des Jahres 2013 oder 2014 noch nicht oder nicht in der erforderlichen Differenzierung vorliegen. Für die Leistungsplanung 2015 müssen somit ggf. über die per OPS verschlüsselten Prozeduren hinausgehende Informationen herangezogen werden.

4.2. Differenzierung von Zusatzentgelten (Stand: 17.10.2014)

In der OPS-Version 2015 ändern sich die Dosisklassen für die Transfusion von Thrombozyten- und Apherese-Thrombozytenkonzentraten. Aufgrund der Änderung der Leistungsbezeichner für die Zusatzentgelte ZE94 *Gabe von Thrombozytenkonzentraten* und ZE84 *Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten* wurden diese beiden Zusatzentgelte für die Fallpauschalenvereinbarung 2015 (FPV 2015) in die beiden Zusatzentgelte ZE146 *Gabe von Thrombozytenkonzentraten* und ZE147 *Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten* entsprechend der neuen Dosisklassen des OPS-Version 2015 überführt.

Des Weiteren werden in der Fallpauschalenvereinbarung 2015 nachfolgende Leistungen im Jahr 2015 nach Applikationsart differenziert. Die im Katalog von 2014 als bewertete Zusatzentgelte gelisteten Leistungen werden für das Jahr 2015 differenziert entweder über ein entsprechendes bewertetes oder ein unbewertetes Zusatzentgelt vergütet.

FPV 2014 (Anlage 2 und 5)	FPV 2015 (Anlage 2 und 5)	FPV 2014 (Anlage 4 und 6)
ZE27 <i>Gabe von Trastuzumab, parenteral</i>	ZE149 <i>Gabe von Trastuzumab, intravenös</i>	ZE2015-104 <i>Gabe von Trastuzumab, subkutan</i>
ZE82 <i>Gabe von Rituximab, parenteral</i>	ZE148 <i>Gabe von Rituximab, intravenös</i>	ZE2015-103 <i>Gabe von Rituximab, subkutan</i>
ZE114 <i>Gabe von Posaconazol, oral</i>	ZE150 <i>Gabe von Posaconazol, oral, Suspension</i>	ZE2015-105 <i>Gabe von Posaconazol, oral, Tabletten</i>
ZE118 <i>Gabe von Abatacept, parenteral</i>	ZE151 <i>Gabe von Abatacept, intravenös</i>	ZE2015-106 <i>Gabe von Abatacept, subkutan</i>

Ein Teil der Leistungen ist über OPS-Kodes definiert, die in den Daten des Jahres 2013 oder 2014 noch nicht oder nicht in der erforderlichen Differenzierung vorliegen. Für die Leistungsplanung 2015 müssen ggf. über die per OPS verschlüsselten Prozeduren hinausgehende Informationen herangezogen werden.

4.3. Änderung von unbewerteten Zusatzentgelten (Stand:17.10.2014)

Zur Abbildung von Fällen mit Behandlung von Blutgerinnungsstörungen weist die Fallpauschalenvereinbarung 2015 (FPV 2015) zwei unbewertete Zusatzentgelte auf: ZE2015-97 *Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren* und ZE2015-98 *Gabe von Blutgerinnungsfaktoren*. Diese sind jeweils durch Kombinationen bestimmter Prozeduren- und Diagnosekodes definiert. Dabei sind dauerhaft erworbene Blutgerinnungsstörungen dem extrabudgetären ZE2015-97 und temporäre Blutgerinnungsstörungen dem intrabudgetären ZE2015-98 zuzuordnen. Bei ZE2015-98 gilt für das Jahr 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 Schlüsselnum-*

mer 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 zusätzlichen Diagnosekodes waren für Daten des Jahres 2013 noch nicht verpflichtend, so dass ggf. für die Leistungsplanung 2015 noch über die per ICD verschlüsselten Diagnosen hinausgehende Informationen herangezogen werden müssen.

4.4. Differenzierung von Zusatzentgelt-definierenden ICD-10-Kodes (Stand: 17.10.2014)

Die Verschlüsselung einer Gerinnungsstörung durch das Willebrand-Jürgens-Syndrom wurde 2014 über den ICD-10-Kode D68.0 *Willebrand-Jürgens-Syndrom* automatisch dem Zusatzentgelt ZE2014-97 *Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren* zugeordnet. Für 2015 wurde dieser Kode differenziert in:

- D68.00 *Hereditäres Willebrand-Jürgens-Syndrom*
- D68.01 *Erworbenes Willebrand-Jürgens-Syndrom*
- D68.09 *Willebrand-Jürgens-Syndrom, nicht näher bezeichnet*

Dabei ist zu beachten, dass für das Jahr 2015 nur noch das *hereditäre Willebrand-Jürgens-Syndrom* (D68.00) automatisch dem Zusatzentgelt ZE2015-97 zugeordnet wird. Für die beiden weiteren ICD-10 Kodes sind die Zusatzkodes U69.11! und U69.12! zur Unterscheidung einer dauerhaften oder temporär erworbenen Gerinnungsstörung für die Einordnung in das jeweils entsprechende Zusatzentgelt maßgeblich entscheidend. Damit werden ggf. einige Fälle, die im Jahr 2014 noch dem extrabudgetären ZE2015-97 zugeordnet wurden, im Jahr 2015 dem intrabudgetären ZE2015-98 *Gabe von Blutgerinnungsfaktoren* zugeordnet.

Die Verschlüsselung von D69.8 *Sonstige näher bezeichnete hämorrhagische Diathesen* nach der ICD-10-GM Version 2014 führt 2014 in Abhängigkeit von den oben angesprochenen Zusatzkodes zur Zuordnung zum ZE2014-97 oder ZE2014-98. Im Systemjahr 2015 ist nach einer Differenzierung des Kodes in der ICD-10-GM Version 2015 für die spezifische Diagnose D69.80 *Hämorrhagische Diathese durch Thrombozytenaggregationshemmer* ggf. das ZE2015-98 abrechenbar. Damit könnten zum einen einige Fälle, die im Jahr 2014 noch dem extrabudgetären ZE2015-97 zugeordnet wurden, im Jahr 2015 dem intrabudgetären ZE2015-98 *Gabe von Blutgerinnungsfaktoren* zugeordnet werden, zum anderen müssen ggf. für die Leistungsplanung 2015 noch über die per ICD-10 verschlüsselten Diagnosen hinausgehende Informationen herangezogen werden. Für die Diagnose D69.88 *Sonstige näher bezeichnete hämorrhagische Diathesen* verbleibt die Regelung wie im Vorjahr für den undifferenzierten Kode D69.8.

4.5. Differenzierung von Zusatzentgelt-definierenden OPS-Kodes (Stand: 17.10.2014)

Wenn bei OPS-Kodes, die ein Zusatzentgelt des Fallpauschalenkataloges definieren, eine weitere Ausdifferenzierung vom DIMDI vorgenommen wird, erfolgt typischerweise auch eine Aufnahme der entsprechenden differenzierten Kodes in die Zusatzentgelt-Anlagen des Fallpauschalenkataloges an entsprechender Stelle.

Ein Beispiel hierfür aus den Vorjahren ist die im OPS 2009 vorgenommene Ausdifferenzierung der Kodes für die intermittierende Hämodialyse mit der Schaffung eines neuen Kodes für *Hämo-*

dialyse: 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. (Dies galt bis 2014, seit 2015 sind diese Codes einem eigenen unbewerteten Zusatzentgelt ZE2015-109 *Dialyse mit High-Cut-off-Dialysemembran* 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 krankenhausesindividuelles 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.

4.6. Bewertung des Zusatzentgeltes ZE2015-41 Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems (Stand: 17.10.2014)

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 2015 folgenden Hinweis zu ZE2015-41:

„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 ZE2015-41 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 Erkan-*

kungen 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 ZE2015-41 typischen Leistungen bereits als Bestandteil der DRG enthalten könnte.

4.7. Definition des Zusatzentgeltes ZE 10 Künstlicher Blasenschließmuskel (Stand: 19.11.2014)

Das Zusatzentgelt ZE10 *Künstlicher Blasenschließmuskel* ist bis einschließlich 2014 unter anderem definiert durch Prozeduren aus dem Codebereich 5-597.3* für *Eingriffe bei artifiziellem Harnblasensphinkter: Wechsel*. Im OPS Version 2015 wurde dieser Codebereich weiter differenziert und um die Prozedur 5-597.33 *Eingriffe bei artifiziellem Harnblasensphinkter: Wechsel: Isolierter Pumpenwechsel* ergänzt. Dieser Code ist gemäß Fallpauschalenkatalog 2015 Anlage 5 nicht Bestandteil der Definition des Zusatzentgeltes ZE10 *Künstlicher Blasenschließmuskel*. Wenn diese Leistung bisher mit dem unspezifischen Code 5-597.3x *Eingriffe bei artifiziellem Harnblasensphinkter: Wechsel: Sonstige* verschlüsselt wurde ist zu beachten, dass in 2015 ggf. für weniger Fälle das Zusatzentgelt ZE 10 abgerechnet werden kann, als eine Analyse auf Basis von Daten aus 2013 oder 2014 vermuten lässt.