

Hinweise zur Leistungsplanung/Budgetverhandlung für das Jahr 2017 in Zusammenhang mit den Definitionshandbüchern der G-DRG-Versionen 2015/2017 und 2016/2017 bzw. den darauf beruhenden Groupern

Die G-DRG-Version 2015/2017 dient der Verarbeitung von Daten aus dem Jahr 2015 (beruhend auf den Katalogen ICD-10-GM Version 2015 und OPS Version 2015) mit dem im Jahr 2017 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 2015/2017 für die Daten aus 2015 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 2017 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 2016/2017 der Verarbeitung von Daten aus 2016 (beruhend auf den Katalogen ICD-10-GM Version 2016 und OPS Version 2016) mit dem im Jahr 2017 zur Abrechnung verwendeten Grouperalgorithmus. Auch die Gruppierungsergebnisse der G-DRG-Version 2016/2017 für die Daten aus 2016 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 2016

1.1.1. Anoproktoplastik (Stand: 21.10.2016)

Der Codebereich 5-496.6 *Anoproktoplastik* des OPS Version 2015 wurde für die Version 2016 gestrichen. Diese Codes wurden in der G-DRG Version 2015/2017 in der MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* in der Basis-DRG G11 *Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter* abgebildet. Wird dieses Verfahren zur Rekonstruktion einer Analtresie angewendet, so ist gemäß OPS ein Code aus dem Bereich 5-495 *Primäre plastische Rekonstruktion bei anorektalen Anomalien* anzugeben. Wurde dieses Verfahren beispielsweise zur Behandlung von Analfisteln eingesetzt, ist zu bedenken, dass hierfür im OPS mit dem Codebereich 5-491 *Operative Behandlung von Analfisteln* ein eigenes Kapitel für die Verschlüsselung zur Verfügung steht. Codes aus 5-491 werden ab der G-DRG Version 2016

im Gegensatz zu den Prozeduren für Anoproktoplastik in der MDC 06 in der Basis-DRG G26 *Andere Eingriffe am Anus* abgebildet.

Somit muss bedacht werden, dass aufgrund der Streichung des Codebereiches 5-496.6 bestimmte Verfahren ab 2016 mit dem OPS anders kodiert werden müssen und deshalb gemäß G-DRG Version 2017 weniger Fälle der Basis-DRG G11 zugeordnet werden könnten, als eine Analyse auf Basis von Daten aus 2015 vermuten lässt.

1.1.2. Parakorporale pulsatile Membranpumpe mit integrierter Gegenpulsation zur Kreislaufunterstützung (Stand: 21.10.2016)

In der OPS Version 2016 wurde der Codebereich 8-839 *Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße* um Verfahren zur *Endovaskulären Implantation, Wechsel oder Entfernung einer parakorporalen pulsatilen Membranpumpe mit integrierter Gegenpulsation zur Kreislaufunterstützung* (8-839.b) erweitert. Soweit diese Fälle im Jahr 2015 mit dem OPS-Kode 8-839.x *Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Sonstige* verschlüsselt wurden, war diese Leistung nicht relevant für die Zuordnung zu einer DRG. Für die G-DRG Version 2016 wurde der Codebereich 8-839.b dem Codebereich 8-839.a *Endovaskuläre Implantation oder Entfernung einer extrakorporalen Zentrifugalpumpe zur Kreislaufunterstützung* gleichgestellt und damit in verschiedenen DRGs der MDC 05 und in der MDC 23 gruppierungsrelevant. Damit kann ein Teil dieser Fälle sich in der G-DRG Version 2017 innerhalb der MDC 05 und MDC 23 anders darstellen, als anhand der Daten des Jahres 2015 erwartet wird.

1.2. Neue oder geänderte Codes im OPS Version 2017

1.2.1. Offen chirurgische Implantation von Stents/Selektive offene intravasale Lyse (Stand: 23.11.2016)

Bis einschließlich OPS Version 2016 stehen für die Verschlüsselung bestimmter Gefäßinterventionen in Abhängigkeit vom Zugangsweg zwei verschiedene Codebereiche zur Verfügung. Zum einen existieren für offen chirurgische Gefäßinterventionen verschiedene Zusatzcodes in Kapitel 5 *Operationen* des OPS, die zusätzlich zu einem Verfahren aus dem Abschnitt *Operationen an Blutgefäßen* (5-38...5-39) angegeben werden können. Zum anderen gibt es für perkutan-transluminale Gefäßinterventionen weitgehend entsprechende Prozeduren in den Abschnitten für *Perkutan-transluminale Gefäßintervention* (8-836) und *Perkutan-transluminale Stentimplantation* (8-84) im Kapitel 8 *Nichtoperative therapeutische Maßnahmen*.

Für den OPS Version 2017 wurden die Zusatzcodes für offen chirurgische Gefäßinterventionen (5-38c bis 5-38g) gestrichen. Diese Verfahren sind ab 2017 mit einem Code für eine perkutan-transluminale Gefäßintervention zu kodieren. Davon ausgenommen sind lediglich Gefäßinterventionen an Herz- und Koronargefäßen. Dies hat für Fälle mit einem offen chirurgischen Verfahren nicht nur hinsichtlich der Kodierung, sondern auch hinsichtlich ihrer Eingruppierung in G-DRG System 2017 Konsequenzen, da die Prozeduren für perkutan-transluminale Gefäßinterventionen im G-DRG System bisher in deutlich größerem Ausmaß gruppierungsrelevant waren, als die Zusatzcodes für die offen chirurgischen Gefäßinterventionen. In der G-DRG Version 2016 wurden nur die Prozeduren für offen chirurgische Stentimplantationen (5-38c bis 5-38e) lediglich für die Definition der DRG F59B *Mäßig komplexe Gefäßeingriffe, mit aufwendigem Ein-*

griff oder mit bestimmtem beidseitigen Eingriff [...] verwendet. Für die G-DRG Versionen 2017 wurden im Vorgriff auf die geänderte Kodierung bereits Anpassungen dahingehend vorgenommen, dass die Gruppierungsrelevanz der offen chirurgischen Verfahren an die entsprechenden Codes für die perkutan-transluminale Verfahren angeglichen wurde, was hauptsächlich Auswirkungen auf die MDCs 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems* und 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* hatte.

Es ist jedoch zu beachten, dass bei Fällen, bei denen eine offen chirurgische Gefäßintervention nach dem OPS Version 2017 verschlüsselt wurde, in Einzelfällen eine andere Eingruppierung gemäß G-DRG-Version 2017 erfolgen kann, als eine Analyse auf Basis von Daten der Jahre 2015 und 2016 vermuten lässt. Zusätzlich ist zu bedenken, dass diese Zusatzcodes bisher nur in geringem Umfang gruppierungsrelevant waren. Daher ist es möglich, dass sie nicht regelhaft erfasst wurden. Deshalb müssen für die Leistungsplanung 2017 gegebenenfalls über die per OPS verschlüsselten Prozeduren hinausgehende Informationen herangezogen werden.

1.2.2. Radikale Vulvektomie (Stand: 23.11.2016)

Die Kodierung einer Vulvektomie wurde für den OPS Version 2017 grundlegend überarbeitet und an die aktuellen medizinischen Verfahren und Nomenklaturen angepasst. Der Code 5-715 *Radikale Vulvektomie* des OPS Version 2016 wurde für die Version 2017 gestrichen. In den G-DRG Versionen 2015/2017 und 2016/2017 war dieser Code in der MDC 13 *Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane* in der Basis-DRG N01 *Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie* und in der DRG N38Z *Komplizierende Konstellation mit best. op. Eingriff bei Krankheiten u. Störungen der weibl. Geschlechtsorg. od. Beckenevisz. bei der Frau u. radikale Vulvektomie [...]* gruppierungsrelevant. Die Abgrenzung zu dem Code 5-714.5 *Vulvektomie: Total* des OPS Version 2016 war inhaltlich nicht trennscharf und hat zu Unsicherheiten bei der Kodierung geführt, zumal beide Prozeduren in der G-DRG Version 2016 in unterschiedlichem Ausmaß gruppierungsrelevant sind. So führte beispielsweise die alleinige Verschlüsselung des Codes 5-715 bereits in die Basis-DRG N01, während dies bei dem Code 5-714.5 nur in Verbindung mit weiteren Eingriffen wie z.B. bestimmten Lymphadenektomien oder einer Beckeneviszeration möglich war.

Ab 2017 kann mit dem Codebereich 5-714.6 *Vulvektomie: En bloc, mit inguinaler und femoraler Lymphadenektomie* ein Verfahren kodiert werden, das in der G-DRG Version 2017 die gleiche Funktion besitzt, wie der Code 5-715 in den G-DRG Versionen 2015/2017 und 2016/2017. Für radikale Vulvektomien, die nicht einer En-bloc Resektion entsprechen, ist zukünftig der Code 5-714.5 anzugeben. Die durchgeführten Lymphadenektomien sind gesondert zu kodieren. Für 2017 wurde die Gruppierungsrelevanz des Codes 5-714.5 bereits in der Form angepasst, dass diese Leistung in Kombination mit einer radikalen inguinalen Lymphadenektomie ebenfalls in der Basis-DRG N01 abgebildet wird.

In Abhängigkeit der Kodierung einer radikalen Vulvektomie in den Jahren 2015 und 2016 ist jedoch zu bedenken, dass in der G-DRG Version 2017 gegebenenfalls weniger Fälle der Basis-DRG N01 bzw. der DRG N38Z zugeordnet werden können, als eine Analyse auf Basis von Daten aus 2015 bzw. 2016 vermuten lässt.

2. Änderungen der Diagnosenklassifikation (ICD)

2.1. Neue oder geänderte Codes in der ICD-10-GM Version 2016

2.1.1. Venöse Insuffizienz mit Ulzeration (Stand: 21.10.2016)

In der ICD-10-GM Version 2016 wurde der Code I87.2 *Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher)* nach dem Vorliegen von Ulzerationen differenziert:

I87.20 [...] *ohne Ulzeration*

I87.21 [...] *mit Ulzeration*

Die Verschlüsselung eines *Ulcus cruris* erfolgte zum Teil auch mit dem Code L97 *Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert*. Gemäß dem alphabetischen Verzeichnis war die venöse Insuffizienz der Beine mit Ulzeration jedoch bisher schon mit I87.2 zu kodieren. Wenn in 2015 bei stationärer Aufnahme wegen venöser Insuffizienz der Beine mit Ulzeration nicht der Code I87.2 sondern L97 als Hauptdiagnose verschlüsselt wurde, ist zu bedenken, dass die gemäß G-DRG Version 2015/2017 der MDC 09 *Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma* zugeordneten Fälle bei Kodierung gemäß ICD-10-GM Version 2016 in eine DRG der MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* eingruppiert werden. Zusätzlich ist zu bedenken, dass der Code L97 – im Gegensatz zu I87.2 – in bestimmten Basis-DRGs wie beispielsweise der Basis-DRG J11 *Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma* der MDC 09 auch als Nebendiagnose gruppierungsrelevant ist und demzufolge gemäß G-DRG Version 2017 ggf. innerhalb dieser Basis-DRGs weniger Fälle höher bewerteten DRGs zugeordnet werden können, als eine Analyse auf Basis von Daten aus 2015 vermuten lässt.

2.1.2. Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte (Stand: 21.10.2016)

Die Anwendung der Diagnose M96.6 *Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte* wird in der ICD-10-GM Version 2016 durch einen Hinweis näher erläutert:

„Diese Schlüsselnummer ist nur bei einer beim Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte aufgetretenen Fraktur anzugeben.“

Zusätzlich wurden bei Schlüsselnummern für Frakturen wie z.B. S72.- *Fraktur des Femurs* folgende Hinweise ergänzt:

„Benutze die zusätzliche Schlüsselnummer M96.6, um anzugeben, dass die Fraktur beim Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte aufgetreten ist.“

„Benutze eine zusätzliche Schlüsselnummer aus Z96.6-, um anzugeben, dass es sich um eine Fraktur bei einem bereits vorhandenen orthopädischen Gelenkimplantat handelt.“

Es ist ab 2016 somit nicht mehr möglich eine Fraktur bei bestehendem Implantat, die nicht während eines Eingriffs sondern erst nach dem Eingriff auftritt, mit dem Code M96.6 zu verschlüsseln.

Der Kode M96.6 ist insbesondere in der MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* in anderen DRGs gruppierungsrelevant, als die spezifischen, nach Lokalisation differenzierten Diagnosen für Frakturen.

Aufgrund der inhaltlichen Definition des Kodes M96.6 und der Hinweise im Bereich der spezifischen Frakturdiagnosen ist zu beachten, dass bei Kodierung einer periprothetischen Fraktur oder einer Fraktur beim Einsetzen eines orthopädischen Implantates gemäß ICD-10-GM Version 2016 oder 2017 eine andere Eingruppierung in der MDC 08 resultieren kann, als eine Analyse auf Basis von Daten aus 2015 vermuten lässt.

2.1.3. Überschüssige und erschlaffte Haut und Unterhaut (Stand: 21.10.2016)

In die ICD-10-GM Version 2016 wurde der Kode L98.7 *Überschüssige und erschlaffte Haut und Unterhaut* neu aufgenommen. Für das G-DRG System 2016 wurde der Kode entsprechend dem Vorgängerkode L98.8 *Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Haut und der Unterhaut* behandelt und auf diesen übergeleitet. Damit war diese Diagnose innerhalb der MDC 09 *Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma* gruppierungsrelevant.

Diese Diagnose wird in 2016 auch als Hauptdiagnose für Behandlungsfälle mit einem gewebereduzierenden Verfahren nach Gewichtsverlust verwendet.

Fälle mit einer Hauptdiagnose aus dem Bereich E65-E68 *Adipositas und sonstige Überernährung* und einem Verfahren zur Gewebereduktion werden jedoch bisher vor allem innerhalb der MDC 10 *Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten* abgebildet. Deshalb wird ab der G-DRG Version 2016/2017 die Diagnose L98.7 der Diagnose E65 *Lokalisierte Adipositas* gleich gestellt und innerhalb der MDC 10 gruppierungsrelevant.

Soweit im Jahr 2015 bei Fällen mit stationärer Aufnahme zur Gewebereduktion nach Gewichtsverlust beispielsweise der Kode E65 als Hauptdiagnose angegeben wurde, erfolgte bereits die Zuordnung zur MDC 10. Bei entsprechendem operativen Eingriff wurden diese Fälle überwiegend der DRG K07Z *Andere Eingriffe bei Adipositas* zugeordnet. Wenn für diese Fälle in 2015 der Kode L98.8 als Hauptdiagnose verschlüsselt wurde ist zu beachten, dass gemäß den G-DRG Versionen 2016/2017 und 2017 gegebenenfalls mehr Fälle der MDC 10 zugeordnet werden, als eine Analyse auf Basis der Daten aus dem Jahr 2015 vermuten lässt.

2.2. Neue oder geänderte Kodes in der ICD-10-GM Version 2017

2.2.1. Erreger mit bestimmten Antibiotikaresistenzen, die besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen erfordern (Stand: 23.11.2016)

Für die ICD-10-GM Version 2017 wurden die sekundären Schlüsselnummern aus der ICD-10-GM Version 2016 für *Erreger mit bestimmten Antibiotikaresistenzen, die besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen erfordern* (U80.-!) und für *Bakterien mit Multiresistenz gegen Antibiotika* (U81!) überarbeitet. Zukünftig sind mit dem Codebereich (U80.-!) nur noch **Grampositive** *Erreger mit bestimmten Antibiotikaresistenzen, die besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen erfordern* zu verschlüsseln. Der Codebereich U81.-! enthält in der ICD-10-GM Version 2017 **Gramnegative** *Erreger mit bestimmten Antibiotikaresistenzen, die besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen erfordern* und wurde zusätzlich nach

Resistenzstufen gegen Antibiotika gemäß den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) ausdifferenziert.

Im G-DRG System 2016 ist die Unterscheidung zwischen beiden Schlüsselnummern/Kodebereichen vor allem über eine unterschiedliche Bewertung in der CCL-Matrix und damit über den für den jeweiligen Fall berechneten PCCL-Wert gruppierungsrelevant.

Eine eindeutige Überleitung der Codes aus U80.-! und U81.-! von der Version 2017 auf die Version 2016 der ICD-10-GM ist nicht möglich. Im Rahmen der Überleitung der G-DRG Version 2016/2017 auf die Version 2017 sollte unter anderem eine angemessene Abbildung unterschiedlicher Resistenzstufen innerhalb der CCL-Matrix gewährleistet sein. So galt es zu vermeiden, dass beispielsweise Fälle mit einem Kode für eine hohe Resistenzstufe schlechter gestellt sind, als Fälle mit einem entsprechenden Kode für eine niedrige Resistenzstufe.

Für die Leistungsplanung 2017 ist dennoch zu berücksichtigen, dass insbesondere bei Fällen, die in einer nach dem PCCL differenzierten DRG abgebildet werden, ggf. andere PCCL-Werte berechnet werden und damit eine andere Gruppierung erfolgen kann, als eine Analyse auf Basis der Daten aus dem Jahr 2015 vermuten lässt.

3. Änderungen der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR)

3.1. Änderungen der Deutschen Kodierrichtlinien Version 2016

3.1.1. Unerwünschte Nebenwirkungen von Arzneimitteln (bei Einnahme gemäß Verordnung) (Stand: 21.10.2016)

Die Verschlüsselung von unerwünschten Nebenwirkungen indikationsgerechter Arzneimittel bei Einnahme gemäß Verordnung ist für 2015 in DKR 1917 folgendermaßen geregelt:

„[...] ein oder mehrere Kodes für den krankhaften Zustand, in dem sich die Nebenwirkungen manifestieren, optional ergänzt durch

Y57.9! Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen [...].“

Zu Unsicherheiten hat in der Vergangenheit häufig die Festlegung der Hauptdiagnose bei stationärer Aufnahme wegen einer Blutung unter Einnahme von Antikoagulanzen geführt. Dies wurde für 2016 durch Ergänzung der DKR 1917 klargestellt:

„[...] Erfolgt die stationäre Aufnahme wegen einer Blutung unter Einnahme von Antikoagulanzen, ist der Kode für das konkrete Blutungsereignis als Hauptdiagnose (entsprechend DKR D002 Hauptdiagnose (Seite 4)) anzugeben. Die Kodes für die hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen sind als Nebendiagnose zu verschlüsseln, optional ergänzt durch

Y57.9! Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen.

Soweit in 2015 bei stationärer Aufnahme wegen einer Blutung unter Einnahme von Antikoagulanzen nicht das konkrete Blutungsereignis sondern beispielsweise die Diagnose D68.33 *Hämorrhagische Diathese durch Cumarine (Vitamin-K-Antagonisten)* (ICD-10-GM Version 2015) als Hauptdiagnose verschlüsselt wurde ist zu beachten, dass bei Kodierung gemäß DKR 1917 ab Version 2016 typischerweise nicht mehr eine Zuordnung in die MDC 16 *Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems* sondern, in Abhängigkeit von der Lokalisation der Blutung, in eine entsprechende organbezogene MDC erfolgt.

4. Zusatzentgelte

4.1. Neue Zusatzentgelte (Stand: 21.10.2016)

In der Fallpauschalenvereinbarung 2017 (FPV 2017) werden in den Anlagen nachfolgende Leistungen aufgeführt, die im Jahr 2017 neu über Zusatzentgelte vergütet werden:

Bewertete Zusatzentgelte

ZE160 Gabe von Lipegfilgrastim, parenteral

ZE161 Radiofrequenzablation Ösophagus

Unbewertete Zusatzentgelte

ZE2017-127 Gabe von L-Asparaginase aus Erwinia chrysanthemi [Erwinase], parenteral

ZE2017-128 Gabe von nicht pegylierter Asparaginase, parenteral

ZE2017-129 Gabe von pegylierter Asparaginase, parenteral

ZE2017-130 Gabe von Belimumab, parenteral

ZE2017-131 Gabe von Defibrotid, parenteral

ZE2017-132 Gabe von Thiotepa, parenteral

ZE2017-133 Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst

ZE2017-134 Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen externen Palliativdienst

ZE2017-135 Basisdiagnostik bei unklarem Symptomkomplex bei Neugeborenen und Säuglingen mit weiteren Maßnahmen

ZE2017-136 Einlegen von endobronchialen Nitinolspiralen

Ein Teil dieser Leistungen ist über OPS-Kodes definiert, die in den Daten des Jahres 2015 oder 2016 noch nicht oder nicht in der erforderlichen Differenzierung vorliegen. Für die Leistungsplanung 2017 müssen somit ggf. über die per OPS verschlüsselten Prozeduren hinausgehende Informationen herangezogen werden.

4.2. Änderung von bewerteten in unbewertete Zusatzentgelte Stand: 21.10.2016)

In der Fallpauschalenvereinbarung für 2017 wurden die in 2016 nachfolgend gelisteten bewerteten Zusatzentgelte unbewertete Zusatzentgelte:

FPV 2016 (Anlage 2 und 5)	FPV 2017 (Anlage 4 und 6)
ZE53 <i>Gabe von Pemetrexed, parenteral</i>	ZE2017-120 <i>Gabe von Pemetrexed, parenteral</i>
ZE76 <i>Gabe von Etanercept, parenteral</i>	ZE2017-121 <i>Gabe von Etanercept, parenteral</i>

ZE92 <i>Gabe von Imatinib, oral</i>	ZE2017-122 <i>Gabe von Imatinib, oral</i>
ZE109 <i>Gabe von Caspofungin, parenteral</i>	ZE2017-123 <i>Gabe von Caspofungin, parenteral</i>
ZE111 <i>Gabe von Voriconazol, oral</i>	ZE2017-124 <i>Gabe von Voriconazol, oral</i>
ZE112 <i>Gabe von Voriconazol, parenteral</i>	ZE2017-125 <i>Gabe von Voriconazol, parenteral</i>

Des Weiteren wurden die OPS-Kodes für die Implantation und den Wechsel von Neurostimulatoren zur Phrenikusnerv-Stimulation:

- 5-059.cb *Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: System zur Phrenikusnerv-Stimulation*
- 5-059.db *Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: System zur Phrenikusnerv-Stimulation*

aus den Definitionen für die bewerteten Zusatzentgelte ZE140 und ZE141 gestrichen und in die Definition für das unbewertete Zusatzentgelt ZE2017-86 aufgenommen.

FPV 2016 (Anlage 2 und 5)	FPV 2017 (Anlage 4 und 6)
ZE140 <i>Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, nicht wiederaufladbar, mit Sondenimplantation</i>	ZE2017-86 <i>Andere Neurostimulatoren und Neuroprothesen</i>
ZE141 <i>Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, nicht wiederaufladbar, ohne Sondenimplantation</i>	

4.3. Änderung von Zusatzentgelt-definierenden ICD-10-Kodes (Stand: 21.10.2016)

Für die Verschlüsselung von Blutgerinnungsstörungen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett standen in der ICD-10-GM Version 2015 ausschließlich Schlüsselnummern aus Kapitel XV *Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett* der ICD-10-GM zur Verfügung (z. B. O45.0 *Vorzeitige Plazentalösung bei Gerinnungsstörung* oder O67.0 *Intrapartale Blutung bei Gerinnungsstörung*). Diese Kodes waren bisher jedoch nicht Bestandteil der Definition der Zusatzentgelte ZE201x-97 und ZE201x-98. Die spezifische Kodierung von Blutgerinnungsstörungen mit Kodes aus D65-D69 *Koagulopathien, Purpura und sonstige hämorrhagische Diathesen* in Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett war bisher durch Exklusiva in der ICD-10-GM ausgeschlossen.

In der ICD-10-GM Version 2016 wurden in Kapitel XV (O00-O99) Hinweise ergänzt, die regeln, dass bei Vorliegen einer Blutgerinnungsstörung in Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett eine zusätzliche Schlüsselnummer (D65-D69) zu benutzen ist.

Da diese zusätzliche Angabe einer Diagnose aus D65-D69 in den Daten des Jahres 2015 noch nicht regelhaft vorliegt, ist zu beachten, dass ggf. für die Leistungsplanung 2017 und insbesondere für die Zuordnung zu den Zusatzentgelten ZE2017-97 und ZE2017-98 noch über die per ICD-10-GM verschlüsselten Diagnosen hinausgehende Informationen herangezogen werden müssen.

4.4. Änderung von bewerteten Zusatzentgelten (Stand: 23.11.2016)

Die in Abschnitt 1.2.1 aufgeführte Zusammenfassung der beiden Codebereiche für offen chirurgische Gefäßinterventionen und für perkutan-transluminale Gefäßinterventionen im OPS Version 2017 zu einem gemeinsamen Codebereich betrifft ebenfalls das bewertete Zusatzentgelt ZE137 *Medikamente-freisetzende Ballons an anderen Gefäßen*.

Konkret bedeutet die Angleichung der Codebereiche, dass eine offen chirurgische Angioplastie (Ballon) (5-38f OPS Version 2016) und eine perkutan-transluminale Angioplastie (Ballon) (8-836.0) zukünftig über den gemeinsamen Codebereich 8-836.0* (*Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon)*) abgebildet werden. Das bewertete Zusatzentgelt ZE137 galt bisher nur für ausgewählte Lokalisationen des perkutan-transluminale Verfahrens. Ab der G-DRG Version 2017 werden über den gemeinsamen Codebereich auch Fälle, die bisher mit einem Code für die offen chirurgische Angioplastie verschlüsselt wurden für ausgewählte Lokalisationen dem Zusatzentgelt ZE137 zugeordnet.

Somit ist für die Leistungsplanung 2017 zu beachten, dass ggf. mehr Fälle unter das Zusatzentgelt ZE137 fallen, als auf Basis der Daten aus 2015 und 2016 zu vermuten ist.

4.5. Änderungen von unbewerteten Zusatzentgelten

4.5.1. Gabe von Ipilimumab, parenteral (Stand: 21.10.2016)

In der FPV 2016 wurde für die parenterale Gabe von Ipilimumab erstmalig das Zusatzentgelt ZE2016-114, ab einer Einstiegsschwelle von 120 mg etabliert. Für 2017 wurden basierend auf den Analysen der Daten aus 2015 und ergänzenden Informationen aus Kalkulationshäusern für das Zusatzentgelt ZE2017-126 *Gabe von Ipilimumab, parenteral* neue Dosisklassen definiert und dabei auch eine niedrigere Einstiegsschwelle von 50 mg etabliert.

Diese Änderung des Zusatzentgeltes wird über OPS-Kodes definiert, die in den Daten des Jahres 2015 und 2016 noch nicht oder nicht in der erforderlichen Differenzierung vorliegen. Für die Leistungsplanung 2017 müssen ggf. über die per OPS verschlüsselten Prozeduren hinausgehende Informationen herangezogen werden.

4.5.2. Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt (Stand 23.11.2016)

Im OPS Version 2017 wurde der Codebereich 5-529 *Andere Operationen am Pankreas und am Pankreasgang* weiter differenziert und Codes für die *Transduodenale Drainage einer Pankreaszyste* (5-529.r) und die *Endoskopische transduodenale Entfernung von Pankreasnekrosen* (5-529.s) eingeführt. Zusätzlich wurden diese Codebereiche nach dem Umstand einer Stentimplantation weiter differenziert. Die beiden spezifischen Endsteller 5-529.r3 [...] *Endoskopisch mit Einlegen eines selbstexpandierenden Stents* und 5-529.s2 [...] *Mit Einlegen eines selbstexpandierenden Stents* wurden für 2017 in die Definition für das unbewertete Zusatzentgelt ZE2017-54 *Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt* aufgenommen. Die Implan-

tation einer selbstexpandierenden Prothese am Pankreas und Pankreasgang konnte bisher bereits mit einem Kode aus 5-529.g [...] *Einlegen einer selbstexpandierenden Prothese*, differenziert nach dem Zugangsweg, verschlüsselt werden. Dieser Kode war bereits 2016 in der Definition des ZE2017-54 enthalten.

In Abhängigkeit von der Kodierung von Fällen mit Verwendung eines selbstexpandierenden Stents am Pankreas in 2015 und 2016, ist für die Leistungsplanung 2017 zu beachten, dass ggf. mehr Fälle unter das Zusatzentgelt ZE2017-54 fallen, als auf Basis der Daten aus 2015 und 2016 zu vermuten ist. Gegebenenfalls müssen für die Leistungsplanung 2017 über die per OPS verschlüsselten Prozeduren hinausgehende Informationen herangezogen werden.

4.6. Differenzierung von Zusatzentgelt-definierenden OPS-Kodes (Stand: 21.10.2016)

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

4.7. Bewertung des Zusatzentgeltes ZE2017-41 *Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems* (Stand: 21.10.2016)

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 2017 folgenden Hinweis zu ZE2017-41:

„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 krankenhaushaus-individuellen Bewertung des Zusatzentgeltes ZE2017-41 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 zu DRGs der Basis-DRG I42 *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 letztgenannten DRGs einen höheren Anteil der für die Erbringung des ZE2017-41 typischen Leistungen bereits als Bestandteil der jeweiligen DRG enthalten könnten.