

Hinweise zur Leistungsplanung/Budgetverhandlung für das Jahr 2019 in Zusammenhang mit den Definitionshandbüchern der G-DRG-Versionen 2017/2019 und 2018/2019 bzw. den darauf beruhenden Groupern

Die G-DRG-Version 2017/2019 dient der Verarbeitung von Daten aus dem Jahr 2017 (beruhend auf den Katalogen ICD-10-GM Version 2017 und OPS Version 2017) mit dem im Jahr 2019 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 2017/2019 für die Daten aus 2017 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 2019 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 2018/2019 der Verarbeitung von Daten aus 2018 (beruhend auf den Katalogen ICD-10-GM Version 2018 und OPS Version 2018) mit dem im Jahr 2019 zur Abrechnung verwendeten Grouperalgorithmus. Auch die Gruppierungsergebnisse der G-DRG-Version 2018/2019 für die Daten aus 2018 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 2018

1.1.1. Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Stand: 06.11.2018)

Seit der OPS Version 2013 kann unter Berücksichtigung bestimmter struktureller und personeller Voraussetzungen (Mindestmerkmale) für Patienten ab dem 14. Lebensjahr eine aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung („Super-SAPS“) differenziert nach Aufwandspunkten mit dem Codebereich 8-98f verschlüsselt werden. Diese Leistung ist seit der G-DRG Version 2015 in Abhängigkeit von den erreichten Aufwandspunkten im G-DRG-System in einer Vielzahl von DRGs erlösrelevant, wobei vielfach eine höhere Eingruppierung resultiert als bei Angabe eines Codes aus 8-980 („Normal-SAPS“) mit gleicher Punktzahl.

Für den OPS Version 2018 wurden mehrere Mindestmerkmale des Codebereichs 8-98f geändert. Dabei gibt es sowohl Kriterien, die im Vergleich zum OPS Version 2017 schwerer zu erfüllen sind (Präzisierung von Merkmalen) als auch Kriterien, die im Vergleich zum OPS Version 2017 leichter erfüllbar sind (Abschwächung oder Streichung von Merkmalen).

Nachfolgend werden relevante Veränderungen und die sich daraus ergebenden Konsequenzen für die Leistungsabschätzung exemplarisch dargestellt:

Anforderungen an die personelle Ausstattung/Verfügbarkeit ärztlicher Qualifikation

Die für die Kodierung des „Super-SAPS“ bereits bestehende Anforderung *Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“, der den überwiegenden Teil seiner ärztlichen Tätigkeit auf der Intensivstation ausübt* wurde dahingehend präzisiert, dass ein Facharzt mit der Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“

- täglich mindestens eine Visite durchführen muss,
- werktags (Montag bis Freitag) zwischen 8 und 18 Uhr mindestens 7 Stunden auf der Intensivstation anwesend sein muss,
- außerhalb dieser Anwesenheitszeit ein Facharzt mit der Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“ innerhalb von 30 Minuten am Patienten verfügbar sein muss.

Eine Abschätzung der Auswirkung dieser Änderungen der Mindestmerkmale des „Super-SAPS“ ist anhand der für die Kalkulation zur Verfügung stehenden Leistungsmerkmale nicht möglich.

So werden viele Einrichtungen den „Super-SAPS“ auch ab 2018 weiterhin unverändert erfassen können, da sie die geänderten Mindestmerkmale bereits erfüllen. Andere Einrichtungen werden ggf. nach strukturellen oder organisatorischen Veränderungen diese Merkmale – weiterhin oder auch erstmals – erfüllen. Andererseits ist es auch denkbar, dass bestimmte Einrichtungen für eine Zahl von Fällen, die im Jahr 2017 mit dem „Super-SAPS“ kodiert werden konnten, in 2018 bzw. 2019 die entsprechenden Codes des „Normal-SAPS“ angeben werden, woraus sich Eingruppierungsunterschiede ergeben können.

Daher kann es erforderlich sein, für die Leistungsplanung 2019 über die Informationen des Grouperdatensatzes hinaus hausspezifische Informationen hinzuzuziehen.

Verfügbarkeit von diagnostischen und therapeutischen Verfahren

Bei den Mindestmerkmalen zur Verfügbarkeit von Verfahren wird unterschieden zwischen einer Liste von zwingend verfügbaren Verfahren („Liste obligater Verfahren“), die 24-stündig verfügbar sein müssen und einer Liste mit optionalen Verfahren, von denen nur eine bestimmte Anzahl in hausindividuell unterschiedlicher Zusammensetzung verfügbar sein muss („Auswahlliste“). Für diesen Bereich der Mindestmerkmale gab es in der OPS Version 2018 komplexe Änderungen:

So wurden einige Verfahren aus der Liste der obligaten Verfahren weiter spezifiziert, z.B. das Mindestmerkmal Dialyse dahingehend ergänzt, dass nicht nur eine kontinuierliche oder intermittierende Dialyse sondern beide Verfahren 24-stündig verfügbar sein müssen. Auch wurden einige Verfahren aus der Auswahl-Liste in die Liste obligater Verfahren übertragen und müssen somit ab 2018 zwingend verfügbar sein, z.B. transösophageale Echokardiographie. Diese Veränderungen stellen somit eine Verschärfung der Anforderungen dar mit der Folge, dass ggf. seit 2018 – ceteris paribus – bei weniger Fällen ein Code aus 8-98f („Super-SAPS“) verschlüsselt werden kann.

Andererseits wurde beispielsweise die interventionelle Kardiologie mit Akut-PTCA aus der Liste der obligaten Verfahren in die Auswahl-Liste verschoben, sodass – bei Verfügbarkeit einer ausreichenden Zahl anderer Verfahren (u.a. interventionelle Neuroradiologie) aus der Auswahl-Liste – seit 2018 auch Einrichtungen die Codes aus 8-98f verschlüsseln können, die über keine Akut-PTCA verfügen.

Ersatzlos wurde das Mindestmerkmal „kurzfristige Erreichbarkeit einer Blutbank“ gestrichen, da eine einheitliche und präzise Definition des Begriffs „Blutbank“ nicht etabliert ist und der Begriff in der Vergangenheit vor Ort zu Auslegungsdifferenzen geführt hatte.

Fazit

In Summe sind aufgrund der Vielzahl von Änderungen der Mindestmerkmale (hier nur exemplarisch dargestellt) sowohl Konstellationen denkbar, die mit einer ab 2018 zu erwartenden häufigeren Kodierung des „Super-SAPS“ einhergehen können, aber auch Änderungen, die zu einer zukünftig selteneren Verschlüsselung führen können.

So wird es Einrichtungen geben, die eine 24-stündige Verfügbarkeit der *interventionellen (Neuro)radiologie mit akuter endovaskulärer Therapie von Gefäß- und Organverletzungen und/oder zerebralen Gefäßverschlüssen* gewährleisten können, und somit seit 2018 ggf. den „Super-SAPS“ verschlüsseln können, während ihnen dies vorher z.B. in Ermangelung einer 24 stündigen Verfügbarkeit einer *interventionellen Kardiologie mit Akut-PTCA* nicht möglich war.

Umgekehrt wird es Einrichtungen geben, die zwar eine *Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“* gewährleisten können und in der Vergangenheit alle Mindestmerkmale für die Kodierung des „Super-SAPS“ erfüllten, diese jedoch seit 2018 – ohne organisatorische Veränderungen – nicht mehr erfüllen können, da beispielsweise Arbeits- und Urlaubszeiten keine ausreichend durchgängige Anwesenheit und Visiten eines entsprechend qualifizierten Facharztes erlauben.

Aufgrund der Vielzahl der Veränderungen mit in Richtung Auf- wie auch Abwertung erfolgenden Einflussmöglichkeiten auf die Gruppierung und der nicht vorhersagbaren möglichen organisatorischen Veränderungen in den Krankenhäusern, ist weder die Abschätzung einer Gesamttendenz oder gar einer Dimension der Erlösveränderungen möglich, noch ist anhand von Routinedaten eine solche Abschätzung für Einzelfälle durchführbar.

Entsprechend der klassifikatorischen Überleitung des DIMDI sind die Codes aus 8-98f *Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)* in den G-DRG-Versionen 2018/2019 und 2019 in exakt gleicher Weise gruppierungsrelevant wie in der G-DRG-Version 2017/2019. Eine von der DIMDI-Überleitung abweichende Berücksichtigung ergab sich aufgrund der zahlreichen inhaltlichen Veränderungen (in Richtung einer Präzisierung wie auch einer Erweiterung der Definition) nicht.

Soweit Ihr Haus von den Änderungen der definierenden Merkmale betroffen ist, gilt es somit für die Leistungsplanung 2019 zu beachten, dass Fälle mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung ggf. in 2019 anders eingruppiert werden als eine Analyse auf Basis der Daten aus dem Jahr 2017 vermuten lässt.

1.1.2. Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen (Stand: 06.11.2018)

Die Kodierung von ablativen Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen (Kodebereich 8-835 *Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen*) wurde für den OPS Version 2018 grundlegend überarbeitet. Zukünftig sind folgende Codes, deren Vorgängerkode(s) gemäß OPS Version 2017 noch als eigenständiger Code kodiert werden konnten, ausschließlich als Zusatzcodes zu verwenden:

8-835.8 *Anwendung dreidimensionaler, elektroanatomischer Mappingverfahren*

8-835.9 *Verwendung eines Drahtgeflechtkatheters*

8-835.e *Anwendung einer endovaskulären endoskopischen Steuerung*

8-835.g *Anwendung rotordetektierender, elektroanatomischer Mappingverfahren*

Bei den genannten Verfahren, insbesondere bei ablativen Maßnahmen unter Verwendung dreidimensionaler, elektroanatomischer Mappingverfahren (Kode 8-835.8) ist zu beachten, dass in 2018 bei jeder Maßnahme ein grundlegendes Verfahren zu kodieren ist, entsprechend den

„Primärkodes“ aus den Bereichen 8-835.2* *Konventionelle Radiofrequenzablation*, 8-835.3* *Ge­kühlte Radiofrequenzablation*, 8-835.4* *Ablation mit anderen Energiequellen*, 8-835.a* *Kryoabla­tion* oder 8-835.b* *Bipolare phasenverschobene Radiofrequenzablation*.

In der G-DRG Version 2017/2019 führte beispielsweise bereits die alleinige Verschlüsselung der Codes aus 8-835.8* in die Basis-DRG F50. Dagegen führt ab der G-DRG Version 2018/2019 nur die Kodierung eines der genannten Primärkodes in die Basis-DRG F50. Die geänderte Kodierung wurde für die G-DRG Version 2018/2019 bereits dadurch berücksichtigt, dass bei Kodierung gemäß OPS Version 2018 die Gruppierungsrelevanz des Codes 8-835.8 in Kombination mit einem Primärkode aus 8-835.2 ff. entsprechend der jeweiligen Lokalisation innerhalb der Basis-DRG F50 analog der G-DRG Version 2017/2019 abgebildet wird. Die Grouperlogik wurde also entsprechend den OPS-Änderungen in diesem Codebereich angepasst. Im Ergebnis ergibt sich damit bei korrekter Kodierung ab 2018 für keinen Fall eine Änderung der DRG. Es ist jedoch zu beachten, dass sich bei ggf. unvollständiger Umstellung der Kodierung Eingruppierungsunterschiede ergeben können. Dies gilt z.B. für die alleinige Kodierung der Codes, die seit 2018 nur noch als Zusatzcodes (z.B. 8-835.8) anzuwenden sind. In diesen Fällen würde beispielsweise keine Zuordnung zur Basis-DRG F50 mehr erfolgen.

1.1.3. Scheiden-/Zervixstumpffixation (Stand: 06.11.2018)

Die Prozeduren für Scheiden- bzw. Zervixstumpffixation (OPS 5-704.4* bzw. 5-704.5*) sind in der G-DRG Version 2017 unter anderem in der MDC 13 *Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane* in den DRGs N06Z *Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen* und N14Z *Hysterekt. auß. b. BNB m. Beckenbodenpl. [...]* gruppie­rungsrelevant. Die zusätzliche Kodierung dieser Leistung, wenn diese im Rahmen einer anderen Operation erbracht wurde war streitbefangen, da dies zu einer geänderten Eingruppierung eines Falles führen konnte. So wird beispielsweise in der G-DRG Version 2017 ein Fall mit laparoskopischer Hysterektomie ohne Salpingoovarektomie (OPS 5-683.03) der DRG N21A *Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne Beckenbodenplastik [...]* zugeordnet. Wird zusätzlich eine laparoskopische Scheidenstumpffixation (z.B. OPS 5-704.4b) verschlüsselt, resultiert daraus die DRG N14Z.

Im OPS Version 2018 wurden unter den Codebereichen 5-68 *Inzision, Exzision und Exstirpation des Uterus* und 5-704 *Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik* Hinweise eingefügt, welche die zusätzlich Kodierung einer Scheiden-/Zervixstumpffixation regeln:

„Die Durchführung einer spezifischen Scheidenstumpffixation im Rahmen einer Vorder- und/oder Hinterwandplastik ist gesondert zu kodieren (5-704.46 bis 5-704.4p)

Die Durchführung einer spezifischen Zervixstumpffixation im Rahmen einer Vorder- und/oder Hinterwandplastik ist gesondert zu kodieren (5-704.56 bis 5-704.5p)“

Bereits für die G-DRG Version 2018 wurde die Gruppierungsrelevanz von Codes aus 5-704.4* bzw. 5-704.5* in den DRGs N06Z und N14Z angepasst, sodass beispielsweise in der DRG N14Z nur noch bestimmte Verfahren mit Implantation von alloplastischem Material berücksichtigt werden. Bestimmte Verfahren ohne Implantation von alloplastischem Material und unspezifische Codes werden seit 2018 nicht mehr der DRG N06Z sondern der DRG N07Z [...] *oder kleine rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen* zugeordnet. Die oben beschriebene Kombination der Prozeduren 5-683.03 und 5-704.4b wird in der G-DRG Version 2019 unverändert in die DRG N21A eingruppiert.

In Abhängigkeit davon, ob eine im Rahmen einer anderen Operation durchgeführte Scheiden-/Zervixstumpffixation bereits in 2017 zusätzlich verschlüsselt wurde ist dennoch zu bedenken, dass bei Kodierung dieser Leistung gemäß OPS Version 2018 bzw. 2019 ggf. eine andere Ein-

gruppierung in der MDC 13 resultieren kann, als eine Analyse auf Basis von Daten aus dem Jahr 2017 vermuten lässt.

1.1.4. Arthroskopische subchondrale Spongiosaplastik (Stand: 06.11.2018)

Der Codebereich 5-812.4* *Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Spongiosaplastik* wurde im OPS Version 2018 gestrichen. Ab 2018 ist für diese Leistung ein Kode aus 5-784.c* *Knochen transplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, autogen, endoskopisch* bzw. 5-784.e* *Knochen transplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, allogene, endoskopisch* anzugeben. Diese Codes wurden im OPS Version 2018 durch Differenzierung der Vorgängerkodes 5-784.0* *Knochen transplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, autogen* und 5-784.7* *Knochen transplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, allogene* nach „offen chirurgisch“ bzw. „endoskopisch“ ebenfalls neu etabliert. Diese Vorgängerkodes und der Codebereich 5-812.4 weisen in der MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* eine unterschiedliche Gruppierungsrelevanz auf. So wird z.B. eine arthroskopische subchondrale Spongiosaplastik am Hüftgelenk (OPS 5-812.4g) in der G-DRG Version 2017/2019 altersabhängig entweder der DRG I30A *Arthroskopischer Eingriff am Hüftgelenk und Alter < 16 Jahre [...]* oder der DRG I30B *Arthroskopischer Eingriff am Hüftgelenk und Alter > 15 Jahre* zugeordnet. Die Codes 5-784.0d und .7d (Lokalisation „Becken“) bzw. 5-784.0f und .7f (Lokalisation „Femur proximal“) werden hingegen in die DRGs I08F *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit komplizierter Prozedur oder Eingriff in Kombination Hüftgelenk und obere Extremität oder WS [...]* bzw. I08G *And. Eingriff Hüftgel. mit kompl. Proz. od. Eingriff in Komb. Hüftgel. und ob. Extremität od. WS [...]* od. kompl. Diag. od. beids. Eingriff [...] eingruppiert. Eine Anpassung des Gruppierungsalgorithmus hinsichtlich der Streichung des Codebereiches 5-812.4* ist für die G-DRG Version 2019 aufgrund von sehr geringen Auswirkungen bei einer geringen Anzahl betroffener Fälle nicht erfolgt.

Dennoch ist zu beachten, dass bei Kodierung gemäß OPS Version 2018 bzw. 2019 in der MDC 08 ggf. eine andere Eingruppierung von Fällen mit dieser Leistung resultieren kann, als eine Analyse auf Basis von Daten aus dem Jahr 2017 vermuten lässt.

1.2. Neue oder geänderte Codes im OPS Version 2019

1.2.1. Polysomnographie (Stand: 26.11.2018)

In den G-DRG-Versionen 2017/2019 und 2018/2019 werden Fälle mit einer *Kardiorespiratorischen Polysomnographie* (1-790) – bei weniger als 3 Belegungstagen und ohne weitere, aufwendigere Eingriffe – hauptdiagnosenunabhängig der Basis-DRG E63 *Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie oder Polygraphie bis 2 Belegungstage* zugeordnet. Dabei wird unter dem Kode 1-790 *Kardiorespiratorische Polysomnographie*, gemäß OPS Version 2017 und 2018, ein definiertes Set an diagnostischen Maßnahmen im Schlaflabor (unter anderem EEG (Elektroenzephalographie) und EMG (Elektromyographie)) zusammengefasst.

In der Vergangenheit gab es vereinzelt Unsicherheit darüber, inwieweit ein entsprechendes Set für Diagnostik im Schlaflabor auch bei nicht kardiorespiratorischen Erkrankungen, z.B. bei neurologischen Krankheitsbildern, wie dem „Restless legs Syndrom“ über den Kode 1-790 *Kardiorespiratorische Polysomnographie* zu erfassen sei. Für den OPS Version 2019 erfolgte eine Klarstellung dahingehend, dass sowohl die kardiorespiratorische Polysomnographie, als auch die neurologische und pneumologische Polysomnographie explizit dem Kode 1-790 zugeordnet werden. Zusätzlich wurde der Begriff „kardiorespiratorisch“ aus der Bezeichnung des Codes gestrichen.

Im G-DRG-System 2019 werden Fälle mit einer *Polysomnographie* (1-790), entsprechend der Prozedur für die *Kardiorespiratorischen Polysomnographie* in den Vorgängerversionen, der Basis-DRG E63 zugeordnet. Damit ist für die Leistungsplanung 2019 zu beachten, dass im Falle einer entsprechenden Diagnostik im Schlaflabor, die in den Jahren 2017 und 2018 nicht mit dem Kode für die *Kardiorespiratorischen Polysomnographie* verschlüsselt wurde, bei einer Kodierung der *Polysomnographie* gemäß OPS Version 2019 ggf. mehr Fälle in die Basis-DRG E63 eingruppiert werden, als eine Analyse auf Basis von Daten aus dem Jahr 2017 oder 2018 vermuten lässt.

1.2.2. Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese (Stand: 26.11.2018)

In den OPS Version 2019 wurde der Codebereich 5-78a *Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese* neu aufgenommen. Die Codes in diesem Bereich sind zudem auf der 5. Stelle nach der Art des Osteosynthesematerials und auf der 6. Stelle nach der Lokalisation differenziert. Die Verschlüsselung des alleinigen Wechsels von Osteosynthesematerial hat in der Vergangenheit zu Unsicherheiten geführt, wenn keine erneute Reposition einer Fraktur oder Luxation erfolgte und demzufolge die Codes aus dem Bereich 5-79 *Reposition von Fraktur und Luxation* nicht verwendet werden konnten.

Für diese Situation stehen ab 2019 die neuen Codes zur Verfügung, die vom DIMDI auf die entsprechenden Codes für das jeweilige Osteosynthesematerial aus dem Codebereich 5-786 *Osteosyntheseverfahren* übergeleitet wurden. Damit sind in der G-DRG-Version 2019 die Prozeduren aus dem Codebereich 5-78a in der MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* analog zu den Codes aus dem Bereich 5-786 in den Basis-DRGs I12 *Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* und I28 *Andere Eingriffe am Bindegewebe* und in dieser in der DRG I28E [...] *oh. best. off. chir. Stab. Thorax, oh. Ingr. Zwerchf., oh. kompl. Ingr., oh. mäßig kompl. Ingr. an Brustw./Abd. od. Impl./We. best. Medik.-Pumpe, Alter > 9 J., oh. best. Ingr. an Knochen, Weichteilen od. Bindegew. oder 1 BT* gruppierungsrelevant. Gemäß den Vorgaben des OPS zur Anwendung der Codes aus 5-78a ist „Die Entfernung (von Teilen) des Osteosynthesematerials gesondert zu kodieren (5-787.ff)“. Die Prozeduren für die Entfernung von Osteosynthesematerial sind in der MDC 08 überwiegend in der Basis-DRG I12 und in Abhängigkeit von der Lokalisation in der DRG I21Z *Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule [...]* bzw. in der Basis-DRG I23 *Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule* gruppierungsrelevant, die in der Abfragereihenfolge der MDC 08 vor der DRG I28E abgefragt werden. Wird also zukünftig der Wechsel von Osteosynthesematerial ohne erneute Reposition gemäß OPS Version 2019 verschlüsselt, werden die betroffenen Fälle – sofern keine Knochen- und Gelenkinfektion vorliegt – voraussichtlich überwiegend der DRG I21Z bzw. der Basis-DRG I23 zugeordnet.

Für die Leistungsplanung 2019 ist zu beachten, dass ggf. über die per OPS verschlüsselten Prozeduren hinausgehende Informationen herangezogen werden müssen um die Fälle zu identifizieren, die ab 2019 mit einem der neuen OPS-Kodes aus dem Bereich 5-78a zu verschlüsseln sind.

2. Änderungen der Diagnosenklassifikation (ICD)

2.1. Neue oder geänderte Codes in der ICD-10-GM Version 2018

2.1.1. Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese (Stand: 06.11.2018)

Für die ICD-10-GM Version 2018 wurde die Schlüsselnummer für *Mechanische Komplikationen durch eine Gelenkendoprothese* (T84.0) nach Lokalisation ausdifferenziert. Für alle Neukodes besteht eine automatische Überleitbarkeit auf den undifferenzierten Vorgängerkode, entsprechend sind alle 2018 nach Lokalisation differenzierten Codes in den G-DRG-Versionen 2018/2019 und 2019 in gleicher Weise gruppierungsrelevant wie der Code T84.0 in der G-DRG-Version 2017/2019.

Es ist jedoch grundsätzlich vorstellbar, dass aufgrund einer Regelung der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) sich in einzelnen Fällen die Festlegung der Hauptdiagnose ändern könnte. DKR D015 sieht vor, dass bei Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Maßnahmen Codes aus T80-T88 nur dann als Hauptdiagnose zu verschlüsseln sind, wenn **kein spezifischer Code in Bezug auf die Erkrankung bzw. Störung existiert**. Die Möglichkeit, T84.0- ab 2018 mit Lokalisationsangabe zu verschlüsseln, könnte einen Einfluss darauf haben, welcher Code als spezifischste Verschlüsselung einer bestimmten Konstellation anzusehen ist.

Hinsichtlich des in der G-DRG-Version 2019 spezifisch in der DRG I46B abgebildeten *Prothesenwechsels bei periprothetischer Fraktur* ergibt sich hieraus keine veränderte Eingruppierung, da die Kodierung gemäß der ICD-10-GM Version 2018 und 2019 mit einem (lokalisationspezifischen) Code für die Fraktur und einem Code aus Z96.6- *Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten*, der ebenfalls nach Lokalisation differenziert ist, weiterhin die spezifischere Verschlüsselung darstellt.

Im Fall z.B. der Luxation einer Gelenkendoprothese könnte hingegen zukünftig die Kodierung mit T84.0- plus Lokalisation als die spezifischste Möglichkeit angesehen werden. Jedoch sind die bisher bei diesen Fällen typischerweise verschlüsselten Codes wie z.B. S73.0- *Luxation der Hüfte* stets ebenfalls der MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* zugeordnet und weisen auch innerhalb der MDC eine weitgehend gleiche Gruppierungsrelevanz auf. Aufgrund von Unterschieden beispielsweise in der CCL-Systematik ist es jedoch möglich, dass bestimmte Fallkonstellationen in den G-DRG Versionen 2018/2019 und 2019 aufgrund der dann möglicherweise veränderten Kodierpraxis in andere DRGs eingruppiert werden, als eine Analyse auf Basis von Daten aus 2017 (mit dem G-DRG-Grupper 2017/2019) vermuten lässt.

2.2. Neue oder geänderte Codes in der ICD-10-GM Version 2019

2.2.1. Multiple Frakturen des Beckens (Stand: 26.11.2018)

In den früheren Versionen der ICD-10-GM wurden multiple Beckenfrakturen im Codebereich S32.- *Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens* über die Diagnosen S32.7 *Multiple Frakturen mit Beteiligung der Lendenwirbelsäule und des Beckens* und S32.89 *Fraktur: Sonstige und multiple Teile des Beckens* erfasst. Insbesondere der letztgenannten Schlüsselnummer waren bestimmte, explizit aufgeführte Beckenfrakturen (u.a. Schmetterlingsbruch, Malgaigne-Fraktur) zugeordnet. In der ICD-10-GM Version 2019 wurde der Codebereich S32.- *Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens* überarbeitet: Die Darstellung von multiplen Beckenfrakturen wurde vereinheitlicht und multiple Beckenfrakturen jetzt in Gänze der Schlüsselnummer S32.7 zugeordnet. Über die Schlüsselnummer S32.89 werden nun Frakturen im Bereich *Sonstige und nicht*

näher bezeichnete Teile des Beckens abbildet, so dass die Schlüsselnummer S32.83 *Fraktur: Becken, Teil nicht näher bezeichnet* gestrichen werden konnte.

Schon in den G-DRG Systemen 2017/2019 und 2018/2019 erfolgte eine Angleichung der Gruppierungsrelevanz für beide Schlüsselnummern dahingehend, dass eine einheitliche Zuordnung von nicht operativ behandelten Fällen mit entsprechender Hauptdiagnose zur Basis-DRG I66 *Andere Erkrankungen des Bindegewebes oder Frakturen an Becken und Schenkelhals* erfolgt ist. Dennoch ist es möglich, dass aufgrund einer unterschiedlichen Berücksichtigung beider Diagnosen innerhalb der CCL-Matrix, einzelne Fälle mit multiplen Beckenfrakturen bei einer Kodierung gemäß ICD-10 Version 2019 einer anderen DRG zugeordnet werden, als aufgrund der Gruppierungsergebnisse auf Basis der Daten aus 2017 und 2018 zu erwarten ist.

3. Änderungen der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR)

3.1. Änderungen der Deutschen Kodierrichtlinien Version 2018

3.1.1. Lymphom (Stand: 06.11.2018)

Bei Lymphomen ist hinsichtlich der Verschlüsselung einer Knochenbeteiligung bzw. des Vorliegens eines Befalls der Hirnhäute oder des Gehirns in den DKR bis einschließlich Version 2017 folgendes geregelt:

„[...] Für die Verschlüsselung einer Knochenbeteiligung bei malignen Lymphomen ist

*C79.5 Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes
Knochen(mark)herde bei malignen Lymphomen (Zustände klassifizierbar unter C81–C88)*

anzugeben.

Soll das Vorliegen eines Befalls der Hirnhäute oder des Gehirns bei Neoplasien des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes angegeben werden, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer

C79.3 Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute

zu verwenden.“

Für die DKR Version 2018 wurde die Formulierung des Absatzes zur Kodierung eines Befalls der Hirnhäute oder des Gehirns an die Formulierung des Absatzes zur Kodierung einer Knochenbeteiligung angeglichen. Zusätzlich wurde ein Verweis auf DKR 0201 *Auswahl und Reihenfolge der Codes* bezüglich der Festlegung der Haupt- bzw. Nebendiagnosen bei Lymphomen mit Knochenbeteiligung bzw. mit Beteiligung des Gehirns oder der Hirnhäute aufgenommen.

Fälle mit der Hauptdiagnose „Lymphom“ werden typischerweise der MDC 17 *Hämatologische und solide Neubildungen*, Fälle mit der Hauptdiagnose C79.3 der MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems* und mit der Hauptdiagnose C79.5 der MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* zugeordnet. Soweit bei der Kodierung einer Knochenbeteiligung bzw. eines Befalls der Hirnhäute oder des Gehirns bei Lymphom in 2017 nicht bereits die Regelungen zur Festlegung der Haupt- und Nebendiagnosen in DKR 0201 beachtet wurden, ist zu bedenken, dass nach Kodierung gemäß DKR Version 2018 bzw. 2019 ggf. mehr Fälle der MDC 01 bzw. MDC 08 zugeordnet werden, als eine Analyse auf Basis der Daten aus dem Jahr 2017 vermuten lässt.

4. Zusatzentgelte

4.1. Neue Zusatzentgelte (Stand: 06.11.2018)

In der Fallpauschalenvereinbarung 2019 (FPV 2019) werden in den Anlagen nachfolgende Leistungen aufgeführt, die im Jahr 2019 neu über Zusatzentgelte vergütet werden:

Unbewertete Zusatzentgelte

Zusatzentgelt	Bezeichnung
ZE2019-156	<i>Gabe von Posaconazol, parenteral</i>
ZE2019-157	<i>Gabe von Pixantron, parenteral</i>
ZE2019-158	<i>Gabe von Pertuzumab, parenteral</i>
ZE2019-159	<i>Gabe von Blinatumomab, parenteral</i>
ZE2019-160	<i>Gabe von Pembrolizumab, parenteral</i>
ZE2019-161	<i>Gabe von Nivolumab, parenteral</i>
ZE2019-162	<i>Gabe von Carfilzomib, parenteral</i>
ZE2019-163	<i>Gabe von Macitentan, oral</i>
ZE2019-164	<i>Gabe von Riociguat, oral</i>
ZE2019-165	<i>Gabe von Nusinersen, intrathekal</i>

Ein Teil dieser Leistungen ist über OPS-Kodes definiert, die in den Daten des Jahres 2017 oder 2018 noch nicht oder nicht in der erforderlichen Differenzierung vorliegen. Dies trifft insbesondere für die Leistung *Gabe von Nusinersen, intrathekal* zu, für die erst ab dem OPS Version 2019 ein spezifischer Code zur Verfügung stehen wird. Für die Leistungsplanung 2019 müssen somit ggf. über die per OPS verschlüsselten Prozeduren hinausgehende Informationen herangezogen werden.

4.2. Änderung von unbewerteten in bewertete Zusatzentgelte (Stand: 06.11.2018)

In der Fallpauschalenvereinbarung für 2019 wurden für die in 2018 nachfolgend gelisteten unbewerteten Zusatzentgelte bewertete Zusatzentgelte etabliert:

FPV 2018 (Anlage 4 und 6)	FPV 2019 (Anlage 2 und 5)
ZE2018-105 <i>Gabe von Posaconazol, oral, Tabletten</i>	ZE166 <i>Gabe von Posaconazol, oral, Tabletten</i>
ZE2018-126 <i>Gabe von Ipilimumab, parenteral</i>	ZE167 <i>Gabe von Ipilimumab, parenteral</i>

4.3. Änderung von bewerteten in unbewertete Zusatzentgelte (Stand: 06.11.2018)

In der Fallpauschalenvereinbarung für 2019 wurden die in 2018 nachfolgend gelisteten, bewerteten Zusatzentgelte unbewertete Zusatzentgelte:

FPV 2018 (Anlage 2 und 5)	FPV 2019 (Anlage 4 und 6)
ZE95 <i>Gabe von Palifermin, parenteral</i>	ZE2019-155 <i>Gabe von Palifermin, parenteral</i>
ZE149 <i>Gabe von Trastuzumab, intravenös</i>	ZE2019-153 <i>Gabe von Trastuzumab, intravenös</i>
ZE115 <i>Gabe von Anidulafungin, parenteral</i>	ZE2019-154 <i>Gabe von Anidulafungin, parenteral</i>

Für Leistungen, die bereits beim Wechsel vom FP-Katalog 2017 zum FP-Katalog auf 2018 von bewerteten Entgelten in unbewertete Entgelte überführt wurden, gilt erstmals eine neue Regelung, dass – bei Nichtvorliegen einer Budgetvereinbarung zum 1.1.2019 – der ZE-Betrag aus 2017 nicht mehr zu 100%, sondern zu 70% abzurechnen ist. Dies gilt für fünf Zusatzentgelte, die im FP-Katalog mit einer entsprechenden Fußnote gekennzeichnet sind:

ZE2019-147 *Gabe von Bortezomib, parenteral*

Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2019 ist für dieses Zusatzentgelt das bisher krankenhausesindividuell vereinbarte Entgelt der Höhe nach bis zum Beginn des Wirksamwerdens der Budgetvereinbarung 2019 weiter zu erheben. Bei fehlender Budgetvereinbarung 2018 ist für dieses Zusatzentgelt das bewertete Zusatzentgelt ZE49 in Höhe von 70 Prozent der im DRG-Katalog 2017 bewerteten Höhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der Budgetvereinbarung 2018 weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.

ZE2019-148 *Gabe von Adalimumab, parenteral*

Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2019 ist für dieses Zusatzentgelt das bisher krankenhausesindividuell vereinbarte Entgelt der Höhe nach bis zum Beginn des Wirksamwerdens der Budgetvereinbarung 2019 weiter zu erheben. Bei fehlender Budgetvereinbarung 2018 ist für dieses Zusatzentgelt das bewertete Zusatzentgelt ZE66 in Höhe von 70 Prozent der im DRG-Katalog 2017 bewerteten Höhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der Budgetvereinbarung 2018 weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.

ZE2019-149 *Gabe von Infliximab, parenteral*

Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2019 ist für dieses Zusatzentgelt das bisher krankenhausesindividuell vereinbarte Entgelt der Höhe nach bis zum Beginn des Wirksamwerdens der Budgetvereinbarung 2019 weiter zu erheben. Bei fehlender Budgetvereinbarung 2018 ist für dieses Zusatzentgelt das bewertete Zusatzentgelt ZE68 in Höhe von 70 Prozent der im DRG-Katalog 2017 bewerteten Höhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der Budgetvereinbarung 2018 weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.

ZE2019-150 Gabe von Busulfan, parenteral

Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2019 ist für dieses Zusatzentgelt das bisher krankenhausesindividuell vereinbarte Entgelt der Höhe nach bis zum Beginn des Wirksamwerdens der Budgetvereinbarung 2019 weiter zu erheben. Bei fehlender Budgetvereinbarung 2018 ist für dieses Zusatzentgelt das bewertete Zusatzentgelt ZE79 in Höhe von 70 Prozent der im DRG-Katalog 2017 bewerteten Höhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der Budgetvereinbarung 2018 weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.

ZE2019-151 Gabe von Rituximab, intravenös

Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2019 ist für dieses Zusatzentgelt das bisher krankenhausesindividuell vereinbarte Entgelt der Höhe nach bis zum Beginn des Wirksamwerdens der Budgetvereinbarung 2019 weiter zu erheben. Bei fehlender Budgetvereinbarung 2018 ist für dieses Zusatzentgelt das bewertete Zusatzentgelt ZE148 in Höhe von 70 Prozent der im DRG-Katalog 2017 bewerteten Höhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der Budgetvereinbarung 2018 weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.

4.4. Änderung von bewerteten Zusatzentgelten (Stand: 06.11.2018)

Für 2019 wurden, basierend auf Analysen der Daten aus 2017 und ergänzenden Informationen aus Kalkulationshäusern, für die nachfolgend aufgeführten, bewerteten Zusatzentgelte die oberen Dosisklassen erweitert:

ZE117 *Gabe von Trabectedin, parenteral*: Zusätzlich 9 Dosisklassen und damit Erweiterung der Dosisklassen von maximal „6,00 mg oder mehr“ auf „24,00 mg oder mehr“

ZE154 *Gabe von Eculizumab, parenteral*: Zusätzlich 10 Dosisklassen und damit Erweiterung der Dosisklassen von maximal „6.000 mg oder mehr“ auf „25.200 mg oder mehr“

4.5. Änderungen von unbewerteten Zusatzentgelten (Stand: 06.11.2018)

Für 2019 wurden die beiden Zusatzentgelte ZE2019-97 *Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren* und ZE2019-139 *Gabe von Blutgerinnungsfaktoren* jeweils um die Leistung „Transfusion von Plasmatischem Faktor X“ (OPS-Kode: 8-812.a*) erweitert.

4.6. Differenzierung von Zusatzentgelt-definierenden OPS-Kodes (Stand: 06.11.2018)

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 Fallpauschalenkataloges an entsprechender Stelle.

Ein Beispiel hierfür aus den Vorjahren 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. (Dies

galt bis 2014, seit 2015 sind diese Codes einem eigenen unbewerteten Zusatzentgelt ZE201X-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 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 ZE2019-41 *Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems* (Stand: 06.11.2018)

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 2019 folgenden Hinweis zu ZE2019-41:

„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 ZE2019-41 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 ZE2019-41 typischen Leistungen bereits als Bestandteil der jeweiligen DRG enthalten könnten.