

Hinweise zur Leistungsplanung/Budgetverhandlung für das Jahr 2012 in Zusammenhang mit den Definitionshandbüchern der G-DRG-Versionen 2010/2012 und 2011/2012 bzw. den darauf beruhenden Groupern

Die G-DRG-Version 2010/2012 dient der Verarbeitung von Daten aus dem Jahr 2010 (beruhend auf den Katalogen ICD-10-GM Version 2010 und OPS Version 2010) mit dem im Jahr 2012 zur Abrechnung verwendeten Grouperalgorithmus. Dies ist insbesondere für die Leistungsplanung bzw. Budgetverhandlungen von Bedeutung. Allerdings ist die unkritische Übernahme der Gruppierungsergebnisse der G-DRG-Version 2010/2012 für die Daten aus 2010 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 2012 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 2011/2012 der Verarbeitung von Daten aus 2011 (beruhend auf den Katalogen ICD-10-GM Version 2011 und OPS Version 2011) mit dem im Jahr 2012 zur Abrechnung verwendeten Grouperalgorithmus. Auch die Gruppierungsergebnisse der G-DRG-Version 2011/2012 für die Daten aus 2011 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 Kodes in der Version 2011

1.1.1. Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes (Stand 29.11.2011)

Die Kodes für *Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes* (Kodebereich 5-788) wurden in der OPS Version 2011 weitgehend neu gestaltet. Insbesondere die Verschlüsselung von Eingriffen an mehr als einem Zehenstrahl hat sich geändert.

Bestimmte Eingriffe an mehr als einem Zehenstrahl führen im G-DRG-Algorithmus 2010/2012 zu einer Höhergruppierung in die DRG I20D *Eingriffe am Fuß ohne komplexe Eingriffe, mit Eingriff an mehr als einem Strahl oder chronischer Polyarthritits*. Aufgrund der erheblichen Änderungen in der OPS Version 2011 war deshalb neben der Überleitung von Tabelleninhalten auch eine Anpassung der Logik der DRG I20D erforderlich. So führt beispielsweise der Code 5-788.55 *Osteotomie: Ossa metatarsalia II bis V, 4 Ossa metatarsalia* gemäß G-DRG-Version

2011/2012 und 2012 in die DRG I20D, während gemäß G-DRG-Version 2010/2012 mindestens zwei verschiedene OPS-Kodes dafür erforderlich waren.

Dabei war es Ziel der Codeüberleitung und Logikanpassung, möglichst die Fälle gemäß G-DRG-Version 2011/2012 und 2012 in der DRG I20D abzubilden, die dieser DRG auf Grundlage der Kalkulationsdaten aus 2010 und OPS-Kodes 2010 zugeordnet waren. Aus diesem Grund können nicht alle Kodes des OPS, die ab 2011 einen Eingriff an mehr als einem Zehenstrahl bezeichnen, der DRG I20D zugeordnet werden.

Dennoch sind bei der Abschätzung der DRG-Fallzahlen in 2012 anhand der Leistungsdaten aus 2010 prinzipiell Abweichungen nach oben oder unten in Abhängigkeit von der konkreten Kodierung in 2010 möglich.

1.1.2. Fixateur externe mit interner Osteosynthese (Stand 29.11.2011)

Die Aufwandsermittlung für Leistungen in der Orthopädie/Unfallchirurgie, die in der Vergangenheit mit den Prozedurenkodes für Fixateur externe mit interner Osteosynthese verschlüsselt wurden, stellte aufgrund der unscharfen Leistungsbeschreibung ein Problem dar. Infolgedessen sind ab der OPS Version 2011 die Kodes für Fixateur externe mit interner Osteosynthese aus dem Codebereich 5-79 *Reposition von Fraktur und Luxation* im Geltungsbereich des G-DRG-Systems nicht mehr zu verwenden. Dafür sind bei internen Osteosynthesen mit Verwendung eines externen Fixateurs während eines Eingriffs alle Komponenten einzeln zu kodieren.

Bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems des Vorjahres wurden zahlreiche Anpassungen bei der Zuordnung der Prozeduren mit den Kodes für Fixateur externe mit interner Osteosynthese aus dem Codebereich 5-79 *Reposition von Fraktur und Luxation* vorgenommen. Typische Fälle mit den Prozedurenkodes für Fixateur externe mit interner Osteosynthese werden in der G-DRG-Version 2010/2012 demzufolge gleich eingruppiert wie Fälle, die allein mit den Kodes für Fixateur externe aus dem Codebereich 5-79 *Reposition von Fraktur und Luxation* in der G-DRG-Version 2010/2012 verschlüsselt wurden.

Dennoch ist zu beachten, dass sich im Einzelfall – abhängig von den genauen, ab 2011 ausschließlich einzeln zu kodierenden Komponenten des Eingriffs – gemäß G-DRG 2011/2012 oder 2012 eine andere Eingruppierung ergeben kann, als bei Anwendung des Groupers 2010/2012.

1.2. Neue oder geänderte Kodes in der Version 2012

1.2.1. Rethorakotomie bzw. Rethorakoskopie (Stand 07.12.2011)

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

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

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

Es ist somit zu beachten, dass Fälle, bei denen 2010 und 2011 ein Prozedurenkode für Rethorakotomie bzw. Rethorakoskopie angegeben wurde – wie oben beschrieben – ab 2012 anders zu kodieren sind und nicht in jedem Fall das Gruppierungsergebnis gemäß den G-DRG-Versionen 2010/2012 und 2011/2012 dem vergleichbarer Fälle in 2012 entspricht.

1.2.2. Sectio caesarea kombiniert mit anderen gynäkologischen Eingriffen (Stand 07.12.2011)

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

Aufgrund der geänderten Kodierung derartiger Fälle ab 2012 ist zu beachten, dass sich in der G-DRG-Version 2012 im Einzelfall eine von den G-DRG-Versionen 2010/2012 bzw. 2011/2012 abweichende Eingruppierung in der Basis-DRG O01 *Sectio caesarea [...]* hinsichtlich des Attributes primäre/sekundäre Sectio caesarea ergeben kann.

1.2.3. Operationen an der Wirbelsäule (Stand 07.12.2011)

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

Die Neuordnung des OPS Version 2012 an dieser Stelle ist durch eine reine Überleitung von Tabelleninhalten nicht darstellbar, sondern erforderte bereits im Vorfeld vorbereitend umfangreiche Anpassungen des G-DRG-Algorithmus, insbesondere in der Basis-DRG I09 *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule*, um die Eingruppierung für ab 2012 gleich kodierte Osteosynthesen an der Wirbelsäule bereits in den G-DRG-Versionen 2010/2012 bzw. 2011/2012 zu vereinheitlichen. So werden beispielsweise Osteosynthesen der Wirbelsäule durch ventrale Schrauben-Plattensysteme der Codebereiche 5-834 und 5-835 ab dem G-DRG-System 2010/2012 in Kombination mit bestimmten komplexen Diagnosen einheitlich der DRG I09C *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexer Osteosynthese und schweren CC oder mit allogener Knochen transplantation oder bestimmtem aufwändigen Eingriff [...]* zugeordnet.

Dennoch sind aufgrund der Komplexität der OPS-Änderung bei der Abschätzung der DRG-Fallzahlen für 2012 anhand der Leistungsdaten aus 2010 bzw. 2011 prinzipiell Abweichungen nach oben oder unten in Abhängigkeit von der konkreten Kodierung in 2010 bzw. 2011 möglich.

1.2.4. Mammachirurgie (Stand 07.12.2011)

Im OPS Version 2012 wurde der Codebereich 5-87 *Exzision und Resektion der Mamma* grundlegend überarbeitet. Die Codes für partielle Exzision an der Mamma werden nach der Art der Defektkorrektur neu unterteilt. Fälle mit partieller Resektion an der Mamma und plastischer Rekonstruktion der Mamma, die nach dem OPS Version 2011 eine Kombination von Codes z. B. aus den Bereichen 5-870 *Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe ohne axilläre Lymphadenektomie* und 5-885 *Plastische Rekonstruktion der Mamma mit Haut- und Muskeltransplantation* erhielten, werden nach dem OPS Version 2012 mit einem Code aus dem Bereich 5-870.a *Partielle Resektion* verschlüsselt. Dieser ist nach der Art der Defektkorrektur unterteilt. Dabei ist zu beachten, dass sich im Einzelfall – abhängig von der Diagnose und den weiteren verschlüsselten Prozeduren – gemäß G-DRG-Version 2012 eine andere Eingruppierung ergeben kann als bei Anwendung eines Groupers der Version 2010/2012 bzw. 2011/2012.

Im Zuge der Überarbeitung im Bereich Mammachirurgie wurden zudem die Codebereiche 5-871 *Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma mit axillärer Lymphadenektomie*, 5-873 *Mastektomie mit axillärer Lymphadenektomie* und 5-875 *Supraradikale Mastektomie mit Pektoralisresektion und Lymphadenektomie* aus dem OPS Version 2011 gestrichen. Nach dem OPS Version 2012 sind Lymphadenektomien grundsätzlich gesondert zu kodieren. Dies erforderte eine Anpassung der Eingruppierungslogik der DRGs J16Z *Beidseitige Mastektomie bei bösartiger Neubildung [...]* und J23Z *Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne komplexen Eingriff* für die G-DRG-Version 2012, so dass Fälle mit einer Mammaresektion und gleichzeitiger axillärer Lymphadenektomie weiterhin dort eingruppiert werden. Trotz dieser Grupperanpassung, die für die typischen Fälle mit gleichzeitigem Lymphknoteneingriff eine vergleichbare Gruppierung in 2012 sicherstellt, kann sich im Einzelfall aufgrund der sehr komplexen Änderung der OPS-Codes in 2012 eine von den G-DRG-Versionen 2010/2011 und 2011/2012 abweichende Eingruppierung ergeben.

2. Änderungen der Diagnosenklassifikation (ICD)

2.1. Neue oder geänderte Codes in der ICD-10-GM Version 2011

2.1.1. Inhaltliche Aktualisierung des Bereichs „Leukämien und Lymphome“ (Stand 29.11.2011)

In den Codebereichen C81-C96 *Bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, als primär festgestellt oder vermutet*, D45-D47 (*Polycythaemia vera, Myelodysplastische Syndrome und Sonstige Neubildungen unsicheren oder unbekanntem Verhaltens des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes*), D75.- *Sonstige Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe* sowie D76.- *Bestimmte Krankheiten mit Beteiligung des lymphoretikulären Gewebes und des retikulohistiozytären Systems* wurden „im Rahmen einer ersten inhaltlichen Aktualisierung des Bereichs der „Leukämien und Lymphome“ von der WHO umfangreiche Änderungen vorgenommen“ (ICD-10-GM 2011, Seite 10), die für die ICD-10-GM übernommen wurden. Dies beinhaltet sowohl die Änderung von Inklusiva und Exklusiva als auch die Schaffung von neuen und Streichung von bestehenden Codes.

Unter Berücksichtigung der Änderungen in diesen Codebereichen ist es möglich, dass die betroffenen Fälle ab 2011 ggf. anders verschlüsselt werden, als dies noch 2010 der Fall war. Da

überwiegend keine 1:1 Überleitung der neuen auf die alten Codes möglich war, muss bedacht werden, dass einige Fälle – aufgrund einer geänderten Kodierung – mit einem Grouper der Versionen 2011/2012 und 2012 anders eingruppiert werden als mit dem Grouper der Version 2010/2012. Betroffen sind hiervon unter anderem die Basis-DRG R61 *Lymphom und nicht akute Leukämie* (veränderte Zuordnung zu Schweregraden innerhalb der Basis-DRG R61) sowie die DRG S62Z *Bösartige Neubildung bei HIV-Krankheit*. Der überwiegende Anteil der Neuerungen ist jedoch für den Gruppierungsalgorithmus unbedeutend, da sie nicht zu einer veränderten Eingruppierung der Fälle führen. Um die Auswirkungen auf die Zuordnung der betroffenen Fälle im G-DRG-System möglichst gering zu halten, wurde die Überleitung in enger Abstimmung mit der zuständigen Fachgesellschaft sowie dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) vorgenommen.

2.1.2. Sonstige Chemotherapie als prophylaktische Maßnahme (Stand 29.11.2011)

In der ICD-10-GM Version 2011 wurden die folgenden 5. Stellen im Kapitel XXI bei der Kategorie Z29.2 *Sonstige prophylaktische Chemotherapie* eingeführt, um unterschiedlichen Behandlungsaufwand bei lokaler bzw. systemischer Verabreichung darstellen zu können: Z29.20 *Lokale prophylaktische Chemotherapie*, Z29.21 *Systemische prophylaktische Chemotherapie* und Z29.28 *Sonstige prophylaktische Chemotherapie*. Fälle mit einer Hauptdiagnose aus Z29.2- werden in den G-DRG-Versionen 2011/2012 und 2012, genauso wie Fälle mit dem Vorgängerkode in der Version 2010/2012, der Basis-DRG Z64 *Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung* zugeordnet. Darüber hinaus ist der Code Z29.2 in der G-DRG-Version 2010/2012 auch im Rahmen der Funktionen *Schweres Problem beim Neugeborenen* und *Mehrere schwere Probleme beim Neugeborenen* gruppierungsrelevant.

Die in 2010 mit diesem Code verschlüsselten Fälle weisen typischerweise Erkrankungen/Risikokonstellationen auf, bei denen eine systemische Chemotherapie durchgeführt wird. Dem entgegen ermöglicht der für 2011 neu differenzierte ICD-Kode explizit auch die Verschlüsselung lokaler Therapien – z.B. der sog. Credé'schen Prophylaxe. In den G-DRG-Versionen 2011/2012 und 2012 wurden daher die Codes Z29.20 *Lokale prophylaktische Chemotherapie* und Z29.28 *Sonstige prophylaktische Chemotherapie* nicht in die Funktionen *Schweres Problem beim Neugeborenen* und *Mehrere schwere Probleme beim Neugeborenen* aufgenommen, so dass ggf. nicht alle Fälle, die aufgrund einer Nebendiagnose *prophylaktische Chemotherapie* in der G-DRG-Version 2010/2012 bestimmten DRGs der MDC 15 *Neugeborene* zugeordnet waren, diese auch gemäß G-DRG 2011/2012 und 2012 erreichen können.

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

2.2.1. Embolie und Thrombose sonstiger näher bezeichneter Venen (Stand 07.12.2011)

Der Diagnosekode I82.8 *Embolie und Thrombose sonstiger näher bezeichneter Venen* aus der ICD-10-GM Version 2011 wurde differenziert in die beiden ICD-Kodes I80.80 *Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis oberflächlicher Gefäße der oberen Extremitäten* und I80.81 *Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis tiefer Gefäße der oberen Extremitäten*. Diese Codes werden entsprechend der Überleitung im Gruppierungsalgorithmus 2012 gleich behandelt. Die bisher mit I82.8 *Embolie und Thrombose sonstiger näher bezeichneter Venen* verschlüsselten Fälle weisen in den vorliegenden Kalkulationsdaten einen erhöhten Aufwand auf, der Code ist entsprechend zudem als Nebendiagnose im Rahmen des CCL-Systems gruppierungsrelevant.

Für den Neukode I80.80, der ausdrücklich eine Verschlüsselung oberflächlicher Thrombophlebitiden zulässt, erscheint dies nicht sachgerecht. Daher erhielt im G-DRG-System 2012 nur der Code für *Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis tiefer Gefäße der oberen Extremitäten* eine Relevanz als Komplikationen / Komorbidität (CC). Abhängig von der konkreten Kodierung in 2012 ist somit zu beachten, dass ggf. nicht alle Fälle, bei denen 2010 bzw. 2011 der Code I82.8 angegeben wurde auch gemäß der G-DRG-Version 2012 einer anhand des PCCL definierten DRG zugeordnet werden.

3. Änderungen der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR)

3.1. Änderungen der Deutschen Kodierrichtlinien Version 2011

3.1.1. Systemische Chemotherapie bei unbekanntem Primärtumor (Stand 29.11.2011)

Die Verschlüsselung von Fällen mit Aufnahme zur systemischen Chemotherapie bei unbekanntem Primärtumor ist für 2010 in DKR 0201 folgendermaßen geregelt: *„[...] Erfolgt die Aufnahme des Patienten primär zur systemischen Chemotherapie und ist ausnahmsweise der Primärtumor nicht bekannt, wird die Metastase als Hauptdiagnose angegeben [...]“*.

Für 2011 wurde die Verschlüsselung dieser Fälle an die allgemeine Kodierung von Fällen mit Aufnahme primär zur systemischen Chemotherapie oder systemischen Strahlentherapie angeglichen (siehe DKR 2011, Seite 64): *„[...] Erfolgt die Aufnahme des Patienten primär zur systemischen Chemotherapie und ist ausnahmsweise der Primärtumor nicht bekannt, wird ein Kode aus C80.– Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation als Hauptdiagnose angegeben [...]“*.

Somit ist zu beachten, dass sich aufgrund der Änderung der Kodierrichtlinie 0201 für Fälle mit unbekanntem Primärtumor, bei denen die stationäre Aufnahme primär zur systemischen Chemotherapie erfolgte, in 2011 und 2012 eine geänderte Eingruppierung im Vergleich zu 2010 ergeben kann. Fälle, bei denen ab 2011 ein Kode aus C80.– anstatt einer Diagnose für eine Metastase als Hauptdiagnose zuzuweisen ist, werden zukünftig einer DRG der MDC 17 (z.B. der Basis-DRG R62 *Andere hämatologische und solide Neubildungen*) zugeordnet.

3.2. Änderungen der Deutschen Kodierrichtlinien Version 2012

3.2.1. Vergiftungen durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen (Stand 29.11.2011)

Die Verschlüsselung von Fällen mit der Diagnose „Vergiftung durch Arzneimittel/Drogen“ ist für 2010 und 2011 in DKR 1916 folgendermaßen geregelt:

„[...] Vergiftungen sind in den Kategorien

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

*T51–T65 Toxische Wirkung von vorwiegend nicht medizinisch verwendeten Substanzen
klassifiziert. [...]*

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

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

Somit ist zu beachten, dass Fällen, bei denen die stationäre Aufnahme wegen einer mit der Vergiftung in Zusammenhang stehenden Manifestation erfolgt, in 2012 aufgrund der Änderung der Kodierrichtlinie eine andere Hauptdiagnose zuzuweisen ist, als dies in 2010 und 2011 der Fall war, und damit diese Fälle ggf. nicht mehr in die DRG X62Z *Vergiftungen / Toxische Wirkungen von Drogen, Medikamenten und anderen Substanzen oder Folgen einer medizinischen Behandlung oder bestimmte Erfrierungen und andere Traumata* eingruppiert werden.

4. Zusatzentgelte

4.1. Neue Zusatzentgelte (Stand 29.11.2011)

In der Fallpauschalenvereinbarung 2012 (FPV 2012) werden in den Anlagen einige Leistungen aufgeführt, die im Jahr 2012 über Zusatzentgelte vergütet werden. Ein Teil dieser Leistungen ist über OPS-Kodes definiert, die in den Daten des Jahres 2010 oder 2011 noch nicht oder nicht in der erforderlichen Differenzierung vorliegen. Für die Leistungsplanung 2010 und 2011 müssen somit über die per OPS verschlüsselten Prozeduren hinausgehende Informationen herangezogen werden.

4.2. Änderung von Dosisklassen (Stand 29.11.2011)

In der Fallpauschalenvereinbarung 2012 (FPV 2012) sind bei ZE78 *Gabe von Temozolomid, oral* zwei weitere Dosisklassen, d.h. insgesamt vier Dosisklassen nur abrechenbar für Patienten mit einem Alter < 5 Jahre, so dass für die Leistungsplanung 2012 über die per OPS verschlüsselten Prozeduren hinausgehende Informationen herangezogen werden müssen.

4.3. Gestrichene Zusatzentgelte (Stand 29.11.2011)

In der Fallpauschalenvereinbarung 2012 (FPV 2012) wurde das Zusatzentgelt für die *Gabe von Sitaxentan, oral* und das Zusatzentgelt für die *Gabe von Gemtuzumab Ozogamin, parenteral* gestrichen.

4.4. Gestrichene Dosisklassen (Stand 29.11.2011)

In der Fallpauschalenvereinbarung 2012 (FPV 2012) wurden die unteren Dosisklassen bei ZE17 *Gabe von Gemcitabin, parenteral* und ZE19 *Gabe von Irinotecan, parenteral* gestrichen.

4.5. Änderung von bewerteten in unbewertete Zusatzentgelte (Stand 29.11.2011)

In der Fallpauschalenvereinbarung 2012 (FPV 2012) sind die vormals bewerteten Zusatzentgelte für die *Gabe von Paclitaxel, parenteral* und für die *Gabe von Docetaxel,*

parenteral nun unbewertete Zusatzentgelte: (ZE2012-89 *Gabe von Paclitaxel, parenteral* und ZE2012-90 *Gabe von Docetaxel, parenteral*).

4.6. Änderung von bewerteten Zusatzentgelten (Stand 29.11.2011)

In der Fallpauschalenvereinbarung 2012 (FPV 2012) wurde das bewertete ZE 90 *Adjustierbare Harnkontinenztherapie* um die Prozeduren für adjustierbare suprapubische Zügeloperation mit alloplastischem Material, Suspensionsoperation bei Harninkontinenz des Mannes mit alloplastischem Material und Wechsel des Ballons bei einer adjustierbaren Kontinenztherapie erweitert und in das neue ZE 134 *Verschiedene Harnkontinenztherapien* überführt.

4.7. Änderung von unbewerteten Zusatzentgelten (Stand 29.11.2011)

In der Fallpauschalenvereinbarung 2012 (FPV 2012) wurde die Prozedur für die intraarterielle Radiorezeptortherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga in das Zusatzentgelt ZE2012-71 Radiorezeptortherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga aufgenommen.

4.8. Bewertung des Zusatzentgeltes ZE2012-41 Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems (Stand 29.11.2011)

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 2012 folgenden Hinweis zum ZE2012-41:

„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 ZE2012-41 als sachgerecht anzusehen. Somit ist für die zu ermittelnde Höhe des Zusatzentgeltes die DRG-Zuordnung der Fälle mit ausschlaggebend.

Es ist z. B. vorstellbar, dass der Mehraufwand, der durch die Leistungserbringung gemäß der Definition des Zusatzentgeltes *Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems* entsteht, im Vergleich zu DRGs der Basis-DRG I68 *Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich* höher ist, als der ZE-bedingte Mehraufwand der im Vergleich zur DRG I42Z *Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* anfällt. Ein möglicher

Grund für diesen Unterschied ist darin zu sehen, dass die letztgenannte DRG einen höheren Anteil der für die Erbringung des ZE2012-41 typischen Leistungen bereits als Bestandteil der DRG enthalten könnte.

4.9. Hämodialyse: Verlängert intermittierend, zur Elimination von Proteinen mit einer Molekularmasse bis 60.000 (Stand 29.11.2011)

In den Anlagen 2 und 5 des Fallpauschalenkataloges ist seit 2009 unter ZE01.01 *Hämodialyse, intermittierend, Alter > 14 Jahre* sowie unter ZE01.02 *Hämodialyse, intermittierend, Alter < 15 Jahre* die Prozedur 8-854.8 *Hämodialyse: Verlängert intermittierend, zur Elimination von Proteinen mit einer Molekularmasse bis 60.000* aufgeführt. Es ist zu beachten, dass diese Form der intermittierenden Dialyse gemäß den Informationen nach § 6 Abs. 2 KHEntgG für 2011: Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden unter der Kategorie Dialyse mit High-Cut-off-Dialysemembran den NUB-Status 1 (angefragte Methoden/Leistungen, welche die Kriterien der NUB-Vereinbarung der Vertragsparteien erfüllen) erhalten hat und somit zusätzlich ein krankenhausesindividuelles Entgelt für Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden für die Erbringung dieser Leistung vereinbart werden kann, wenn das Krankenhaus eine entsprechende Anfrage gemäß § 6 Abs. 2 KHEntgG für das jeweilige Systemjahr gestellt hat. Bei der Kalkulation dieses NUB-Entgeltes ist der bereits über das ZE01.01 bzw. ZE01.02 vergütete Betrag in Form einer Differenzkostenrechnung zu berücksichtigen.

5. Sonstige Hinweise (Stand 30.11.2011)

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

Damit können ab 2012 in der vorgenannten Fallkonstellation keine zusätzlichen Entgelte für eine Überschreitung der oberen Grenzverweildauer für die gesunde Mutter mehr abgerechnet werden. An die Stelle der zusätzlichen Entgelte für die Überschreitung der oberen Grenzverweildauer tritt nunmehr das Zusatzentgelt für Begleitpersonen mit entsprechenden Auswirkungen auf die Summe der effektiven Bewertungsrelationen im Bereich der Geburtshilfe.