

DRG 01.01.2010

G-DRG 2010 – Chirurgisch relevante Änderungen des deutschen Fallpauschalensystems



Für die DRG-Kommission der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und des Berufsverbandes Deutscher Chirurgen sowie der AG Chirurgie der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS).

Mit den Entgeltkatalogen 2010 geht das deutsche DRG-System in den siebten Jahrgang und hat sich, zumindest nach Ansicht der Selbstverwaltung, zu einem Exportschlag entwickelt. Es muss sich allerdings noch zeigen, ob und wie die praktische Umsetzung in China, Thailand, Zypern, Slowenien, Litauen und Kasachstan erfolgreich vorangebracht wird.

Die Schwierigkeiten bei der „Helvetisierung“ zeigen, dass die Klassifikationssysteme für Diagnosen und Prozeduren von nicht zu unterschätzender Bedeutung sind, möglicherweise sogar den eigentlichen Erfolgsfaktor darstellen.

Erst durch die, unter maßgeblicher Beteiligung der medizinischen Fachgesellschaften, kontinuierlich gepflegte deutsche Prozedurenklassifikation OPS können sachgerechte pauschalierte Vergütungen auf der Basis einer einheitlichen und nachvollziehbaren Leistungsdokumentation kalkuliert werden, ohne die das G-DRG-System kaum Akzeptanz finden würde und seine ökonomische Wirkung entfalten könnte.

Bei nunmehr 1200 abrechenbaren DRGs ist die Systemstruktur im Vergleich zu den Vorjahren nur noch geringfügig angewachsen. 25 DRGs wurden neu definiert oder entstanden durch Splits bereits bestehender DRGs, 17 DRGs wurden gestrichen oder zusammengefasst, so dass ein Zuwachs um 8 DRGs resultiert.

Die relevanten Änderungen für den Bereich der Chirurgie werden im Folgenden zusammengefasst und kommentiert.

Kalkulation der Bewertungsrelationen und Verweildauer

Mit dem Entgeltkatalog 2010 wird, wie jedes Jahr, eine Neukalkulation aller Bewertungsrelationen, Ab- und Zuschläge sowie der Zusatzentgelte wirksam. Die Anzahl der Kalkulationskrankenhäuser ist mit 225 nahezu konstant geblieben. Bemerkenswert ist der Umfang der Kalkulationsstichprobe, die nach Ausschluss nicht plausibler Fälle noch über 4 Mio. Patienten umfasst und damit ca. ein Viertel aller stationäre Behandlungsfälle repräsentiert.

Der allgemeine Trend zur Verweildauerverkürzung hat sich, wenn auch abgeschwächt, weiter fortgesetzt. Der Mittelwert (ohne Tagesfälle) beträgt im jetzt ausgewerteten Datenjahr 2008 nur noch 7,17 Tage, also ein Rückgang um ca. 2,6 %. Bei DRGs mit besonders ausgeprägtem Verweildauerrückgang sind daher allein aus diesem Grund entsprechende Erlösminderungen zu verzeichnen.

Eine wesentliche methodische Verbesserung ist bei der Kalkulation der Sachmittelkosten zu erkennen. Wie von der gemeinsamen DRG-Kommission der DGCH und des BDC gefordert, wurde die Artikelliste (Anlage 10) des DRG-Kalkulationshandbuches um kostenrelevante Implantate und Verbrauchsmaterialien ergänzt.

Es handelt sich dabei u.a. um Materialien zur Gewebeverstärkung („Herniennetze“), Magenbänder, Tracheobronchialstents/Endobronchialventile, Vertebro-/Kyphoplastie-Sets, spezielle Einmalinstrumente für die laparoskopische Chirurgie, Stapler und Klammernahtgeräte, deren Kosten nunmehr verpflichtend den jeweiligen Fällen zuzuordnen sind und nicht mehr in einer Gemeinkostenstelle untergehen.

Dies dürfte insbesondere zu Erlösverbesserungen bei minimal-invasiven Eingriffen führen. Für die aktuellen Kalkulationen sind diese Neuregelungen offenbar jedoch zu spät gekommen, so dass erst ab 2011 zu erwarten ist, dass sie Wirkung entfalten. Voraussetzung ist natürlich, dass die Kosten in den Kalkulationskrankenhäusern auch wirklich entsprechend verbucht werden – die DRG-Verantwortlichen der chirurgischen Abteilungen sind aufgerufen, dies in ihren Häusern zu überprüfen und sicherzustellen.

CCL-Bewertung von Nebendiagnosen

Bei der Bewertung von Nebendiagnosen-Schweregraden hat sich das InEK nach eigenen Angaben für 2010 „absprachegemäß“ zurückgehalten. Während vor 2007 die Überprüfung der ursprünglichen australischen Bewertungen unter Hinweis auf eine fehlende Methodik noch abgelehnt wurde, hat es in den vergangenen drei Jahren intensivere Überprüfungen gegeben, die zu erstmaligen Neubewertungen und Aufwertungen, aber auch Abwertungen und Streichungen der CCL-Punkte bei einer zunehmenden Anzahl untersuchter Nebendiagnosen geführt hat.

Für 2010 sind jedoch keine Erstbewertungen weiterer Nebendiagnosen vorgenommen worden – warum „absprachegemäß“ auf eine Fortsetzung der systematischen Analysen verzichtet worden ist, ist nicht nachvollziehbar, zumal allein aus dem Bereich der Unfall- und orthopädischen Chirurgie mehrere hundert potentiell kostenrelevante Nebendiagnosen von der gemeinsamen DRG-Kommission der DGCH und des BDC benannt worden sind, die unerklärlicherweise noch unbewertet sind (z.B. multiple Femurfrakturen, multiple Wirbelfrakturen, Patellafraktur, Tibia- und Fibulafraktur, Knieluxation, Kreuzband- und Meniskusrisse, Frakturen am Fuß, Klavikula- und Skapulafraktur, Humeruskopf- und -schaftfrakturen, Unterarmfrakturen, Frakturen der Hand).

Dagegen wurden bei 7 bisher bewerteten Nebendiagnosen die CCL-Punkte gestrichen (siehe Infobox 1). Nach Analyse der Kodierrelevanz dieser Codes ist diese Maßnahme grundsätzlich zu begrüßen, da dadurch strittige Kodiersituationen an Relevanz verlieren und die spezifische Kodierung von Diagnosen gefördert wird. So gab es für die Verwendung des bisher CCL-relevanten Codes R54 Senilität keine allgemein anerkannten Kodierkriterien. Ab 2010 wird man sich über diesen Code nun nicht mehr streiten müssen. Sollte bei einem Patienten jedoch eine Alters-Demenz vorliegen, so ist diese mit den entsprechenden Codes (z.B. F001+ G30.1* Alzheimer-Demenz) zutreffend und CCL-wirksam kodiert.

ICD-10	Text
E87.8	Sonst. Stör. Wasser- u. Elektrolythaushalt
S06.0	Commotio cerebri
S06.9	Intrakranielle Verletzung, nnbez.
N30.2	Sonstige chronische Zystitis
R54	Senilität
U60.9	Klinische Kategorie der HIV-Krankheit nnbez
U61.9	Anzahl (CD4+-) T-Helferzellen nnbez.

Infobox 1: Nebendiagnosen, die ab 2010 nicht mehr Schweregrad-steigernd wirken (CCL=0)

Viszeralchirurgie

Die viszeralchirurgischen DRGs haben keine größeren Umgestaltungen erfahren.

In der "virtuellen" Basis-DRG "Eingriffe an Dünn- und Dickdarm", die aus den vier DRGs G02Z, G18A, G18B und G18C gebildet wird, triggern multiple Segmentresektionen von Dünn- oder Dickdarm, Transversumresektionen, erweiterte links- und rechtsseitige Hemikolektomien, aber auch die alleinige Anlage eines endständiger Enterostomas in die am höchsten vergütete G02Z. Unserem Antrag folgend triggert künftig auch die erweiterte (sub-)totale Kolektomien nach G02Z, die ebenfalls beantragte Verschiebung der erweiterten Sigmaresektionen wurde vom InEK dagegen erst für die nächste Kalkulationsrunde vorgemerkt.

ZE	Leistung
ZE115	Gabe von Anidulafungin, parenteral
ZE116	Gabe von Panitumumab, parenteral
ZE117	Gabe von Trabectedin, parenteral
ZE118	Gabe von Abatacept, parenteral

Infobox 2: Neue bundeseinheitlich kalkulierte Zusatzentgelte

Nicht erweiterte Hemikolektomien, Sigmaresektionen, Dickdarm-Segmentresektionen und Ileozökalresektionen triggern nach G18B, ebenso wie die alleinige Anlage eines doppelläufigen Kolostomas.

Diese Resektionen triggern in Verbindung mit einem "hochkomplexen Eingriff" nach G18A. Die Bezeichnung dieser DRG hat sich 2010 geändert: Der Begriff "Lebermetastasenchirurgie" findet sich nicht mehr. Jedoch zählen Resektionen an der Leber, ebenso wie Resektionen an Blase oder Niere sowie eine Splenektomie zu den "hochkomplexen" Eingriffen. Zu beachten ist dabei aber unbedingt, dass bei Mitresektion dieser Organe stets eine "erweiterte" Kolonresektion vorliegt und entsprechend zu kodieren ist. Bei einer Hemikolektomie wird dann statt G18A sogar G02Z erreicht.

Die noch höher vergütete DRG G37Z Multiviszeraleingriffe wird nur bei erweiterten Darmresektionen oder Transversumresektionen, also den Leistungen von G02Z, in Verbindung mit anatomischen Leberresektionen (mindestens ein Segment), Splenektomie, Nephrektomie oder radikaler Zystektomie erreicht.

Eine Höhergruppierung von G18A bzw. G18B nach G02Z ist auch bei Vorhandensein komplizierender Diagnosen möglich. Hierunter sind insbesondere Leber- und Peritonealmetastasen (C87.7 bzw. C87.6) sowie Peritonitis oder nichttraumatische Darmperforation (K65.- bzw. K63.1) zu verstehen. Die Kodierung dieser Nebendiagnosen darf daher keinesfalls vergessen werden.

Bei Zäkumresektionen wird lediglich G18C erreicht. Diese DRG resultiert auch stets bei ungenauer Prozedurenverschlüsselung mit den Codes 5-455.x bzw. 5-455.y, die grundsätzlich zugunsten einer spezifischen Kodierung zu vermeiden sind.

Auch bei den Rektumresektionen, die mit den DRGs G16A, G16B und G17Z vergütet werden, sind leichte Verschiebungen zu verzeichnen. Rektumresektionen mit Sphinktererhalt triggern nach G17Z. Bei zusätzlicher Splenektomie oder Verschluss einer Blasen-Darm-Fistel ("bestimmte Eingriffe") wird G16A bzw. G16B erreicht.

Erweiterte anteriore Resektionen, Resektionen ohne Sphinktererhalt und Proktokolektomien triggern dagegen nach G16B, bei zusätzlicher Leberresektion ("bestimmte Lebermetastasenchirurg": mindestens ein Segment) nach G16A.

Zu beachten ist auch die Funktion "komplizierende Konstellation" (siehe unten). Wenn die entsprechenden Bedingungen erfüllt sind, ist bei den DRGs G02Z, G16B, G17Z und G18A noch eine erhebliche Erlössteigerung möglich, da dann G38Z ermittelt wird.

Anzumerken ist bei allen Darmeingriffen, dass weiterhin für offen chirurgische und laparoskopische Verfahren die selben DRGs resultieren. Auf den kalkulatorischen Hintergrund wurde oben bereits hingewiesen, die Auswirkungen des neuen Kalkulationsverfahrens ab 2011 bleiben mit Spannung zu erwarten.

Für die bisher zweistufige Basis-DRG G19 *Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr* wird ein weiterer Split nach dem Kriterium "mit komplexem Eingriff" eingeführt. Nicht komplexe Eingriffe, die lediglich nach G19C triggern, sind Gastropexie, (Hemi-) Fundoplicatio sowie Eingriffe bei Zwerchfellhernie. Auch Anlage, Wechsel und Entfernung eines Magenbandes sind hier gelistet, bei Wahl einer entsprechenden Hauptdiagnose (E66.- Adipositas) würde in diesen Fällen jedoch eine der speziell hierfür kalkulierten DRGs (K04B, K07Z) resultieren.

Für "große komplexe Eingriffe bei Adipositas" (K04A) werden ab 2010 erstmalig bundesweit gültige Bewertungsrelationen bei einer mittleren Verweildauer von 8,1 Tagen vorgegeben. Mit dieser DRG werden insbesondere die biliopankreatische Diversion nach Scopinaro oder mit Duodenal Switch sowie die vertikale Gastroplastik nach Mason vergütet, der Erlös beträgt ca. 6.800 € (bei einer angenommenen Basisrate von 2.800 €).

Für die Basis-DRG G67, mit der u.a. die konservative Behandlung einer Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinalen Blutung oder eines Ulkus vergütet wird, ist künftig als zusätzliches Splitkriterium für die Stufe A die Durchführung von diagnostischen Herzkatheteruntersuchungen ("komplexer" Eingriff) wirksam, für die Stufe C eine zusätzlich vorhandene Para- / Tetraplegie.

Bei Eingriffen am Pankreas werden weitere Differenzierungen wirksam: Die bisher einstufige DRG H01Z *Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie* wird künftig für "komplexe" Eingriffe gesplittet, bei denen es sich hier um Eingriffe an viszerale Gefäßen, Trisegmentresektion der Leber, biliodigestive Anastomosen, Nephrektomien und Zwerchfellplastiken handelt. Für die Stufen B und C der dreistufigen Basis-DRG H09 *Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen ohne großen Eingriff* wird ein Split für "bestimmte" Eingriffe eingeführt, bei denen es sich um innere Pankreasdrainagen, Pankreaslinks- oder Segmentresektionen handelt.

Unfall- und orthopädische Chirurgie

Die DRGs des Bewegungsapparates weisen mehrere kleine Modifikationen der Splitbedingungen auf, z.B. bei I02C / I02D, I20A bis I20F, I27B bis I27D, I32B bis I32F, I68A bis I68D, I76A / I76B sowie J08A bis J08C. Der PCCL-Split bei Amputationen (I07Z) wird aufgehoben. Die Leistungsinhalte der künftig entfallenden DRG I25Z *Diagnostische Eingriffe an Knochen und Gelenken einschließlich Biopsie* werden je nach Lokalisation 37 anderen DRGs zugeordnet.

Größere Neustrukturierungen finden sich bei den Eingriffen an der Wirbelsäule (Basis-DRGs I06, I09 und I10). Die Leistungsinhalte der künftig entfallenden Basis-DRG I19 sind in diese drei Basis-DRGs eingearbeitet worden. Wichtig ist die Abgrenzung von "komplexen" Eingriffen an der Wirbelsäule im Rahmen von orthopädischen Korrekturen bei nichttraumatischen Deformitäten, die in die Basis-DRG I06 triggern. Besonders zu beachten ist die korrekte Angabe der Anzahl der behandelten Segmente sowie eingesetzter intervertebraler Cages oder eines Wirbelkörperersatzes. Wichtig ist zudem die Abgrenzung der höher bewerteten Kyphoplastien von Vertebro- bzw. Spongioplastien, wobei die intravertebrale instrumentelle Aufrichtung als Unterscheidungskriterium im OPS definiert ist. Aufgewertet werden insbesondere auch mehrzeitige Eingriffe, Halotraktionen, Eingriffe bei Wirbelfrakturen oder bösartigen Neubildungen, abgewertet werden Osteosynthesen bzw. Spondylodesen durch Drahtcerclagen oder Klammersysteme.

ZE	Leistung
ZE2010-74	Gabe von Sunitinib, parenteral
ZE2010-75	Gabe von Sorafenib, parenteral
ZE2010-76	Gabe von Temsirolimus, parenteral
ZE2010-77	Gabe von Lenalidomid, oral
ZE2010-78	Gabe von Clofarabin, parenteral
ZE2010-79	Gabe von Nelarabin, parenteral
ZE2010-80	Amphotericin-B-Lipidkomplex, parenteral
ZE2010-81	Perk.-translum. Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakran. Gef. mit Mikrodrahtretriever-System

Infobox 3: Neue krankenhausindividuell zu vereinbarende Zusatzentgelte

Die endlich umgesetzte Streichung der OPS-Kodes für Materialkombinationen bei Osteosynthesen (im stationären Bereich) hat auch Auswirkungen auf die Gruppierungsalgorithmen. Bei mehreren DRGs werden die entfallenden Codes durch die Kombination der entsprechenden Einzelverfahren ersetzt, so dass eine aufwandsgerechtere Zuordnung möglich wird. Die bisherige dreistufige Basis-DRG I57 wird in diesem Zusammenhang in die Basis-DRG I13 integriert, die künftig fünf Stufen umfasst. Dabei werden "komplexe" und "bestimmte" Mehrfacheingriffe unterschieden, wofür 11 Prozedurentabellen benötigt werden. Aufgewertet werden dabei u.a. die Kombination einer Plattenosteosynthese des Außenknöchels mit einer Osteosynthese des Innenknöchels. Abgewertet wird die Kombination von Schraube und Kirschnerdraht bei der Versorgung einer Innenknöchelfaktur (bisher Materialkombination).

Für Behandlungsfälle, die primär der Basis-DRG I02 zugeordnet sind, ist künftig eine Erlössteigerung vorgesehen, wenn zusätzlich "hochaufwändige" Implantate verwendet werden. Hierunter sind neben Tumorendoprothesen (Zusatzkode 5-829.c) und Knochentotalersatz des Femurs ausschließlich nur bestimmte Neurostimulatoren, Kochleaimplantate, endovaskulärer Herzklappenersatz sowie endovaskuläre Stentprothesen der Aorta zu verstehen. Diese äußerst seltenen Fälle (in der Kalkulationsstichprobe weniger als 34 Patienten) werden dann der DRG I26Z *Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte oder hochaufwändiges Implantat bei hochkomplexer Gewebe- / Hauttransplantation* zugeordnet. Ob diese Mischkalkulation tatsächlich zu einer sachgerechten kostendeckenden Vergütung führt, muss zumindest bei einigen der Verfahren angezweifelt werden.

Polytrauma

Die Polytrauma-Algorithmen wurden geschärft, indem einige unbedeutende Diagnosen aus den Definitionstabellen entfernt wurden. Es handelt sich dabei um oberflächliche und offene Wunden des Kopfes (S00.- und S01.-), Harnblasenprellungen und unspezifisch kodierte Verletzungen der Harnwege und Beckenorgane (S37.20, S37.21, S37.28, S37.88, S37.9), Verletzungen des Peritoneums (S36.81) sowie erstgradig offene Unterarmfrakturen und -luxationen (S36.81). Bisher war es möglich, mit den Diagnosen "Harnblasenprellung" und "offene Nasenbeinfraktur" eine Polytrauma-DRG abzurechnen, dies ist künftig nicht mehr möglich. Offene Frakturen des Kopfes können aber auch weiterhin zur Ermittlung eines Polytraumas beitragen, selbst wenn es sich nur um eine offene Nasenbeinfraktur handelt!

ZE	Leistung
ZE119	Hämofiltration, kontinuierlich
ZE120	Hämodialyse, kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD)
ZE121	Hämodiafiltration, kontinuierlich
ZE122	Peritonealdialyse, intermittierend, maschinell unterstützt (IPD)
ZE123	Peritonealdialyse, kontinuierlich, nicht maschinell unterstützt (CAPD)
ZE2010-82	Peritonealdialyse, kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD)

Infobox 4: Neue Zusatzentgelte für Dialysen

Bestimmte viszeralchirurgische Eingriffe bei Polytrauma werden künftig aufgewertet. Dies betrifft anatomische Leberresektionen, Lebernähte bzw. Omentumplastiken, Rekonstruktionen der Niere, der Harnblase oder Vagina sowie Nähte von Dünn- und Dickdarm sowie Segmentresektionen des Dünndarms. Diese "komplexen Eingriffe am Abdomen" triggern ab 2010 in die Basis-DRG W02, die bisher ausschließlich durch Eingriffen am Bewegungsapparat ermittelt werden konnte.

Die Implantation von endovaskulären Stent-Prothesen an der Aorta im Verbindung mit der Behandlung eines Polytraumas wird künftig dem Leistungsinhalt der DRG W36Z zugeordnet, mit der auch eine intensivmedizinische Komplexbehandlung vergütet wird. Diese klinische Rarität fand sich in der Kalkulationsstichprobe offenbar bei 10 Fällen.

Bei der bisher einstufigen Basis-DRG W61Z wird ein Split für "komplizierende Diagnosen" eingeführt. Hierunter sind Schädelbasisfrakturen, traumatische subarachnoidale Blutungen, Frakturen des 1. oder 2. Halswirbels, multiple Frakturen der Brustwirbelsäule, ein instabiler Thorax, Nierenverletzungen und Milzrupturen zu verstehen.

2010		2009		Leistung
ZE	OPS	ZE	OPS	
ZE107	8-800.c-	ZE54	8-800.7-	Gabe von Erythrozytenkonzentraten
ZE108	8-800.6-	ZE35	8-800.6-	Gabe von patientenbezogenen Thrombozytenkonzentraten
ZE109	6-002.p-	ZE39	6-002.0-	Gabe von Caspofungin, parenteral
ZE110	6-002.q-	ZE43	6-002.3-	Gabe von liposomalem Amphotericin B, parenteral
ZE111	6-002.5-	ZE45	6-002.5-	Gabe von Voriconazol, oral
ZE112	6-002.r-	ZE46	6-002.6-	Gabe von Voriconazol, parenteral
ZE113	6-002.c-	ZE77	6-002.c-	Gabe von Itraconazol, parenteral
ZE114	6-003.0-	ZE81	6-003.0-	Gabe von Posaconazol, oral

Infobox 5: Umgestellte Dosisbereiche, OPS-Kodes und ZE-Nummerierungen

Kinderchirurgie

Der sachgerechten Vergütung pädiatrischer und kinderchirurgischer Fälle wird offensichtlich stets besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Allerdings ist festzustellen, dass Neuerungen fast ausschließlich Extremkostenfälle betreffen und selbst für kinderchirurgische Zentren kaum von Belang sind. Zu nennen ist in diesem Zusammenhang die neue DRG A22Z *Korrekturingriff bei Doppelgebildung*, mit der ausschließlich die Trennung siamesischer Zwillinge vergütet wird. Für diese DRG sind Krankenhausindividuelle Entgelte zu vereinbaren. Auf welcher Grundlage diese kalkuliert werden können und wie die Abrechnungsbestimmungen (2 DRGs nach Trennung ?) anzuwenden sind, ist ungeklärt. Auch dürfte es bei der erheblichen Variabilität dieser Fehlbildung kaum möglich sein, eine ausreichende Kostenhomogenität zu gewährleisten.

Zunehmende Relevanz erhält die "intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter". Waren es bisher nur die konservativen DRGs E40A und E77A, so wird jetzt mit G03A (Bestimmte Eingriffe an den Verdauungsorganen) die erste operative Basis-DRG nach diesem Leistungskriterium gesplittet. Hier nimmt das DRG-System direkt Einfluss auf Versorgungsstrukturen, da an die Kodierung der Komplexbehandlung sehr restriktive Ansprüche gestellt werden (siehe DIMDI-Hinweise zum OPS-Kode 8-98c.-). Selbst spezialisierte kinderchirurgische Abteilungen werden diese Anforderungen nicht immer erfüllen – ob dadurch Mindervergütungen zu rechtfertigen sind, wird noch zu diskutieren sein.

Thoraxchirurgie

Bei den thoraxchirurgischen DRGs sind nur kleine Änderungen zu nennen. Für die zweistufige Basis-DRG E01 *Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe am Thorax* werden als zusätzliche Splittkriterien das Vorhandensein einer komplizierenden Konstellation (siehe unten), einer komplexen Diagnose (J86.0 *Pyothorax mit Fistel*) oder eines hochkomplexen Eingriffs (Revisionseingriffe bei Stumpfsuffizienz, erweiterte Lobektomien und Pneumonektomien) eingeführt.

Für Behandlungsfälle, die aufgrund ihrer Hauptdiagnose der MDC 04 *Krankheiten der Atmungsorgane* zugeordnet sind, wird bei Einsatz "hochaufwändiger" Implantate die DRG E36Z ermittelt, die bisher ausschließlich bei einer "*intensivmedizinischen Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte*" zur Abrechnung kam. Dadurch wird eine Vergütungssteigerung für Tumorendoprothesen, Knochentotalersatz des Femurs, bestimmte Neurostimulatoren, Kochlea-Implantate, endovaskulärer Herzklappenersatz sowie endovaskuläre Stentprothesen der Aorta ermöglicht, in der Praxis wird diese Situation jedoch nur selten anzutreffen sein (in der Kalkulationsstichprobe weniger als 5 Patienten), wobei fraglich ist, ob der Mehrerlös in diesen Fällen kostendeckend sein wird.

Für die konservative Behandlung eines schweren Thoraxtraumas wird ein Split der bisher einstufigen Basis-DRG E66 bei Vorliegen einer "komplizierenden Diagnose" eingeführt. Hierunter sind Rippenserienfrakturen mit Beteiligung von mindestens 4 Rippen, instabiler Thorax, traumatischer Hämato- / Pneumothorax, Lungenprellungen sowie Wirbelfrakturen jeglicher Lokalisation zu verstehen. Warum jedoch Rissverletzungen der Lunge, Bronchus- und Zwerchfellverletzungen nicht in die Stufe A triggern, ist schwer nachvollziehbar, allerdings dürfte in diesen Fällen in der Regel eine Operationsindikation vorliegen bzw. eine Beatmung erforderlich sein.

Herz- und Gefäßchirurgie

Die Systematik der koronaren Bypass-Operationen wurde überarbeitet und neu systematisiert. Künftig werden die bisherigen Basis-DRGs F06, F16, F23 und F53 in der nunmehr sechsstufigen Basis-DRG F06 zusammengefasst. Die DRG F05Z ist dabei als weitere Stufe im Sinne einer virtuellen Basis-DRG zu betrachten.

Die bisherigen DRGs F07Z und F31Z werden in einer gemeinsamen Basis-DRG zusammengefasst. Für den zuvor diesen DRGs mit zugeordneten minimalinvasiven Herzklappenersatz wird die neue DRG F98Z *Endovaskuläre Implantation einer Herzklappe oder transapikaler Aortenklappenersatz* neu eingeführt, mit der jetzt endlich eine sachgerecht kalkulierte Vergütung ermöglicht wird.

Komplizierende Konstellationen

Die Algorithmen der 4 Typen der „komplizierenden Konstellation“ sind im wesentlichen unverändert geblieben. Zu beachten ist jedoch, dass ab 2010 auch die Lagerungsbehandlung im Weichlagerungsbett mit programmierbarer automatischer Lagerungshilfe (8-390.5) sowie im Spezialweichlagerungsbett für Schwerstbrandverletzte (8-390.6) zu den erlössteigernden Faktoren zählen kann – hier wurde ein offensichtlicher Fehler des vergangenen Jahres korrigiert.

Bei der Kodierung von Thoraxdrainagen wird ab 2010 im OPS zwischen groß- und kleinumigen Drainagen differenziert. Nur die großlumigen (Bülau-) Drainagen (8-144.0) können zur Ermittlung einer komplizierenden Konstellation führen.

Zusatzentgelte

Bei insgesamt weiterhin zurückhaltender Einführung neuer Zusatzentgelte, insbesondere im Bereich der Medizintechnik, hat 2010 die Zahl der bewerteten Zusatzentgelte um 7 zugenommen, die unbewerteten um 9 (siehe Info-Box 2 und 3). Es handelt sich dabei überwiegend um innovative Medikamente.

Einige Dialyseverfahren wurden jetzt ebenfalls bewertet (siehe Info-Box 4), so dass das ZE2010-08 künftig nur noch eine Restgruppe für „sonstige und nicht näher bezeichnete Dialysen“ darstellt, die in der Praxis wohl kaum zu vereinbaren sind. Das einzige „medizintechnische“ neue Zusatzentgelt wurde für die perkutan-transluminale Thrombektomie und Fremdkörperentfernung an intrakraniellen Gefäßen mittels Mikrodrahtretriever-System eingeführt (ZE2010-81), welches krankenhausindividuell zu vereinbaren ist.

Das Zusatzentgelt ZE60 Palliativmedizinische Komplexbehandlung wird ab 2010 nach Behandlungsdauer differenziert, wobei die drei Bereiche 7 – 13 Behandlungstage, 14 – 20 Behandlungstage sowie mehr als 20 Behandlungstage maßgeblich sind. Abschließend sei noch darauf hingewiesen, dass aufgrund von Anpassungen und Ergänzungen der Dosisbereiche bei einigen Medikamenten und Transfusionen (Erythrozytenkonzentrate, patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate) die Nummerierungen der Zusatzentgelte und in einigen Fällen auch die OPS-Kodierungen verändert worden sind.