

## Tätigkeitsbericht 2016 DRG–Kommission der DWG

Die Aufgaben der DRG Kommission waren auch in 2016 wie in den Jahren zuvor durch vielerlei Anfragen vom DIMDI, InEK sowie DWG Mitgliedern geprägt.

Hierbei ergaben sich insbesondere folgende Aufgaben:

- die Beurteilung von ICD-10-/OPS-Vorschlägen 2017 von Dritten
- Erarbeitung von neuen Hinweistexten im OPS-2017 unter 5-836
- Unterjährige Beratung bei Interpretationsfragen der Klassifikationen aufgrund externer Anfragen
- Ansprechpartner für Kliniken bei Abrechnungsproblemen mit Kostenträgern
- Problembesprechung bezüglich offener Kodierfragen mit der SEG4 (das ist die Sozialmedizinischen Expertengruppe für Vergütung und Abrechnung)
- Sozialgerichtsgutachter bei Rechtsstreits mit WS-Thematik

Neu hinzugekommen ist die Beratung der WHO bei der Bearbeitung der ICD-11 bezüglich der Kodierung von Erkrankungen-/Verletzungen an der Wirbelsäule. Hierfür wurde Herr Selter als Vertreter der DWG berufen.

Für 2017 hatten wir einige Anträge bei DIMDI (OPS Codes) und InEK oder deren Änderungen, selber beantragt bzw. unterstützt:

### Anträge InEK

#### 1) DRG-Zuordnungsänderung bei kombinierten Spondylodesen

**Problem:** Bei Spondylodesen wird im OPS nach dorsal (5-836.3), ventral (5-836.5) und dorsoventral (5-836.4) unterschieden.

Werden Segmente in einem Eingriff dorsal und ventral kombiniert versteift, ist der entsprechende Code 5-836.4 anzugeben. Werden Segmente in unterschiedlichen Segmenten dorsal und ventral versteift, sind die jeweiligen Codes aus 5-836.3 und 5-836.5 anzugeben.

Problem: Wird beispielsweise eine Spondylodese in 3 Segmenten dorsal, dabei 1 davon zusätzlich ventral vorgenommen, wird über die Kodierung 5-836.40 und 5-836.31 die I09E zugeordnet (PCCL < 4, RG in 2016 2,465). Wird noch z. B. ein Schrauben-Stab-System verwendet, ist zusätzlich z. B. 5-83b.52 anzugeben, womit die Zuordnung zur I09D erfolgt (PCCL < 4, RG in 2016 3,247).

Kodiert man aber die Segmente bezüglich ihrer Lokalisation einzeln, also 5-836.32 und 5-836.50, wird die besser vergütete I09C (PCCL < 4, RG in 2016 4,334) zugeordnet. Die

zusätzliche Kodierung eines Schrauben-Stab-Systems führt hier zu keiner anderen DRG-Zuordnung. Die unterschiedliche Kodierpraxis führt zu unterschiedlichen DRGs, die immer wieder zu Streitigkeiten zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern führen.

**Lösungsvorschlag:** Das InEK wird gebeten, die Kalkulationsdaten hinsichtlich der genannten OPS-Kombinationen zu überprüfen, um festzustellen, ob eine Gleichstellung bezüglich der DRG-Zuordnung erfolgen kann. Im genannten Beispiel I09C. Wobei hier auch weitere Kombinationen zu berücksichtigen sind.

## 2) Neue Zuordnung ZE für Diboterminalpha an der WS

**Problem:** Das individuell zu vereinbarende ZE 2016-63 wird zugeordnet, wenn Diboterminalpha zwischen 12 mg und 36 mg und mehr verwendet wird. Bei niedrigerer Dosierung erfolgt keine Zusatzentgeltzuordnung.

Seit 2002 ist Diboterminalpha für die Behandlung von akuten Tibia-Frakturen bei Erwachsenen, als Ergänzung der aus offener Frakturposition und unaufgebohrter intramedullärer Nagelosteosynthese bestehenden Standardtherapie zugelassen. 2005 wurde die Indikation auf anteriore lumbale Wirbelsäulen-Fusionen (L4-S1) auf einer Ebene bei Erwachsenen mit degenerativen Bandscheibenerkrankungen und erfolgter mindestens 6-monatiger nichtoperativer Behandlung erweitert. 2014 prüfte die EMA einen Antrag auf Veränderung der Zulassung, der den Wegfall bestehender Einschränkungen zum Ziel hatte. Der Antrag wurde bewilligt und somit ist die Verwendung von Diboterminalpha nun im Rahmen von anterioren Wirbelkörperfusionen sowie posterioren und transforaminale Wirbelkörperfusionen mit jedem zugelassenen Cage an der Lendenwirbelsäule erlaubt.

Wie viel Diboterminalpha bei einer Lendenwirbelkörperfusion eingebracht wird, richtet sich nach dem Intravertebralraum und der Größe, Form und dem Innenvolumen der verwendeten Instrumentation (Cage). Bei bestimmungsgemäßem Gebrauch werden typischerweise 4 mg im Intravertebralraum verwendet. (4) Mit den zurzeit noch bestehenden OPS-Kodes (Änderungsantrag für 2017 ist über die Deutsche Wirbelsäulengesellschaft beim DIMDI bereits eingereicht worden, s. u.) kann lediglich die Implantation von 12 mg und mehr Diboterminalpha kodiert werden. Die Anwendung bei Tibia-Frakturen ist somit entsprechend der bisherigen Differenzierung des OPS-Kodes 6-003.4- kodierbar, die Anwendung bei Lendenwirbelkörperfusionen mit Beachtung der empfohlenen Maximaldosis von 8 mg und der typischerweise verwendeten 4 mg kann aktuell aber nicht kodiert werden. Da der Code auch keine Resteklasse vorhält, ist die Prozedur mit dem teuren Knochenwachstumsfaktor zurzeit noch nicht abgebildet.

Die Kodierung von Medikamenten im Kapitel 6 der OPS-Klassifikation wurde im Jahr 2008 eingeführt. Zu diesem Zeitpunkt lag noch keine Zulassung für die Verwendung von Diboterminalpha an der Wirbelsäule vor, womit bei Etablierung des Codes nicht die Möglichkeit der Verwendung von kleineren Mengen als 12 mg bedacht, bzw. berücksichtigt wurde. Daher besteht auch aktuell keine Möglichkeit bei Eingriffen an der Wirbelsäule, die hohen zusätzlichen Kosten über das ZE2016-63 zu kompensieren. Dies stellt einen erheblichen Nachteil für die Kliniken mit Wirbelsäuleneingriffen dar, wogegen bei Operationen an den Extremitäten eine entsprechende Kompensation über das ZE erfolgt.

Die zusätzlichen Kosten für das Verfahren beinhalten die Kosten für das Medikament, aktuell 3.510,50 € für eine Packungseinheit Dibotermin alfa (Herstellerabgabepreis für 12 mg inkl. MwSt.), sowie zusätzliche Personal- und Sachkosten, da sich die Operationsdauer durch den Einsatz von Dibotermin alfa um einige Minuten verlängert.

Die Verlängerung der Operationsdauer, sowie die dadurch zusätzlich anfallenden Personalkosten sind krankenhausespezifisch zu ermitteln. Somit können die Gesamtkosten lediglich geschätzt werden. Bei einer Operationszeitverlängerung von 8 Minuten sind je nach Arzt- und Pflegeminute und anwesendem Personal, Kosten von rund 4.000,00 € anzunehmen (inkl. Medikament). Die durch die Implantation von Dibotermin alfa entstehenden Kosten sind als Zusatzkosten gegenüber einer Wirbelkörperperfusion ohne autologes Knochenersatzmaterial zu verstehen.

**Antrag DIMDI OPS-Änderung 2017:  
Erweiterung der Dosisklassen unter 6-003.4-:**

6-003.43 Applikation von Dibotermin alfa, Implantation am Knochen, unter 4 mg  
6-003.44 Applikation von Dibotermin alfa, Implantation am Knochen, 4 mg bis unter 8 mg  
6-003.45 Applikation von Dibotermin alfa, Implantation am Knochen, 8 mg bis unter 12 mg

in Ergänzung zu den bestehenden OPS-Kodes mit mg-Differenzierung von 12 bis 36 mg und mehr:

6-003.40 Applikation von Dibotermin alfa, Implantation am Knochen, 12 mg bis unter 24 mg  
6-003.41 Applikation von Dibotermin alfa, Implantation am Knochen, 24 mg bis unter 36 mg  
6-003.42 Applikation von Dibotermin alfa, Implantation am Knochen, 36 mg und mehr

Hinweis zur DRG-Zuordnung 2016 bei Operationen an der WS mit Dibotermin alfa : In der Regel werden die Basis-DRGs I09 und I10 zugeordnet, vereinzelt ggf. I06.

**Lösungsvorschlag:** Einführung der neuen Dosisklassen von Dibotermin alfa unter 6-003.4- laut DIMDI-Antrag und entsprechende Erweiterung des ZE2016-63 (2017-63).

**Anträge ICD-10 und OPS beim DIMDI**

**ICD-10**

1) ICD-10-Kodes für die traumatische Verletzung der Dura (Rückenmarkshäute) an der Wirbelsäule.

**Die entsprechenden Codes sind vom DIMDI in der Vorabversion ICD-10 2017 aufgelistet, womit eine Umsetzung zu erwarten ist.**

Neuaufnahme von lokalisationsbezogenen Codes:

S19.80 Verletzung zervikaler Rückenmarkshäute

S29.80 Verletzung thorakaler Rückenmarkshäute

S39.81 Verletzung lumbosakraler Rückenmarkshäute

Hinweise bei S14.- S24 und S34 auf o.g. Schlüsselnummern

## OPS Kodes

### 1) Anpassung Hinweis unter 5-83b

**Problem:** Der Hinweis ist in seiner bisherigen Formulierung nicht trennscharf für alle möglichen Kombinationen anwendbar.

So ist der Hinweis logisch nachvollziehbar, wenn z. B. Cages in 2 Segmenten und ein Schrauben-Stab-System über 4 Segmente eingebracht wird, dann 5-83b.71 (Cages) und 5-83b.52 (Schraub.Stab.) zu kodieren (DRG I09C, ca.14.200 €).

Unscharf wird aber die Formulierung, wenn man 2 Schrauben-Stab-Systeme an unterschiedlichen Abschnitten einbringt, ohne Verbindung zueinander, z. B. TH8 – TH10 und LWK1 auf LWK3. Legt man den Hinweis so aus, dass das jeweilige Schrauben-Stab-System eine einzelne Komponente darstellt, sind 2 Kodes anzugeben: Zweimal der Kode 5-83b.51 (DRG I09D, ca. 10.600 €). Versteht man den Hinweis dergestalt, dass Komponenten gleich unterschiedliche Osteosynthesen zu verstehen und gleiche Implantate (auch mit Unterbrechung) bezüglich ihrer Segmentanzahl zu kodieren sind, ist nur 1 Kode anzugeben: 5-83b.52 (DRG I09C, ca.14.200 €).

Es wäre hier nicht nachvollziehbar, warum bei durchgehendem Fixateur ca. 4.000 € mehr über die I09C resultieren sollten, im anderen Fall lediglich die deutlich niedriger bewertete I09D. Zumal der Aufwand mindestens gleich hoch ist, so auch die Kosten der Implantate.

Daher sollte der Hinweis unmissverständlich formuliert werden.

**Lösungsvorschlag:** Änderung des Hinweises unter 5-83b.

**Folgende neue Formulierung ist vom DIMDI in der Vorabversion OPS 2017 dargestellt, womit eine Umsetzung zu erwarten ist, auch wenn die endgültige Formulierung noch anders lauten kann:**

Bei Kombinationen von unter 5-83b genannten verschiedenen Verfahren (Implantate) während eines Eingriffs sind alle Komponenten verschiedenen Verfahren (Implantate) einzeln zu kodieren. Bei Verwendung gleicher Implantate an verschiedenen Abschnitten der Wirbelsäule während eines Eingriffs ist nur ein Kode für das jeweilige Verfahren (Implantat) mit Summierung der Anzahl aller versorgten Wirbelsäulensegmente anzugeben.

Diese Kodes sind nur zu verwenden, wenn alle innerhalb einer Operation betroffenen Segmente sowohl dorsal als auch ventral versorgt wurden.

Diese Kodes sind nicht zu verwenden, wenn innerhalb einer Operation neben kombiniert versorgten Segmenten auch Segmente nur dorsal und/oder nur ventral versorgt wurden. Dann sind sämtliche Segmente getrennt nach dorsal und ventral zu addieren und entsprechend zu kodieren (5-836.3 ff., 5-836.5 ff.).



## Über die DRG Kommission der DWG:

### **Leiter**

Dr. med. Michael Ahrens  
Stellvertretender Leiter  
D. D. Selter (Murnau)

### **Mitglieder**

Prof. Dr. Th. Auhuber (Frankfurt)  
Prof. Dr. W. Börm (Flensburg), Vertreter des DWG Vorstandes  
Dr. N. von Dercks (Leipzig)  
Prof. Dr. H. Halm (Neustadt), DWG  
PD Dr. J. Herdmann (Düsseldorf), Vertreter DGNC  
Dr. H. Koepp (Wiesbaden)  
D. D. Selter (Murnau), Vertreter BG, DGOU  
Dr. H. P. Köhler (Hamburg), DWG

Vorrangige Aufgabe der DRG Kommission der DWG ist es aber auch weiterhin, die DRG-Zuordnung und Vergütungsstruktur bei Wirbelsäulenerkrankungen und –verletzungen auf ihre Sachgerechtigkeit hin zu prüfen. Integraler Bestandteil dieser Prüfungen ist es, die Weiterentwicklung der Klassifikationen nach ICD-10-GM (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten, German Modification) und OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel) zu begleiten. Hierbei werden seitens der Arbeitsgruppe Vorschläge im Rahmen der jährlichen Vorschlagsverfahren beim DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) eingebracht. Neben der aktiven Teilnahme an den Vorschlagsverfahren, ist die Arbeitsgruppe Ansprechpartner des DIMDI bei der Validierung von Anträgen Dritter. Das System ist inzwischen sehr ausgereift, es gibt aber noch Themen, die bisher nicht ausreichend gelöst sind. Als Beispiele sind zu nennen die Revisionschirurgie und Abbildung von erneuten Instrumentierungen, sowie die asymmetrischen oder nicht kontinuierlichen dorsoventralen Versorgungen.

Wie auch in den vorausgegangenen Jahren, nehmen wir aber auch sehr gerne Vorschläge und Anregungen seitens der Mitglieder entgegen.

Dr. M. Ahrens  
Leiter der DRG-Kommission