

Information zur Abbildung der Radioiodtherapie und anderer Therapien mit Radionukliden im G-DRG-System 2007

Die Radioiodtherapie und –diagnostik werden in der Version 2007 des G-DRG-Systems erstmals differenziert abgebildet. Damit wurden die Vorschläge der DGN nach einer leistungsgerechteren Abbildung der Radioiodtherapie, die bereits mehrfach beim Institut für Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) eingereicht wurden, umgesetzt. Voraussetzung war die differenzierte Abbildung der Radioiodtherapie in der Prozedurenverschlüsselung (OPS-Katalog) seit 2005, da nur so eine Kalkulationsgrundlage gewonnen werden konnte.

Die Radioiodtherapie wird 2007 in 3 verschiedenen DRGs abgebildet. Als Gruppierungsvariable für die DRGs dient die verschlüsselte Prozedur. Für Radioiodaktivitäten ≥ 5 GBq und/oder Applikation von rekombinantem humanen TSH (rhTSH) im Rahmen des stationären Aufenthalts erfolgt die Einteilung in die DRG K15B mit der höchsten Bewertungsrelation. Für Radioiodaktivitäten $> 1,2$ GBq und < 5 GBq ohne Applikation von rhTSH erfolgt die Gruppierung in die DRG K15C mit einer entsprechend niedrigeren Bewertungsrelation. Die übrigen Radioiodtherapien werden der nachrangigen DRG K15D zugeordnet.

Für die Radioioddiagnostik beim Schilddrüsenkarzinom und in der Nachsorge des Schilddrüsenkarzinoms stehen jeweils 2 DRGs zur Verfügung. Behandlungsfälle mit Durchführung einer Ganzkörperszintigraphie mit rhTSH-Gabe werden in entsprechend höher bewertete DRGs eingruppiert als Behandlungsfälle mit Ganzkörperszintigraphie ohne rhTSH-Gabe.

Darüber hinaus wurde vom InEK der Vorschlag der DGN umgesetzt und ein Zusatzentgelt für die Therapie mit I-131-mIBG etabliert, welches krankenhausesindividuell mit den Kostenträgern vereinbart werden muß.

Bei der Interpretation der DRG-Systemänderungen ist unbedingt zu beachten, dass in der Einführungsphase des DRG-Systems (Konvergenzphase), die nach aktueller Gesetzeslage bis 2009 abgeschlossen werden soll, Krankenhäuser mit den Kostenträgern weiterhin ein Budget für die Krankenhausleistungen (Fallzahl & Casemix) vereinbaren. Regelmäßig werden dazu die Leistungen der Vorjahre als Grundlage für die Vereinbarung des Budgetjahres herangezogen. Übersteigt der Gesamtjahreserlös eines Krankenhauses die vereinbarte Budgetsumme, z.B. durch Ausweitung der Fallzahl oder durch Behandlung aufwändigerer Patienten (Abrechnung höher bewerteter DRGs), sind bis zu 65% dieser so genannten Mehrerlöse an die Kostenträger zurückzuerstatten. Ist der Mehrerlös ausschließlich auf eine verbesserte Kodierung zurückzuführen, sind sogar 100% der Mehrerlöse zurückzahlen. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass eine unkontrollierte Ausweitung von im DRG-System höher bewerteten Leistungen negative Folgen für das Kosten-/Erlösverhältnis des Krankenhauses haben kann. Die deutlich reduzierten Erlöse bei Überschreitung des Budgets können die Kostensteigerungen, z.B. durch Einsatz teurer Medikamente, ggf. nicht kompensieren. Die Systematik zu den Mehr- und Mindererlösausgleichen bzw. zur Berücksichtigung von Leistungsmengenänderungen in den Leistungs- und Entgeltverhandlungen ist sehr komplex. Wir empfehlen deshalb, die strategische Leistungsausrichtung einer Abteilung in enger Abstimmung mit der Krankenhausgeschäftsführung durchzuführen.

Wie in den Vorjahren geben wir für "Standardfälle" der Radioiodtherapie und weitere nuklearmedizinische Therapien Empfehlungen zur Kodierung der Haupt- und Nebendiagnosen sowie zur Anwendung der Prozedurenverschlüsselung. Bei den ausgewiesenen ICD-Texten handelt es sich z.T. um Synonyme, die von uns zur Veranschaulichung der Kodierung gewählt wurden. Der Original-ICD Text kann von unseren Angaben abweichen. Im Ergebnis ist jeweils die neue G-DRG 2007 mit Spezifikation der Bewertungsrelation und Zu- und Abschlägen ablesbar. Wir weisen darauf hin, dass einzelne Krankenhäuser für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB-Entgelt) nach §6.2 KHEntgG mit den Kostenträgern individuelle Vereinbarungen getroffen haben können (z.B. Radioimmuntherapie mit Zevalin).

Bei einer Therapie abweichend von den "Standardfällen" kann und muss die Kodierung individuell erfolgen. Wir empfehlen wie in den Vorjahren nachdrücklich eine vollständige und korrekte Dokumentation der Diagnosen und Therapieprozeduren, da die Kodierung als Kalkulationsgrundlage herangezogen wird, um in Zukunft eine noch sachgerechtere Abbildung der nuklearmedizinischen Therapie als bisher zu erreichen.

Bitte beachten Sie die folgenden Hinweise auf die wesentlichen Änderungen im Vergleich zum Vorjahr:

- Die interstitielle oder intraluminale Therapie mit offenen Nukliden wird 2007 in 2 OPS-Kodes differenziert (OPS 8-530.45 Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie (SIRT) mit Yttrium-90-markierten Mikrosphären und OPS 8-530.46 Intraarterielle Radioembolisation mit sonstigen Substanzen).
- Die intravenöse Therapie mit radioaktiven rezeptorgerichteten Substanzen wird in 2 OPS-Kodes aufgeteilt (OPS 8-530.60 Radiorezeptortherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga und OPS 8-530.6x Sonstige)
- Bei der I-131-mIBG-Therapie muß zusätzlich zur Prozedur OPS 8-530.5 Sonstige systemische Therapie mit offenen Radionukliden die Prozedur OPS 8-013.g entsprechend der applizierten Aktivität verschlüsselt werden.
- Die Zevalin-Therapie wird zusätzlich zur Prozedur 8-530.7 (Intravenöse Therapie mit radioaktiven Antikörpern) mit dem Code 8-014.6 (Radioimmuntherapie mit 90Y-Ibritumomab-Tiuxetan) verschlüsselt

Darüber hinaus geben wir erneut Kommentare zu Zweifelsfällen der Kodierung:

- Bezüglich der Diskussion, ob bei einem metastasierten Schilddrüsenkarzinom die Metastasierung oder der Primärtumor als Hauptdiagnose verschlüsselt werden soll, gibt es jetzt eine eindeutige Kodierrichtlinie DKR 0201f: "... Erfolgt die Aufnahme eines Patienten primär zur systemischen Chemotherapie oder "systemischen" Strahlentherapie (... 8-530.2, .5, .6, .7 Therapien mit offenen Radionukliden, 8-531 Radioiodtherapie) des Primärtumors und / oder der Metastasen, ist das primäre Malignom als Hauptdiagnose zuzuweisen. Erfolgt die Aufnahme des Patienten primär zur systemischen Chemotherapie und ist ausnahmsweise der Primärtumor nicht bekannt, wird die Metastase als Hauptdiagnose angegeben...". Somit muss bei der Radioiodtherapie des Schilddrüsenkarzinoms und / oder der Metastasen eines Schilddrüsenkarzinoms C73 als Hauptdiagnose gewählt werden, wie bereits seit 2005 vom Institut für Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH) empfohlen. Die differenzierte Abbildung im DRG-System erfolgt prozedurengesteuert.

- Zu der Frage, wann die Behandlung des Schilddrüsenkarzinoms endgültig abgeschlossen ist und ab wann ein Patient ein „Nachsorgepatient“ ist, sei auf die Kodierrichtlinien 0201f und 0209d verwiesen:
 0201f: „Der Malignom-Kode (C73) ist als Hauptdiagnose für jeden Krankenhausaufenthalt zur Behandlung der bösartigen Neubildung und zu notwendigen Folgebehandlungen (z.B. Operationen, Chemo-/Strahlentherapie, sonstige Therapie) sowie zur Diagnostik (z.B. Staging) anzugeben, bis die Behandlung endgültig abgeschlossen ist, also auch bei den stationären Aufenthalten, die beispielsweise auf die chirurgische Entfernung eines Malignoms folgen. Denn obwohl das Malignom operativ entfernt worden ist, wird der Patient nach wie vor wegen des Malignoms behandelt.“
 0209d: „Ein „Anamnese-Kode“ (Z08.7) wird dann zugewiesen, wenn man von einer definitiven Heilung ausgehen kann. Wann dies bei einem Patienten möglich ist, hängt von der jeweiligen Erkrankung ab. Da die Feststellung eigentlich nur retrospektiv möglich ist, wird die Unterscheidung eher „klinisch“ auf der Basis einer fortgesetzten Behandlung des Malignoms als nach einem festgelegten Zeitrahmen getroffen. ... Kodes der Kategorie Z08._ sind als Hauptdiagnose nur dann zuzuweisen, wenn ein Patient zur Nachuntersuchung eines Malignoms aufgenommen wurde und kein Tumor mehr nachweisbar ist.“
 Der Anamnese-Kode Z08.7 ist daher für die Schilddrüsenkarzinompatienten nur dann anzuwenden, wenn weder klinisch, laborchemisch noch bildgebend Tumor/Tumoraktivität nachweisbar ist und von einer weiteren Therapie (Radioiodtherapie, chirurgische Therapie, andere Therapie) nur im Falle eines Rezidivs auszugehen ist.
- Für den Fall, dass ein Patient im Rahmen eines stationären Aufenthaltes zwei Fraktionen einer Radioiodtherapie erhält, gibt es den Hinweis zum OPS-Kode 8-531: „Bei mehrfacher Applikation während eines stationären Aufenthaltes ist die erzielte Gesamtaktivität zu kodieren.“
- Die OPS-Schlüssel für Radioiodtherapien mit Aktivitäten von über 1,2 bis unter 5 GBq sind explizit auch für die Therapien benigner Schilddrüsenerkrankungen vorgesehen (OPS 8-531.10 und .11).
- Die Applikation von rhTSH kann selbstverständlich nur dann kodiert werden (OPS 3-70c.01, 8-531.11 und .21), wenn die Gabe im Rahmen des stationären Aufenthaltes (auch prästationär) erfolgt und das Krankenhaus Kostenträger für rhTSH ist.
- Bei der Radioimmuntherapie der Lymphome ist darauf zu achten, dass die Prozedur OPS 8-012.f für die Gabe des kalten Antikörpers (Rituximab) nur einmal verschlüsselt wird. Dabei ist die kumulierte Verbrauchsmenge für einen stationären Aufenthalt zu verschlüsseln. In Abhängigkeit von den lokalen Gegebenheiten kann diese Prozedur z.B. auch von Onkologen verschlüsselt werden.

1. Benigne Schilddrüsenerkrankungen (Radioiodtherapie)

Hauptdiagnosen (ICD-10 GM, Version 2007)

- E 05.0 Morbus Basedow (alle Arten, auch mit EO), disseminierte Autonomie
- E 05.1 unifokale Autonomie (hyperthyreot, latent hyperthyreot)
- E 05.2 multifokale Autonomie (hyperthyreot, latent hyperthyreot)
- E 04.2 Struma nodosa ohne Autonomie (Verkleinerung)
- E 04.0 Struma diffusa ohne Autonomie (Verkleinerung)

Nebendiagnose (ICD-10 GM, Version 2007)

- H 06.2 Endokrine Orbitopathie

Hauptprozeduren (OPS, Version 2007)

- 8-531.00 Radioiodtherapie, $\leq 1,2$ GBq, ohne rhTSH
→ **G-DRG 2007: K15D**
- 8-531.01 Radioiodtherapie, $\leq 1,2$ GBq, mit rhTSH
→ **G-DRG 2007: K15B**
- 8-531.10 Radioiodtherapie, $>1,2$ bis <5 GBq, ohne rhTSH
→ **G-DRG 2007: K15C**
- 8-531.11 Radioiodtherapie, $>1,2$ bis <5 GBq, mit rhTSH
→ **G-DRG 2007: K15B**

weitere Prozedur (OPS, Version 2007)

- 3-70b.0 Radioiodtest (falls stationär durchgeführt)

2. Differenziertes Schilddrüsen-CA

2.1. Restgewebsablation ohne Hinweis auf Metastasen,

Radioiodtherapie des lymphogen, ossär und/oder pulmonal metastasierten Schilddrüsenkarzinoms

Hauptdiagnose (ICD-10 GM, Version 2007)

- C 73 alle Arten des Schilddrüsen-CAs

Nebendiagnosen (ICD-10 GM, Version 2007)

- C 77.0 Sekundäre bösartige Neubildung der LKs von Kopf, Hals, Gesicht
- C 77.1 Sekundäre bösartige Neubildung der mediastinalen LKs (intrathorakal)
- C 77.8 Sekundäre bösartige Neubildung mehrerer LK-Lokalisationen
- C 78.0 Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge
- C 79.5 Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens
- E 89.0 Hypothyreose, nach Hormonkarenz

Hauptprozedur (OPS, Version 2007)

- 8-531.10 Radioiodtherapie, $>1,2$ bis <5 GBq, ohne rhTSH
→ **G-DRG 2007: K15C**
- 8-531.11 Radioiodtherapie, $>1,2$ bis <5 GBq, mit rhTSH
- 8-531.20 Radioiodtherapie, ≥ 5 GBq, ohne rhTSH
- 8-531.21 Radioiodtherapie, ≥ 5 GBq, mit rhTSH
→ **G-DRG 2007: K15B**

weitere Prozedur (OPS, Version 2007)

3-70c.00 Radioiod-Ganzkörperszintigraphie ohne rhTSH
(bei diagnostischer Gabe von I-131)

2.2. Radioioddiagnostik im Rahmen der Behandlung des Schilddrüsenkarzinoms (nicht metastasiert, lymphogen, ossär und/oder pulmonal metastasiert)

Hauptdiagnose (ICD-10 GM, Version 2007)

C 73 alle Arten des Schilddrüsen-CAs

Nebendiagnosen (ICD-10 GM, Version 2007)

C 77.0 Sekundäre bösartige Neubildung der Hals-LKs (Kopf, Hals, Gesicht)
C 77.1 Sekundäre bösartige Neubildung der mediastinalen LKs (intrathorakal)
C 77.8 Sekundäre bösartige Neubildung mehrerer LK-Lokalisationen
C 78.0 Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge
C 79.5 Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens
E 89.0 Hypothyreose, nach Hormonkarenz

Hauptprozeduren (OPS, Version 2007)

3-70c.00 GK-Szintigraphie mit Radioiod, ohne rhTSH
→ **G-DRG 2007: K64D**

3-70c.01 GK-Szintigraphie mit Radioiod, mit rhTSH
→ **G-DRG 2007: K64C**

2.3. Unauffällige Nachsorge mit Radioioddiagnostik bei Z.n. differenziertem Schilddrüsen-Ca

Hauptdiagnose (ICD-10 GM, Version 2007)

Z 08.7 Nachuntersuchung nach Kombinationstherapie einer bösartigen Erkrankung

Nebendiagnosen (ICD-10 GM, Version 2007)

Z.85.8 Bösartige Erkrankung in der Eigenanamnese (immer)
E 89.0 Hypothyreose, nach Hormonkarenz

Hauptprozeduren (OPS, Version 2007)

3-70c.00 GK-Szintigraphie mit Radioiod, ohne rhTSH
→ **G-DRG 2007: Z64B**

3-70c.01 GK-Szintigraphie mit Radioiod, mit rhTSH
→ **G-DRG 2007: Z64A**

3. Palliative Therapie von Knochenmetastasen mit Schmerzen

Hauptdiagnose (ICD-10 GM, Version 2007)

C 79.5 Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens

Nebendiagnosen (ICD-10 GM, Version 2007)

Primärtumor, z.B.

C61 Prostata-CA

C50._ Mamma-CA (_ Lokalisation verschlüsseln!)

Hauptprozedur (OPS, Version 2007)

8-530.1 Therapie mit offenen Radionukliden bei Knochenmetastasen

G-DRG 2007: I54Z

4. Neuroblastom, Phäochromozytom (I-131-mIBG-Therapie)

Hauptdiagnosen (ICD-10 GM, Version 2007)

C 74.1 Bösartige Neubildung des Nebennierenmarks, Neuroblastom, malignes Phäochromozytom

Nebendiagnose (ICD-10 GM, Version 2007)

C 79.5 Sekundäre Neubildung des Knochen/Knochenmarks, (z.B. bei St. IV des Neuroblastoms)

Hauptprozedur (OPS, Version 2007)

8-530.5 Sonstige systemische Therapie mit offenen Radionukliden

weitere Prozedur (OPS, Version 2007)

8-013.g I-131-mIBG parenteral, Aktivität verschlüsseln

.g0 3 GBq bis unter 4 GBq

.g1 4 GBq bis unter 5 GBq

.g2 5 GBq bis unter 6 GBq

...

.g8 11 GBq und mehr

G-DRG 2007: K15A und Zusatzentgelt ZE2007-57

5. Radioimmuntherapie der Lymphome

Hauptdiagnose (ICD-10 GM, Version 2007)

C 82._ Follikuläres Lymphom

.0 kleinzellig

.1 gemischtzellig

.2 großzellig

.7 sonstiges

Hauptprozeduren (OPS, Version 2007)

8-530.7 Intravenöse Therapie mit radioaktiven Antikörpern

8-014.6 Radioimmuntherapie mit ⁹⁰Y-Ibritumomab-Tiuxetan, parenteral

weitere Prozedur (OPS, Version 2007)

8-012.f Rituximab, parenteral, Dosis verschlüsseln

.f0 150 mg bis unter 250 mg

.f1 250 mg bis unter 350 mg

.f2 350 mg bis unter 450 mg

...

.fe 2650 mg und mehr

G-DRG 2007: R11B oder R11A oder R03Z (abhängig vom PCCL-Wert, patient clinical complexity level) und Zusatzentgelt ZE25 (Rituximab) und NUB-Entgelt, falls das Krankenhaus dies mit den Kostenträgern vereinbart hat

Christiane Franzius, Jochen Dressler,
DRG-Arbeitsausschuß der DGN

und

Holger Bunzemeier
DRG-Research-Group Münster