

# Kodierempfehlungen und Informationen zu stationär durchgeführten Radionuklidtherapien im G-DRG-System 2019

Neben der Radiojodtherapie und –diagnostik bei benignen und malignen Schilddrüsenerkrankungen, welche erstmals in der Version 2007 differenziert im G-DRG-System abgebildet wurden, haben sich in den letzten Jahren auch die sog. „innovativen“ Radionuklidtherapien im G-DRG-System weitgehend etabliert. So existieren beispielsweise für die SIRT und seit 2019 auch für die PSMA-Therapien mittlerweile eigene G-DRGs.

Im ersten Teil soll zunächst ein kurzer Überblick über die aktuell am häufigsten eingesetzten Radionuklidtherapien und deren Besonderheiten im G-DRG-System gegeben werden. Sehr selten eingesetzte oder experimentelle Therapien sollen aus Gründen der Übersichtlichkeit keine Berücksichtigung finden. Im zweiten Teil folgt eine detaillierte Kodierempfehlung der einzelnen stationären Radionuklidtherapien. Um die korrekte Abbildung im G-DRG-System und damit auch eine adäquate Vergütung der jeweiligen Therapien zu gewährleisten, empfehlen wir ausdrücklich, die aufgeführten Kodieranweisungen zu beachten. Ungeachtet dessen, sollen individuelle Fälle oder Krankheitsverläufe selbstverständlich auch weiterhin individuell kodiert werden.

Christian Wenning

Ausschuss Leistungserfassung und Vergütung der DGN

## Inhalt

---

I. Übersicht häufige Radionuklidtherapien .....	2
Radiojodtherapie-DRGs 2019:.....	2
Radiojoddiagnostik / Nachsorge des Schilddrüsenkarzinoms:.....	2
Andere Radionuklidtherapien: .....	2
FAQs zu speziellen Kodierkonstellationen: .....	3
II. Kodierempfehlungen:.....	5
1. Benigne Schilddrüsenerkrankungen (Radiojodtherapie) .....	5
2. Differenziertes Schilddrüsen-CA.....	5
3. Palliative Schmerztherapie von Knochenmetastasen (falls stationär durchgeführt).....	8
4. Neuroblastom, Phäochromozytom (I-131-mIBG-Therapie).....	8
5. Radioimmuntherapie der Lymphome (falls stationär durchgeführt).....	9
6. SIRT und SIRT-Evaluation.....	10
7. Peptidvermittelte Radiorezeptorthherapie (PRRT) .....	13
8. Radionuklidtherapie mit Lu-177-PSMA-Liganden .....	14

# I. Übersicht häufige Radionuklidtherapien

---

## Radiojodtherapie-DRGs 2019:

Die Abbildung der Radiojodtherapie erfolgt seit dem Jahre 2016 über vier verschiedene DRGs. Noch in 2015 differenzierte die DRG K15C nicht zwischen benigner und maligner Schilddrüsenerkrankung. Diese Differenzierung ist im Jahr 2016 erfolgt (siehe DRG K15C vs. DRG K15D). Im Vergleich zum Vorjahr ist bei nahezu allen Radiojodtherapie-DRGs eine leichte Abwertung der Bewertungsrelation zu beobachten.

**G-DRG K15A: Alle Radiojodtherapien mit Applikation von rekombinatem humanen TSH (rhTSH) im Rahmen des stationären Aufenthalts. Bewertungsrelation 1,178 (2018: 1,182; 2017: 1,126); MVWD 3,3 Tage (2018: 3,2 Tage; 2017: 3,2 Tage)**

**DRG K15C: Radiojodtherapien beim Schilddrüsenkarzinom  $\geq 1,2$ GBq ohne Applikation von rekombinatem humanen TSH (rhTSH). Bewertungsrelation 0,903 (2018: 0,948; 2017: 0,975); MVWD 3,4 Tage (2018: 3,5 Tage; 2017: 3,5 Tage)**

**DRG K15D: Radiojodtherapien benigner Schilddrüsenerkrankungen  $> 1,2$  GBq und  $< 5$  GBq ohne Applikation von rhTSH. Bewertungsrelation 1,042 (2018: 1,041; 2017: 1,137); MVWD 6,9Tage (2018: 6,9 Tage; 2017: 7,6 Tage)**

**DRG K15E: Radiojodtherapien  $\leq 1,2$  GBq ohne Gabe von rhTSH. Bewertungsrelation 0,659 (2018: 0,674; 2017: 0,645); MVWD 3,6 Tage (2018: 3,5 Tage; 2017: 3,4)**

## Radiojoddiagnostik / Nachsorge des Schilddrüsenkarzinoms:

**DRG Z64A: stationäre Nachsorge mit Einsatz von rhTSH**

**Bewertungsrelation 0,974 (2018: 1,023; 2017: 1,026); MVWD 2,5 Tage (2018: 2,6 Tage; 2017: 2,5 Tage)**

**DRG Z64B: stationäre Nachsorge ohne Einsatz von rhTSH.**

**Bewertungsrelation 0,583 (2018: 0,648; 2017: 0,7); MVWD 2,3 Tage (2018: 2,4 Tage; 2017: 2,2 Tage)**

## Andere Radionuklidtherapien:

**SIR-Therapien** werden seit 2018 der exklusiven **G-DRG H29Z** zugeordnet. Die Bewertungsrelation ist im Vergleich zu dem Vorjahr relativ stabil (**Bewertungsrelation 1,341; 2018: 1,331; 2017: 1,414; 2016: 1,081; 2015: 1,212; 2014: 1,375); MVWD 3,3 Tage (2018: 3,4 Tage; 2017: 3,0 Tage).**

Die SIRT-Evaluation mit Coiling wird derselben DRG zugeordnet! Dies hat zur Folge, dass es in der Regel zu Fallzusammenführungen von SIRT-Evaluation und SIRT kommen wird, wenn diese in zeitlichem Zusammenhang stehen (s. auch unter Kodierempfehlung Punkt 6).

**PRRT:** Die Abbildung der PRRT erfolgt über verschiedene G-DRGs, die sich nach Art und Lokalisation des Primärtumors richtet. Dementsprechend resultieren teilweise sehr unterschiedliche Bewertungsrelationen bzw. damit verbundene Vergütungen. Näheres hierzu finden Sie in den Kodieranweisungen (s. unter Punkt 7).

### **NEU in 2019:**

**PSMA-Therapie:** Die PSMA-Therapie wird zwar weiterhin in die **G-DRG M10B** eingeordnet. Aufgrund der mittlerweile weiten Verbreitung der Therapie wurde diese G-DRG, welche zuletzt noch eine überwiegend strahlentherapeutische Misch-DRG war, zu einer weitgehend exklusiven „PSMA-Therapie-DRG“ umgewandelt. Die **Bewertungsrelation** wird mit **1,741** deutlich höher als in den Vorjahren angesetzt (2018: 1,142). Es entfällt jedoch das Zusatzentgelt. Auch die mittlere Verweildauer ist auf 2,5 Tage gesunken.

Für weitere Details s. unter Punkt 8.

### **FAQs zu speziellen Kodierkonstellationen:**

Wie gewohnt geben wir im Folgenden für „Standardfälle“ der Radiojodtherapie und weiterer nuklearmedizinischer 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, und die Ihnen aus den vergangenen Jahren geläufig sein sollten. Der Original-ICD-Text kann von unseren Angaben abweichen. Im Ergebnis ist jeweils die neue G-DRG 2018 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.

Bei einer Therapie abweichend von den "Standardfällen" 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.

### **Kommentare zu speziellen Kodierkonstellationen:**

- Für den Fall, dass ein Patient im Rahmen eines stationären Aufenthaltes zwei Fraktionen einer Radiojodtherapie 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 Radiojodtherapien mit Aktivitäten von >1,2 bis <5 GBq sind explizit auch für die Therapien benigner Schilddrüsenerkrankungen vorgesehen (OPS 8-531.10 und .11).

- Die Applikation von rhTSH kann nur dann kodiert werden (OPS 3-70c.01, 8-531.11 und .21), wenn die Gabe im Rahmen des stationären oder prästationären Aufenthalts erfolgt und das Krankenhaus Kostenträger für rhTSH ist.
- Die im Rahmen einer Radiojodtherapie durchgeführten Ganzkörperszintigraphien ("Posttherapie-Scan") sind nicht gesondert zu kodieren (s. hierzu auch die Inklusiva zu den OPS-Klassen 8-531.0, 8-531.1 und 8-531.2 sowie DKR P001f (Abschnitt Prozedurenkomponenten: „eingriffsverwandte diagnostische Maßnahmen [sind] nicht gesondert zu kodieren, wenn diese in derselben Sitzung durchgeführt werden und regelhaft Bestandteil der interventionell-therapeutischen Prozeduren sind“). Wird hingegen nach einer Aufnahme zur Diagnostik aufgrund eines Rezidivs oder erhöhtem Tumormarker eine Radiojodtherapie angeschlossen, so sollten beide OPS-Kodes parallel kodiert werden.
- Die OPS-Kodes für eine Radiojodtherapie <1,2 GBq I-131 (OPS 8-531.0-) dürfen nicht zur Kodierung einer diagnostischen Ganzkörperszintigraphie „missbraucht“ werden, auch wenn selbstverständlich gewisse therapeutische Effekte auch durch die diagnostische Dosis nicht ausgeschlossen werden können.

## II. Kodierempfehlungen:

---

### 1. Benigne Schilddrüsenerkrankungen (Radiojodtherapie)

#### Hauptdiagnosen (ICD-10 GM, Version 2019)

- E05.0 Morbus Basedow (alle Arten, auch mit EO), disseminierte Autonomie
- E05.1 unifokale Autonomie (hyperthyreot, latent hyperthyreot)
- E05.2 multifokale Autonomie (hyperthyreot, latent hyperthyreot)
- E04.2 Struma nodosa ohne Autonomie (Verkleinerung)
- E04.0 Struma diffusa ohne Autonomie (Verkleinerung)

#### Nebendiagnose (ICD-10 GM, Version 2019)

- H06.2 Endokrine Orbitopathie

#### Hauptprozeduren (OPS, Version 2019)

- 8-531.00 Radiojodtherapie,  $\leq 1,2$ GBq, *ohne* rhTSH  
→ **G-DRG 2019: K15E**
- 8-531.01 Radiojodtherapie,  $\leq 1,2$ GBq, *mit* rhTSH  
→ **G-DRG 2019: K15A**
- 8-531.10 Radiojodtherapie,  $>1,2$  bis  $<5$ GBq, *ohne* rhTSH  
→ **G-DRG 2019: K15D**
- 8-531.11 Radiojodtherapie,  $>1,2$  bis  $<5$ GBq, *mit* rhTSH  
→ **G-DRG 2019: K15A**

#### weitere Prozedur (OPS, Version 2019)

- 3-70b.0 Radiojodtest (falls (prä-)stationär durchgeführt)

### 2. Differenziertes Schilddrüsen-CA

#### 2.1. RESTGEWEBSABLATION OHNE HINWEIS AUF METASTASEN UND RADIOJODTHERAPIE DES METASTASIERTEN SCHILDDRÜSENKARZINOMS

#### Hauptdiagnose (ICD-10 GM, Version 2019)

- C73 alle Arten des Schilddrüsenkarzinoms

#### Nebendiagnosen (ICD-10 GM, Version 2019)

- C77.0 Sekundäre bösartige Neubildung der LK von Kopf, Hals, Gesicht
- C77.1 Sekundäre bösartige Neubildung der mediastinalen LK (intrathorakal)

- [C77.8 Sekundäre bösartige Neubildung mehrerer LK-Lokalisationen] – besser jede Lokalisation einzeln codieren
- C78.0 Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge
- C79.5 Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens
- E89.0 Hypothyreose, nach Hormonkarenz

**Hauptprozedur** (OPS, Version 2019)

- 8-531.10 Radiojodtherapie, >1,2 bis <5GBq, *ohne* rhTSH  
→ **G-DRG 2019: K15C**
- 8-531.11 Radiojodtherapie, >1,2 bis <5GBq, *mit* rhTSH  
→ **G-DRG 2019: K15A**
- 8-531.20 Radiojodtherapie, ≥5GBq, *ohne* rhTSH  
→ **G-DRG 2019: K15C**
- 8-531.21 Radiojodtherapie, ≥5GBq, *mit* rhTSH  
→ **G-DRG 2019: K15A**

**weitere Prozedur** (OPS, Version 2019)

- 3-70c.00 Radiojod-Ganzkörperszintigraphie ohne rhTSH  
(bei diagnostischer Gabe von I-131 im gleichen Aufenthalt vor Radiojodtherapie. Hiermit ist aber nicht die Posttherapie-Aufnahme gemeint. Diese ist in dem OPS für die Radiojodtherapie enthalten.)

2.2.RADIOJODDIAGNOSTIK IM RAHMEN DER BEHANDLUNG DES SCHILDDRÜSENKARZINOMS (Z.B. DIAGNOSTIK NACH RESTGEWEBSABLATION ODER REZIDIVDIAGNOSTIK)

**Hauptdiagnose** (ICD-10 GM, Version 2019)

- C73 alle Arten des Schilddrüsen-CA

**Nebendiagnosen** (ICD-10 GM, Version 2019)

- C77.0 Sekundäre bösartige Neubildung der Hals-LK (Kopf, Hals, Gesicht)
- C77.1 Sekundäre bösartige Neubildung der mediastinalen LK (intrathorakal)
- [C77.8 Sekundäre bösartige Neubildung mehrerer LK-Lokalisationen] – besser jede Lokalisation einzeln codieren
- C78.0 Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge
- C79.5 Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens
- E89.0 Hypothyreose, nach Hormonkarenz

**Hauptprozeduren** (OPS, Version 2019)

3-70c.00 GK-Szintigraphie mit Radioiod, *ohne* rhTSH

→ **G-DRG 2019: Z64B**

3-70c.01 GK-Szintigraphie mit Radioiod, *mit* rhTSH

→ **G-DRG 2019: Z64A**

2.3.UNAUFFÄLLIGE NACHSORGE MIT RADIOJODDIAGNOSTIK BEI Z.N. DIFFERENZIERTEM SCHILDDRÜSEN-CA  
(IN REMISSION)

**Hauptdiagnose** (ICD-10 GM, Version 2019)

Z08.7 Nachuntersuchung nach Kombinationstherapie einer bösartigen Erkrankung

**Nebendiagnosen** (ICD-10 GM, Version 2019)

Z85.8 Bösartige Erkrankung in der Eigenanamnese (immer mitkodieren!)

E89.0 Hypothyreose, nach Hormonkarenz

**Hauptprozeduren** (OPS, Version 2019)

3-70c.00 GK-Szintigraphie mit Radioiod, *ohne* rhTSH

→ **G-DRG 2019: Z64B**

3-70c.01 GK-Szintigraphie mit Radioiod, *mit* rhTSH

→ **G-DRG 2019: Z64A**

### 3. Palliative Schmerztherapie von Knochenmetastasen (falls stationär durchgeführt)

**Hauptdiagnose** (ICD-10 GM, Version 2019)

C79.5 Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens

**Nebendiagnosen** (ICD-10 GM, Version 2019)

Primärtumor, z.B.

C61 Prostata-CA

C50.- Mamma-CA (Lokalisation verschlüsseln!)

**Hauptprozedur** (OPS, Version 2019)

8-530.1 Therapie mit offenen Radionukliden bei Knochenmetastasen

**G-DRG 2019: I54B (Bewertungsrelation 1,175; 2018: 1,223; 2017: 1,381)**

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

**Hauptdiagnosen** (ICD-10 GM, Version 2019)

C74.1 Bösartige Neubildung des Nebennierenmarks, Neuroblastom, malignes Phäochromozytom

**Nebendiagnose** (ICD-10 GM, Version 2019)

C79.5 Sekundäre Neubildung des Knochen/Knochenmarks,  
(z.B. bei St. IV des Neuroblastoms)

**Hauptprozedur** (OPS, Version 2019)

8-530.5 Sonstige systemische Therapie mit offenen Radionukliden

**weitere Prozedur** (OPS, Version 2019)

6-002.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 2019: K15B (Bewertungsrelation 1,05; 2018: 1,095; 2017: 1,181), MVWD 6,4 Tage** (2018: 6 Tage), und **Zusatzentgelt ZE2019-57** (Ein Zusatzentgelt für eine Therapie mit I-131-mIBG muss weiterhin krankenhaushausindividuell mit den Kostenträgern vereinbart werden).

## 5. Radioimmuntherapie der Lymphome (falls stationär durchgeführt)

### Hauptdiagnose (ICD-10 GM, Version 2019)

- C82.- Follikuläres Lymphom
  - .0 Follikuläres Lymphom Grad I
  - .1 Follikuläres Lymphom Grad II
  - .2 Follikuläres Lymphom Grad III, nicht näher bezeichnet
  - .3 Follikuläres Lymphom Grad IIIa
  - .4 Follikuläres Lymphom Grad IIIb
  - .5 Diffuses Follikelzentrumslymphom
  - .6 Kutanes Follikelzentrumslymphom
  - .7 Sonstige Typen des fllikulären Lymphoms
  - .9 Follikuläres Lymphom, nicht näher bezeichnet

### Hauptprozeduren (OPS, Version 2019)

- 8-530.7 Intravenöse Therapie mit radioaktiven Antikörpern
- 6-003.6 Radioimmuntherapie mit 90Y-Ibritumomab-Tiuxetan, parenteral

### weitere Prozedur (OPS, Version 2019)

- 6-001.6 Rituximab, parenteral, Dosis verschlüsseln
  - .0 150 mg bis unter 250 mg
  - .1 250 mg bis unter 350 mg
  - .2 350 mg bis unter 450 mg
  - ...
  - .9 1050 mg bis unter 1250 mg
  - .a 1250 mg bis unter 1450 mg
  - .b 1450 mg bis unter 1650 mg
  - ...
  - .j 3650 mg und mehr

**G-DRG 2019: R11B (Bewertungsrelation 1,181; 2018: 1,246), MVWD 5,3 Tage oder R11A oder R03Z (abhängig vom PCCL-Wert, patient clinical complexity level) und Zusatzentgelte ZE148 (Rituximab) und ZE2019-70 (Radioimmuntherapie mit 90Y-Ibritumomab-Tiuxetan, parenteral; müssen weiterhin krankenhausesindividuell mit den Kostenträgern vereinbart werden). Einzelne Bewertungsrelationen: s. Fallpauschalenkatalog.**

## 6. SIRT und SIRT-Evaluation

### **SIR-Therapie:**

#### **Hauptdiagnose** (ICD-10 GM, Version 2019)

- C22.- Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge  
.0 Leberzellkarzinom  
.1 Intrahepatisches Gallengangskarzinom
- C78.7 Sekundär bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge

#### **Hauptprozeduren** (OPS, Version 2019)

##### Therapie

- 8-530.a5 Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie (SIRT) mit Yttrium-90-markierten Mikrosphären
- 8-530.a6 Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie (SIRT) mit Rhenium-188-markierten Mikrosphären
- 8-530.a8 Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie (SIRT) mit Holmium-166-markierten Mikrosphären

#### **weitere Prozeduren** (OPS, Version 2019)

- 3-70.c Ganzkörperszintigraphie zur Lokalisationsdiagnostik
- 3-73x Andere Single-Photon-Emissionscomputertomographie mit Computertomographie (SPECT/CT)
- 3-997 Computertechnische Bildfusion
- 3-207 Native Computertomographie des Abdomens
- 3-990 Computergestützte Bilddatenanalyse

### **SIRT-Evaluation mit Coilembolisation:**

#### **Hauptdiagnose** (ICD-10 GM, Version 2019)

- C22.- Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge  
.0 Leberzellkarzinom  
.1 Intrahepatisches Gallengangskarzinom
- C78.7 Sekundär bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge

#### **Hauptprozeduren** (OPS, Version 2019)

- 8-836.ma Selektive Embolisation mit Metallspiralen: Gefäße viszeral

#### **weitere Prozeduren** (OPS, Version 2019)

- 8-836.n ff. Anzahl der Metallspiralen  
.n1 1 Metallspirale

.n2	2 Metallspiralen
...	
.n9	9 Metallspiralen
.na	10 Metallspiralen
...	
.nm	20 Metallspiralen
.nn	> 20 Metallspiralen
8-83b.3	Die Art der verwendeten Metallspiralen ist gesondert zu kodieren
8-83b.5	Die Verwendung eines Modellierballons ist gesondert zu kodieren
3-708.0	Szintigraphie der Blutgefäße: Intraarterielle Applikation
3-70.c	Ganzkörperszintigraphie zur Lokalisationsdiagnostik
3-73x	Andere Single-Photon-Emissionscomputertomographie mit Computertomographie (SPECT/CT)
3-997	Computertechnische Bildfusion
3-995	Dosimetrie zur Therapieplanung
3-207	Native Computertomographie des Abdomens
3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse

### **SIRT-Evaluation ohne Coilembolisation:**

#### **Hauptdiagnose (ICD-10 GM, Version 2019)**

C22.-	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge
.0	Leberzellkarzinom
.1	Intrahepatisches Gallengangskarzinom
C78.7	Sekundär bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge

#### **Hauptprozeduren (OPS, Version 2019)**

3-708.0 Szintigraphie der Blutgefäße: Intraarterielle Applikation

#### **weitere Prozeduren (OPS, Version 2019)**

3-604	Arteriographie der Gefäße des Abdomens
3-70.c	Ganzkörperszintigraphie zur Lokalisationsdiagnostik
3-73x	Andere Single-Photon-Emissionscomputertomographie mit Computertomographie (SPECT/CT)
3-997	Computertechnische Bildfusion
3-995	Dosimetrie zur Therapieplanung
3-207	Native Computertomographie des Abdomens
3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse

**G-DRG 2019:**

- **H29Z (SIRT-Therapie; Bewertungsrelation: 1,341; MVWD 3,3 Tage** (2018: 1,331; MVWD 3,4 Tage) **plus Zusatzentgelt ZE 2019-65** (muss krankenhausindividuell verhandelt werden) oder NUB-Entgelt NUB-2018-115 für Holmium-Therapien
- **H29Z (SIRT-Evaluation *mit* Coilembolisation) Bewertungsrelation: 1,341; MVWD 3,3 Tage** (2018: 1,331; MVWD 3,4 Tage; 2017: noch H06C mit BR 1,224) **plus Zusatzentgelt pro verwendeter Metallspirale**
- **H61C (SIRT-Evaluation *ohne* Coilembolisation; Bewertungsrelation 0,649; MVWD 4,7 Tage** (2018: 0,644; MVWD 4,7 Tage)

## 7. Peptidvermittelte Radiorezeptorthherapie (PRRT)

Das Verfahren bildet sich über den **OPS-Kode 8-530.60** (Therapie mit offenen Radionukliden: Intravenöse Therapie mit radioaktiven rezeptorgerichteten Substanzen: Radiorezeptorthherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga) ab. **Für die die DRG-Zuordnung ist die korrekte Angabe der Hauptdiagnose von entscheidender Bedeutung. Hier ist der Primärtumorlokalisierung und nicht die Lokalisation von Metastasen als HD zu kodieren.** Metastasen werden als Nebendiagnosen kodiert.

Es resultieren die folgenden G-DRGs:

- **Bei Hauptdiagnosen aus dem Kreis der bösartigen Neubildungen des Dün- oder Dickdarmes ICD-10: C17.- oder C18.- → G-DRG: G29B** (Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag); **BR: 0,88; MVWD 4,9 Tage** (2018: 0,886; MVWD 4,3 Tage)
- **Bei Hauptdiagnosen aus dem Kreis der bösartigen Neubildungen der Leber, des Pankreas und der Gallenwege ICD-10: C22.- oder C24.- oder C25.- → G-DRG: H16B** (Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag); **BR: 0,942; MVWD 3,7 Tage** (2018: 1,039; MVWD 3,9 Tage)
- **Bei Hauptdiagnose aus dem Kreis der bösartigen Neubildungen der Lunge ICD-10: C34.- → G-DRG: E03Z** (Brachytherapie oder Therapie mit offenen Nukliden bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, mehr als ein Belegungstag); **BR: 0,84; MVWD 3,3 Tage** (2018: 0,912; MVWD 2,8 Tage)
- **Bei Hauptdiagnose ohne Angabe der Lokalisation (cancer of unknown primary, CUP) ICD-10: C80.0 → G-DRG: R14Z** (Andere hämatologische und solide Neubildungen mit anderen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Therapie mit offenen Nukliden bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als ein Belegungstag); **BR: 0,899; MVWD 3,6 Tage** (2018: 0,922; MVWD 3,8 Tage)
- Liegen bei unbekanntem Primarius ein Nebendiagnoseschweregrad (PCCL) von 4 eine Knochen-/Hirnmetastase (Nebendiagnosen C79.3/C79.5) oder pathologische Frakturen/Osteolysen (Nebendiagnosen M90.7-, M89.5-) vor, so erfolgt die Gruppierung in die **G-DRG R62B** (Andere hämatologische und solide Neubildungen ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, mit Knochenaffektionen oder bestimmten Metastasen oder äußerst schweren CC, ohne komplexe Diagnose); **BR: 1,281; MVWD 9,1 Tage** (2018:1,282; MVWD 9,1 Tage)

Seltenere DRGs:

- **Bei Hauptdiagnose ICD-10: C74.1** (malignes Phäochromozytom) → **G-DRG: K15B**
- **Bei Hauptdiagnose ICD-10: C75.9** (bösartige NB endokrine Drüse) → **G-DRG: K15B**
- **Bei Hauptdiagnose ICD-10: C75.5** (malignes Paragangliom) → **G-DRG: B16B**

**Zusatzentgelt:** Zusätzlich kann das Zusatzentgelt ZE2019-71 (Radiorezeptorthherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga) krankenhausesindividuell verhandelt und abgerechnet werden.

## 8. Radionuklidtherapie mit Lu-177-PSMA-Liganden

Für die „PSMA-Therapie“ wurde für die Jahre 2016 - 2018 ein NUB-Antrag erstellt, der vom InEK jeweils den Status 1 erhalten hat. Im individuellen Fall konnte hier mit den Krankenkassen verhandelt werden, und die Therapie wurde in der Regel vergütet.

Zusätzlich konnte krankenhaushausindividuell ein Zusatzentgelt verhandelt werden, welches die Kosten der Radiopharmakaherstellung decken sollte.

Im Jahr 2019 hat die „PSMA-Therapie“ aufgrund ihrer zunehmenden Verbreitung eine exklusive G-DRG erhalten, welche im Vergleich zu den Vorjahren deutlich aufgewertet worden ist (**BR 2019: 1,741 versus 2018: 1,142**). Dies bedeutet eine Steigerung des DRG-Erlöses um ca. 2000 Euro brutto. Auf der anderen Seite wird hier nun in der Regel kein Zusatzentgelt mehr verhandelt werden können. Die Kosten der Radiopharmakaherstellung, welche aktuell noch überwiegend in Eigenherstellung der Kliniken erfolgt, sollen somit bereits mit dem DRG-Erlös abgegolten sein. Je nach Höhe des vorher verhandelten ZE ist es überwiegend zu einer erheblichen Abwertung der Vergütung der PSMA-Therapie gekommen. Die mittlere Verweildauer hat sich auf 2,5 Tage reduziert. Die obere Grenzverweildauer beträgt 4 Tage.

### **Im Folgenden die formal korrekte Kodierung:**

#### **Hauptdiagnose** (ICD-10 GM, Version 2019)

C61                Bösartige Neubildung der Prostata

#### **Nebendiagnosen** (ICD-10 GM, Version 2019)

C79.5            Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens

C77.0            Sekundäre bösartige Neubildung der Hals-LK (Kopf, Hals, Gesicht)

C77.1            Sekundäre bösartige Neubildung der intrathorakalen LK

C77.2            Sekundäre bösartige Neubildung der intraabdominalen LK

C77.4            Sekundäre bösartige Neubildung der inguinalen LK

C77.5            Sekundäre bösartige Neubildung der intrapelvinen LK

[C77.8 Sekundäre bösartige Neubildung mehrerer LK-Lokalisationen] – besser jede Lokalisation einzeln codieren

C78.-            Sekundäre Neubildungen der viszerale Organe

+ ggf. weitere Metastasenregionen bzw. relevante ND oder Komplikationen kodieren

#### **Hauptprozedur** (OPS, Version 2019)

8-530.d0        Therapie mit Lutetium-177-PSMA-Liganden

#### **G-DRG 2019:**

**M10B →Bewertungsrelation 1,741; MVWD 2,5 Tage** (2018: 1,142+ZE; MVWD 3,8 Tage)