

Hinweise zur Leistungsplanung/Budgetverhandlung für das Jahr 2020 in Zusammenhang mit den Definitionshandbüchern der aG-DRG-Versionen 2018/2020 und 2019/2020 bzw. den darauf beruhenden Groupern

Die aG-DRG-Version 2018/2020 dient der Verarbeitung von Daten aus dem Jahr 2018 (beruhend auf den Katalogen ICD-10-GM Version 2018 und OPS Version 2018) mit dem im Jahr 2020 zur Abrechnung verwendeten Grouperalgorithmus. Dies ist insbesondere für die Leistungsplanung bzw. Budgetverhandlung von Bedeutung. Allerdings ist die unkritische Übernahme der Gruppierungsergebnisse der aG-DRG-Version 2018/2020 für die Daten aus 2018 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 2020 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 aG-DRG-Version 2019/2020 der Verarbeitung von Daten aus 2019 (beruhend auf den Katalogen ICD-10-GM Version 2019 und OPS Version 2019) mit dem im Jahr 2020 zur Abrechnung verwendeten Grouperalgorithmus. Auch die Gruppierungsergebnisse der aG-DRG-Version 2019/2020 für die Daten aus 2019 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 im OPS Version 2019

1.1.1. Polysomnographie (Stand: 11.11.2019)

In der aG-DRG-Version 2018/2020 werden Fälle mit einer *Kardiorespiratorischen Polysomnographie* (1-790) – bei weniger als 3 Belegungstagen und ohne weitere, aufwendigere Eingriffe – hauptdiagnosenunabhängig der Basis-DRG E63 *Schlafapnoesyndrom oder Polysomnographie oder Polygraphie bis 2 Belegungstage* zugeordnet. Dabei wird unter dem Code 1-790 *Kardiorespiratorische Polysomnographie*, gemäß OPS Version 2018, ein definiertes Set an diagnostischen Maßnahmen im Schlaflabor (unter anderem EEG (Elektroenzephalographie) und EMG (Elektromyographie)) zusammengefasst.

In der Vergangenheit gab es vereinzelt Unsicherheit darüber, inwieweit ein entsprechendes Set für Diagnostik im Schlaflabor auch bei nicht kardiorespiratorischen Erkrankungen, z.B. bei neurologischen Krankheitsbildern, wie dem „Restless legs Syndrom“ über den Code 1-790 *Kardio-*

respiratorische Polysomnographie zu erfassen sei. Für den OPS Version 2019 erfolgte eine Klarstellung dahingehend, dass sowohl die kardiorespiratorische Polysomnographie, als auch die neurologische und pneumologische Polysomnographie explizit dem Code 1-790 zugeordnet werden. Zusätzlich wurde der Begriff „kardiorespiratorisch“ aus der Bezeichnung des Codes gestrichen.

In den aG-DRG-Versionen 2019/2020 und 2020 werden Fälle mit einer *Polysomnographie* (1-790), entsprechend der Prozedur für die *Kardiorespiratorischen Polysomnographie* in den Vorgängerversionen, der Basis-DRG E63 zugeordnet. Damit ist für die Leistungsplanung 2020 zu beachten, dass im Falle einer entsprechenden Diagnostik im Schlaflabor, die im Jahr 2018 nicht mit dem Code für die *Kardiorespiratorischen Polysomnographie* verschlüsselt wurde, bei einer Kodierung der *Polysomnographie* gemäß OPS Version 2019 und 2020 ggf. mehr Fälle in die Basis-DRG E63 eingruppiert werden, als eine Analyse auf Basis von Daten aus dem Jahr 2018 vermuten lässt.

1.1.2. Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese (Stand: 11.11.2019)

In den OPS Version 2019 wurde der Codebereich 5-78a *Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese* neu aufgenommen. Die Codes in diesem Bereich sind zudem auf der 5. Stelle nach der Art des Osteosynthesematerials und auf der 6. Stelle nach der Lokalisation differenziert. Die Verschlüsselung des alleinigen Wechsels von Osteosynthesematerial hat in der Vergangenheit zu Unsicherheiten geführt, wenn keine erneute Reposition einer Fraktur oder Luxation erfolgte und demzufolge die Codes aus dem Bereich 5-79 *Reposition von Fraktur und Luxation* nicht verwendet werden konnten.

Für diese Situation stehen ab 2019 die neuen Codes zur Verfügung, die vom DIMDI auf die entsprechenden Codes für das jeweilige Osteosynthesematerial aus dem Codebereich 5-786 *Osteosyntheseverfahren* übergeleitet wurden. Damit sind in den aG-DRG-Versionen 2019/2020 und 2020 die Prozeduren aus dem Codebereich 5-78a in der MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* analog zu den Codes aus dem Bereich 5-786 in den Basis-DRGs I12 *Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* und I28 *Andere Eingriffe am Bindegewebe* und in dieser in der DRG I28E [...] *oh. best. off. chir. Stab. Thorax, oh. Eingr. Zwerchf., oh. kompl. Eingr., oh. mäßig kompl. Eingr. an Brustw./Abd. od. Impl./We. best. Medik.-Pumpe, Alter > 9 J., oh. best. Eingr. an Knochen, Weichteilen od. Bindegew. oder 1 BT* gruppierungsrelevant. Gemäß den Vorgaben des OPS zur Anwendung der Codes aus 5-78a ist „Die Entfernung (von Teilen) des Osteosynthesematerials gesondert zu kodieren (5-787.ff)“. Die Prozeduren für die Entfernung von Osteosynthesematerial sind in der MDC 08 überwiegend in der Basis-DRG I12 und in Abhängigkeit von der Lokalisation in der DRG I21Z *Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule [...]* bzw. in der Basis-DRG I23 *Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule* gruppierungsrelevant, die in der Abfragereihenfolge der MDC 08 vor der DRG I28E abgefragt werden. Wird also zukünftig der Wechsel von Osteosynthesematerial ohne erneute Reposition gemäß OPS Version 2019 verschlüsselt, werden die betroffenen Fälle – sofern keine Knochen- und Gelenkinfektion vorliegt – voraussichtlich überwiegend der DRG I21Z bzw. der Basis-DRG I23 zugeordnet.

Für die Leistungsplanung 2020 ist zu beachten, dass ggf. über die per OPS verschlüsselten Prozeduren hinausgehende Informationen herangezogen werden müssen um die Fälle zu identi-

fizieren, die ab 2019 mit einem der neuen OPS-Kodes aus dem Bereich 5-78a zu verschlüsseln sind.

1.2. Neue oder geänderte Kodes im OPS Version 2020

1.2.1. Stabilisierung eines frakturgefährdeten Gesichtsschädelknochens (Stand: 28.11.2019)

Für die prophylaktische osteosynthetische Versorgung frakturgefährdeter Kieferknochen (z.B. aufgrund von osteolytischen Prozessen) existierte im OPS bis einschließlich 2019 keine explizite Kodiermöglichkeit. In den OPS Version 2020 wurde deshalb der Codebereich 5-779.9 *Andere Operationen an Kiefergelenk und Gesichtsschädelknochen: Stabilisierung eines frakturgefährdeten Gesichtsschädelknochens* neu aufgenommen. An der 6. Stelle sind die Kodes nach den beteiligten Knochen (Maxilla oder Mandibula) und das verwendete Osteosynthesematerial (Platte oder sonstiges Osteosynthesematerial) differenziert.

Soweit bisher ersatzweise für die Verschlüsselung z.B. der Zusatzkode 5-786.2: *Osteosynthese durch Platte* genutzt wurde, der für Operationen an Gesichtsschädelknochen gemäß dem Exklusivum unter dem Codebereich 5-78 *Operationen an anderen Knochen* aber eigentlich nicht zu verwenden ist, wurden die betroffenen Fälle innerhalb der MDC 03 *Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses* in Abhängigkeit von der primär verschlüsselten Leistung mindestens der DRG D28Z *Monognathe Osteotomie und komplexe Eingriffe an Kopf und Hals [...] zugeordnet*. Ggf. wurde diese Leistung bisher auch mit dem Kode 5-779.x *Andere Operationen an Kiefergelenk und Gesichtsschädelknochen: Sonstige* verschlüsselt, auf den das DIDMI auch klassifikatorisch übergeleitet hat, der im G-DRG-System allerdings nicht gruppierungsrelevant ist. Um zu gewährleisten, dass zukünftig eine Eingruppierung analog zu Kodes erfolgt, die einen Bestandteil der hier neu aufgenommenen Kodes beschreiben, wurde der neu etablierte Codebereich für das aG-DRG-System 2020 auf den Kode 5-770.0 „*Inzision (Osteotomie), lokale Exzision und Destruktion (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens: Inzision (z.B. sagittale Spaltung)*“ übergeleitet. Damit werden Fälle mit prophylaktischer Osteosynthese an den Kieferknochen in Abhängigkeit von weiteren Leistungsbezeichnern in der aG-DRG-Version 2020 mindestens der DRG D29Z *Operationen am Kiefer und andere Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung* zugeordnet.

Für die Leistungsplanung 2020 ist zu beachten, dass ggf. über die per OPS verschlüsselten Prozeduren hinausgehende Informationen herangezogen werden müssen um die Fälle zu identifizieren, die ab 2020 mit einem der neuen OPS-Kodes aus dem Bereich 5-779.9 zu verschlüsseln sind.

2. Änderungen der Diagnosenklassifikation (ICD)

2.1. Neue oder geänderte Kodes in der ICD-10-GM Version 2019

2.1.1. Multiple Frakturen des Beckens (Stand: 11.11.2019)

In den früheren Versionen der ICD-10-GM wurden multiple Beckenfrakturen im Codebereich S32.- *Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens* über die Diagnosen S32.7 *Multiple Frakturen mit Beteiligung der Lendenwirbelsäule und des Beckens* und S32.89 *Fraktur: Sonstige und multiple Teile des Beckens* erfasst. Insbesondere der letztgenannten Schlüsselnummer waren bestimmte, explizit aufgeführte Beckenfrakturen (u.a. Schmetterlingsbruch, Malgaigne-Fraktur)

zugeordnet. In der ICD-10-GM Version 2019 wurde der Codebereich S32.- *Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens* überarbeitet: Die Darstellung von multiplen Beckenfrakturen wurde vereinheitlicht und multiple Beckenfrakturen jetzt in Gänze der Schlüsselnummer S32.7 zugeordnet. Über die Schlüsselnummer S32.89 werden nun Frakturen im Bereich *Sonstige und nicht näher bezeichnete Teile des Beckens* abbildet, so dass die Schlüsselnummer S32.83 *Fraktur: Becken, Teil nicht näher bezeichnet* gestrichen werden konnte.

Schon für das G-DRG-System 2019 erfolgte eine Angleichung der Gruppierungsrelevanz für beide Schlüsselnummern dahingehend, dass eine einheitliche Zuordnung von nicht operativ behandelten Fällen mit entsprechender Hauptdiagnose zur Basis-DRG I66 *Andere Erkrankungen des Bindegewebes oder Frakturen an Becken und Schenkelhals* erfolgt ist. Dennoch ist es möglich, dass aufgrund einer unterschiedlichen Berücksichtigung beider Diagnosen innerhalb der CCL-Matrix, einzelne Fälle mit multiplen Beckenfrakturen bei einer Kodierung gemäß ICD-10 Version 2019 und 2020 einer anderen DRG zugeordnet werden, als aufgrund der Gruppierungsergebnisse auf Basis der Daten aus 2018 zu erwarten ist.

2.2. Neue oder geänderte Kodes in der ICD-10-GM Version 2020

2.2.1. R65.-! Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] (Stand: 28.11.2019)

Für die ICD-10-GM Version 2020 wurde der Codebereich R65.-! und der zugehörige Hinweis überarbeitet (siehe auch Kommentar zur ICD-10-GM Version 2020, Seite 5):

“Mit der ICD-10-GM 2020 wurden die Schlüsselnummern unter R65.-! unter Berücksichtigung der aktuellen Definition der Sepsis an die WHO-Fassung angeglichen. Die Kodierfrage Nr. 1007 (SIRS) verliert mit Inkrafttreten der ICD-10-GM 2020 ihre Gültigkeit.“

Grundsätzlich hat sich in Bezug auf die Definition eines SIRS nichts geändert und die entsprechenden Kodes können auch weiterhin in gleicher Weise kodiert werden. Einzig die direkte Kopplung mit der Definition einer Sepsis wurde aufgehoben. Es ist somit zu beachten, dass es je nach angewendeter Sepsis-Definition ab 2020 zu einer geänderten Kodierung von Fällen mit Infektionen und damit auch zu einer geänderten Eingruppierung kommen kann, als eine Analyse auf Basis der Daten aus 2019 vermuten lässt.

3. Änderungen der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR)

3.1. Änderungen der Deutschen Kodierrichtlinien Version 2020

3.1.1. Maschinelle Beatmung (Stand: 11.11.2019)

Die Definition von maschineller Beatmung, die Kodierung, die Berechnung der Dauer der Beatmung sowie die Berücksichtigung von atemunterstützenden Verfahren werden in der Kodierrichtlinie 1001 *Maschinelle Beatmung* geregelt. Für die Deutschen Kodierrichtlinien Version 2020 wurde die Kodierrichtlinie 1001 *Maschinelle Beatmung* hinsichtlich der genannten Punkte umfangreich überarbeitet.

Nachfolgend werden relevante Veränderungen exemplarisch dargestellt:

Definition (im Sinne der Deutschen Kodierrichtlinien)

Gemäß der Kodierrichtlinie 1001 kann eine Beatmung sowohl invasiv über eine Trachealkanüle oder einen Tubus als auch nichtinvasiv über ein Maskensystem erfolgen. Im Gegensatz zu den Vorjahren, sind für die Berechnung von Beatmungsstunden bei Patienten, die das 6. Lebensjahr vollendet haben, allerdings nur Verfahren heranzuziehen,

„[...] bei denen bei positiver Druckbeatmung eine Druckdifferenz zwischen Inspiration und Expiration von mindestens 6 mbar besteht [...]“.

Kodierung

Voraussetzung für die Kodierung von Beatmungsstunden ist zukünftig, dass die Patienten intensivmedizinisch versorgt sind. Laut DKR 1001 meint dies Patienten,

„[...] bei denen die für das Leben notwendigen sogenannten vitalen oder elementaren Funktionen von Kreislauf, Atmung, Homöostase oder Stoffwechsel lebensgefährlich bedroht oder gestört sind und die mit dem Ziel behandelt, überwacht und gepflegt werden, diese Funktionen zu erhalten, wiederherzustellen oder zu ersetzen, um Zeit für die Behandlung des Grundleidens zu gewinnen [...]“.

„[...] Diese intensivmedizinische Versorgung umfasst mindestens ein Monitoring von Atmung und Kreislauf und eine akute Behandlungsbereitschaft (ärztliche und pflegerische Interventionen zur Stabilisierung der Vitalfunktionen unmittelbar möglich). [...]“

Berechnung der Dauer der Beatmung

Für alle Verfahren, welche die Definition einer maschinellen Beatmung und die Vorgaben zur Kodierung erfüllen ist für die Berechnung der Dauer der Beatmung zukünftig relevant, wie viele Beatmungsstunden pro Tag erbracht wurden:

- *„[...] Liegen die Beatmungsstunden (gemäß der Definition in DKR 1001) pro Kalendertag unter 8 Stunden, werden nur die erbrachten Beatmungsstunden (gemäß DKR 1001) entsprechend berechnet.*
- *Liegen die Beatmungsstunden (gemäß der Definition in DKR 1001) pro Kalendertag bei 8 Stunden oder mehr, werden 24 Beatmungsstunden für den Kalendertag berechnet.*

Am Tag der Aufnahme und der Entlassung oder der Verlegung sind nur die erbrachten Beatmungsstunden zu berücksichtigen [...]“.

Eine Definition des Endes einer maschinellen Beatmung sowie Regelungen zur Zählung von Beatmungsstunden in einer Phase der Entwöhnung sind damit nicht mehr erforderlich, da dies in der Kodierrichtlinie nun einheitlich geregelt ist.

Berücksichtigung von CPAP und High-Flow-Nasenkanülen (HFNC = High flow nasal cannula/HHFNC = Humidified high flow nasal cannula)

Eine Atemunterstützung durch kontinuierlichen positiven Atemwegsdruck (CPAP) wurde bisher nur bei Neugeborenen und Säuglingen bei der Ermittlung der Beatmungsdauer berücksichtigt. Zukünftig ist

„[...] die Dauer der Atemunterstützung mit kontinuierlichem positivem Atemwegsdruck (CPAP) bei Neugeborenen, Säuglingen und Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr für die Ermittlung der Beatmungsdauer zu berücksichtigen, sofern diese intensivmedizinisch versorgt sind. [...]“

Für den Einsatz von High-Flow-Nasenkanülen als Atemunterstützung existierte bisher keine explizite Regelung in der Kodierrichtlinie 1001. Ab 2020 gilt für die betroffenen Fälle:

„[...] Die Dauer der Atemunterstützung mit High flow nasal cannula (HFNC) und Humidified high flow nasal cannula (HHFNC) ist bei Neugeborenen und Säuglingen für die Ermittlung der Beatmungsdauer zu berücksichtigen, sofern diese intensivmedizinisch versorgt sind. [...]“

Die Anrechnung dieser Verfahren zur Atemunterstützung (HFNC/HHFNC bis zum vollendeten 1. Lebensjahr/CPAP bis zum vollendeten 6. Lebensjahr) auf die Beatmungszeit orientiert sich an der Regel zur Zählung der Beatmungsstunden bei maschineller Beatmung:

- Wenn diese weniger als 8 Stunden pro Kalendertag beträgt und eine intensivmedizinische Versorgung stattfand, sind nur die erbrachten Atemunterstützungsstunden als Beatmungsstunden zu berechnen.
- Wenn diese 8 oder mehr Stunden pro Kalendertag beträgt und eine intensivmedizinische Versorgung stattfand, sind 24 Beatmungsstunden zu berechnen.
- Am Tag der Aufnahme, der Entlassung oder der Verlegung sind nur die erbrachten Beatmungsstunden zu berücksichtigen.

Fazit

Die Dauer einer maschinellen Beatmung ist im G-DRG-System in zahlreichen DRGs gruppierungsrelevant. Zu nennen sind hier vor allem die sogenannten „Langzeitbeatmungs-DRGs“ in der Prä-MDC bei denen eine Beatmungsdauer von > 95 Stunden in der Basis-DRG A13 *Beatmung > 95 Stunden [...]* bis zu > 1799 Stunden in der Basis-DRG A06 *Beatmung > 1799 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung* für die Eingruppierung herangezogen wird. Darüber hinaus werden auch kürzere Beatmungszeiten (> 24 Stunden bzw. > 72 Stunden) in bestimmten DRGs der MDCs 04 *Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane*, 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* und 21A *Polytrauma* bei der Eingruppierung berücksichtigt. Auch in der MDC 15 *Neugeborene* sind zahlreiche DRGs der operativen und medizinischen Partition nach der Dauer einer maschinellen Beatmung differenziert.

Durch die oben aufgeführten relevanten Änderungen der Kodierrichtlinie 1001 sind zum einen Konstellationen denkbar, die zukünftig zu einer geringeren Anzahl an Beatmungsstunden bei bestimmten Fällen führen wie z.B. durch die Ergänzung der Definition einer maschinellen Beatmung um eine mindestens erforderliche Druckdifferenz zwischen In- und Expiration oder der Vorgabe einer intensivmedizinischen Versorgung. Zum anderen kann beispielsweise die Berücksichtigung von High-Flow-Nasenkanülen und CPAP bei einem bestimmten Alter bei der Berechnung von Beatmungsdauer in Zukunft auch zu einer höheren Anzahl von Beatmungsstunden führen. Aus den Routinedaten eines Falles ist lediglich die Gesamtzahl der Beatmungsstunden ersichtlich. Bei Neugeborenen und Säuglingen kann zusätzlich über einen OPS-Kode aus dem Bereich 8-711 *Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen* die Beatmungsform (z.B. kontrolliert oder assistiert) verschlüsselt werden. Die Routinedaten liefern allerdings keine Information darüber, welche Beatmungsform über welchen Zeitraum durchgeführt wurde. Eine Abschätzung dahingehend, in welchem Ausmaß die in den Jahren 2018 und 2019 kodierte Beatmungsstunden eines Falles auch gemäß der DKR 1001 in der Version 2020 noch als Beatmungsstunden kodiert werden können bzw. überhaupt erstmals als Beatmungsstunden gezählt werden können, ist aus den genannten Gründen nicht möglich. Hierfür müssen in den Krankenhäusern weiterführende Informationen wie z.B. detaillierte Beatmungsprotokolle herangezogen werden.

4. Zusatzentgelte

4.1. Neue Zusatzentgelte (Stand: 11.11.2019)

In der Fallpauschalenvereinbarung 2020 (FPV 2020) werden in den Anlagen nachfolgende Leistungen aufgeführt, die im Jahr 2020 neu über Zusatzentgelte vergütet werden:

Unbewertete Zusatzentgelte

Zusatzentgelt	Bezeichnung
ZE2020-166	<i>Gabe von Isavuconazol, parenteral</i>
ZE2020-167	<i>Gabe von Isavuconazol, oral</i>
ZE2020-168	<i>Gabe von Daratumumab, parenteral</i>
ZE2020-169	<i>Gabe von Liposomalem Irinotecan, parenteral</i>

Ein Teil dieser Leistungen ist über OPS-Kodes definiert, die in den Daten des Jahres 2018 oder 2019 noch nicht oder nicht in der erforderlichen Differenzierung vorliegen. Für die Leistungsplanung 2020 müssen somit ggf. über die per OPS verschlüsselten Prozeduren hinausgehende Informationen herangezogen werden.

4.2. Änderung von bewerteten in unbewertete Zusatzentgelte (Stand: 11.11.2019)

In der Fallpauschalenvereinbarung für 2020 wurden die in 2019 nachfolgend gelisteten, bewerteten Zusatzentgelte unbewertete Zusatzentgelte:

FPV 2019 (Anlage 2 und 5)	FPV 2020 (Anlage 4 und 6)
ZE40 <i>Gabe von Filgrastim</i>	ZE2020-175 <i>Gabe von Filgrastim</i>
ZE42 <i>Gabe von Lenograstim</i>	ZE2020-176 <i>Gabe von Lenograstim</i>
ZE71 <i>Gabe von Pegfilgrastim</i>	ZE2020-177 <i>Gabe von Pegfilgrastim</i>
ZE74 <i>Gabe von Bevacizumab, parenteral</i>	ZE2020-170 <i>Gabe von Bevacizumab, parenteral</i>
ZE75 <i>Gabe von Liposomalem Cytarabin, intrathekal</i>	ZE2020-174 <i>Gabe von Liposomalem Cytarabin, intrathekal</i>
ZE142 <i>Gabe von Clofarabin, parenteral</i>	ZE2020-171 <i>Gabe von Clofarabin, parenteral</i>
ZE150 <i>Gabe von Posaconazol, oral, Suspension</i>	ZE2020-172 <i>Gabe von Posaconazol, oral, Suspension</i>

ZE155 <i>Gabe von Ofatumumab, parenteral</i>	ZE2020-179 <i>Gabe von Ofatumumab, parenteral</i>
ZE160 <i>Gabe von Lipegfilgrastim</i>	ZE2020-178 <i>Gabe von Lipegfilgrastim</i>
ZE166 <i>Gabe von Posaconazol, oral, Tabletten</i>	ZE2020-173 <i>Gabe von Posaconazol, oral, Tabletten</i>

Die Gabe von Granulozyten-Kolonie-stimulierenden Faktoren: *Filgrastim, parenteral, Lenograstim, parenteral, Pegfilgrastim, parenteral und Lipegfilgrastim, parenteral*, konnte bis 2019 über bewertete Zusatzentgelte abgerechnet werden. Aufgrund unterschiedlicher Dosierungsschemata (tägliche Gabe bei Filgrastim und Lenograstim bzw. einmalige Gabe bei Pegfilgrastim und Lipegfilgrastim) hatten die genannten Zusatzentgelte unterschiedliche Einstiegsschwellen. Zur Vermeidung möglicher Fehlanreize erfolgte die Kalkulation der Zusatzentgelte für Pegfilgrastim und Lipegfilgrastim unter Berücksichtigung eines Abzugsbetrages. Aufgrund der aktuellen Preisentwicklung war eine Bewertung der genannten Zusatzentgelte nicht mehr möglich. Es erfolgte dementsprechend eine Überführung in die Anlage 4 und 6 und eine Ergänzung der entsprechenden unbewerteten Zusatzentgelte um folgende Regelung: „Bei der Vereinbarung der Entgelthöhen für die Zusatzentgelte für Granulozyten-Kolonie-stimulierende Faktoren wird in analoger Umsetzung der bisherigen Bewertung empfohlen, die Entgelthöhen auf Basis der krankenhausesindividuellen Kostensituation zu führen und bei der finalen Vereinbarung die Entgelthöhe der Zusatzentgelte für Pegfilgrastim (ZE2020-177) bzw. Lipegfilgrastim (ZE2020-178) um einen Betrag zu reduzieren, der in etwa dem dreifachen Wert der Kosten einer typischen Tagesdosis Filgrastim (ZE2020-175) bzw. Lenograstim (ZE2020-176) entspricht.“

Für Leistungen, die bereits beim Wechsel vom FP-Katalog 2018 zum FP-Katalog auf 2019 von bewerteten Entgelten in unbewertete Entgelte überführt wurden, gilt die im vormaligen Jahr erstmalig zur Anwendung gebrachte Regelung, dass – bei Nichtvorliegen einer Budgetvereinbarung zum 1.1. des neuen Systemjahres – der ZE-Betrag aus 2018 nicht mehr zu 100%, sondern zu 70% abzurechnen ist. Dies gilt für folgende, im FP-Katalog 2020 mit einer entsprechenden Fußnote gekennzeichnete Zusatzentgelte:

ZE2020-153 *Gabe von Trastuzumab, intravenös*

Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2020 ist für dieses Zusatzentgelt das bisher krankenhausesindividuell vereinbarte Entgelt der Höhe nach bis zum Beginn des Wirksamwerdens der Budgetvereinbarung 2020 weiter zu erheben. Bei fehlender Budgetvereinbarung 2019 ist für dieses Zusatzentgelt das bewertete Zusatzentgelt ZE149 in Höhe von 70 Prozent der im DRG-Katalog 2018 bewerteten Höhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der Budgetvereinbarung 2019 weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.

ZE2020-154 *Gabe von Anidulafungin, parenteral*

Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2020 ist für dieses Zusatzentgelt das bisher krankenhausesindividuell vereinbarte Entgelt der Höhe nach bis zum Beginn des Wirksamwerdens der Budgetvereinbarung 2020 weiter zu erheben. Bei fehlender Budgetvereinbarung 2019 ist für dieses Zusatzentgelt das bewertete Zusatzentgelt ZE115 in Höhe von 70 Prozent der im DRG-Katalog 2018 bewerteten Höhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der Budgetvereinbarung 2019 weiter zu

erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.

ZE2020-155 *Gabe von Palifermin, parenteral*

Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2020 ist für dieses Zusatzentgelt das bisher krankenhaushausindividuell vereinbarte Entgelt der Höhe nach bis zum Beginn des Wirksamwerdens der Budgetvereinbarung 2020 weiter zu erheben. Bei fehlender Budgetvereinbarung 2019 ist für dieses Zusatzentgelt das bewertete Zusatzentgelt ZE95 in Höhe von 70 Prozent der im DRG-Katalog 2018 bewerteten Höhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der Budgetvereinbarung 2019 weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.

4.3. Änderung von bewerteten Zusatzentgelten (Stand: 11.11.2019)

Für 2020 wurden, basierend auf Analysen der Daten aus 2018 und ergänzenden Informationen aus den Kalkulationshäusern, für die nachfolgend aufgeführten, bewerteten Zusatzentgelte die oberen Dosisklassen erweitert:

ZE51 Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Hepatitis-B-surface-Antigen, parenteral: Zusätzlich 4 Dosisklassen mit Erweiterung der Dosisklassen von maximal „64.000 IE oder mehr“ auf „112.000 IE oder mehr“

ZE64 Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Zytomegalie-Virus, parenteral: Zusätzlich: Zusätzlich 8 Dosisklassen mit Erweiterung der Dosisklassen von maximal „50,0 g oder mehr“ auf „160,0 g oder mehr“

ZE157 Gabe von Tocilizumab, intravenös: Zusätzlich 6 Dosisklassen mit Erweiterung der Dosisklassen von maximal „2080 mg oder mehr“ auf „4.000 mg oder mehr“

Für das bewertete Zusatzentgelt *Gabe von Ipilimumab* (FPV 2020: ZE168; FPV 2019: ZE167) wurden neue Dosisklassen etabliert mit einer niedrigeren Einstiegsschwelle für Erwachsene ab 30 mg und einer Kinderdosisklasse ab 20 mg.

4.4. Änderungen von unbewerteten Zusatzentgelten (Stand: 11.11.2019)

Für 2020 erfolgte eine Erweiterung des unbewerteten ZE2020-53 *Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm oder patientenindividuell angefertigte Stent-Prothese* für Fälle mit Implantation einer Stentgraft-Prothesen an der Aorta und dem Merkmal „patientenindividuell angefertigt“ (OPS-Kode 5-38a.w).

Für das unbewertete Zusatzentgelt ZE2020-106 *Gabe von Abatacept, subkutan* wurden in der FPV 2020 erstmalig ab einer Dosis von 50 mg 3 Kinderdosisklassen etabliert. Die bisherige Einstiegsschwelle für Erwachsene von 250 mg bleibt weiterhin bestehen.

4.5. Differenzierung von Zusatzentgelt-definierenden OPS-Kodes (Stand: 11.11.2019)

Wenn bei OPS-Kodes, die ein Zusatzentgelt des Fallpauschalenkataloges definieren, eine weitere Ausdifferenzierung vom DIMDI vorgenommen wird, erfolgt typischerweise auch eine Aufnahme der entsprechenden differenzierten Codes in die Zusatzentgelt-Anlagen des Fallpauschalenkataloges an entsprechender Stelle.

Ein Beispiel hierfür aus den Vorjahren ist die im OPS 2009 vorgenommene Ausdifferenzierung der Codes für die intermittierende Hämodialyse mit der Schaffung eines neuen Codes für *Hämodialyse: Verlängert intermittierend, zur Elimination von Proteinen mit einer Molekularmasse bis 60.000* (8-854.8). Da diese Leistung zuvor nicht spezifisch kodierbar war, konnte sie nur als "intermittierende Hämodialyse" verschlüsselt werden. Entsprechend wurden die neuen Codes auch – analog dem Vorgängerkode – den Zusatzentgelten ZE01.01 *Hämodialyse, intermittierend, Alter > 14 Jahre* sowie ZE01.02 *Hämodialyse, intermittierend, Alter < 15 Jahre* zugeordnet. (Dies galt bis 2014, seit 2015 sind diese Codes einem eigenen unbewerteten Zusatzentgelt ZE20XX-109 *Dialyse mit High-Cut-off-Dialysemembran* zugeordnet.)

Aus einer solchen (durch eine klassifikatorische Überleitung bedingten) Aufnahme neuer Codes in ein Zusatzentgelt ist jedoch kein automatischer Rückschluss auf die Sachgerechtigkeit der Abbildung und damit etwa auf einen zukünftigen NUB-Status der bezeichneten Leistung möglich.

Sofern eine solche Leistung zukünftig den NUB-Status 1 (angefragte Methoden/Leistungen, welche die Kriterien der NUB-Vereinbarung der Vertragsparteien erfüllen) erhalte und somit zusätzlich ein krankenhausespezifisches Entgelt für Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden für die Erbringung dieser Leistung vereinbart werden könnte, wäre der bereits über Zusatzentgelte vergütete Betrag in Form einer Differenzkostenrechnung zu berücksichtigen.

4.6. Bewertung des Zusatzentgeltes ZE2020-41 *Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems* (Stand: 11.11.2019)

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 2020 folgenden Hinweis zu ZE2020-41:

„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 ZE2020-41 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 Erkranken-*

kungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich [...] höher ist, als der ZE-bedingte Mehraufwand der im Vergleich zu DRGs der Basis-DRG I42 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 letztgenannten DRGs einen höheren Anteil der für die Erbringung des ZE2020-41 typischen Leistungen bereits als Bestandteil der jeweiligen DRG enthalten könnten.

4.7. Ausgliederung der Pflegekosten bei Zusatzentgelten (Stand: 11.11.2019)

Bei der Bewertung einiger zusatzentgeltrelevanter Leistungen aus den Anlagen 2 und 5 wurden in der Vergangenheit auch die Kosten für die Pflege in den Kostenstellengruppen 1, 2, 3 und 13 (nur bettenführende Aufnahmestationen) leistungsbezogen je nach Zusatzentgelt berücksichtigt. Aufgrund der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem G-DRG-System erfolgte für 2020 die Kalkulation für diese bewerteten Zusatzentgelte ohne Berücksichtigung der Pflegepersonalkosten in den vorgenannten Kostenstellengruppen. Hiervon betroffen sind unter anderem die Zusatzentgelte für *Palliativmedizinische Komplexbehandlung* (ZE60 und ZE145), *Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen* (ZE130) und *von Kleinkindern oder von Kindern und Jugendlichen* (ZE131), die Zusatzentgelte für *Erhöhten Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten* (ZE162 und ZE162) sowie die Zusatzentgelte für Dialyse und verwandte Verfahren (z.B. ZE01 *Hämodialyse, intermittierend*, bzw. ZE120 *Hämodialyse, kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD)*, ZE02 *Hämodiafiltration, intermittierend*, bzw. ZE 121 *Hämodiafiltration, kontinuierlich*, ZE122 *Peritonealdialyse, intermittierend, maschinell unterstützt (IPD)* bzw. ZE123 *Peritonealdialyse, kontinuierlich, nicht maschinell unterstützt (CAPD)*).

In diesem Sinne gilt es auch bei den Verhandlungen vor Ort bei der Bewertung von Leistungen aus den Anlagen 4 und 6 für 2020 die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten zu beachten. D.h. bei der Vereinbarung der entsprechenden Entgelthöhe dürfen Pflegepersonalkosten der Kostenstellengruppen 1, 2, 3 und 13 (nur bettenführende Aufnahmestationen) nicht mehr berücksichtigt werden; die Pflegepersonalkosten werden über das Pflegeerlösbudget finanziert. Hiervon sind beispielweise die Zusatzentgelte für *ECMO und PECLA* (ZE2020-03), *Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems* (ZE2020-41) und *Peritonealdialyse, kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD)* (ZE2020-82) betroffen.