

Hinweise zur Leistungsplanung/Budgetverhandlung für das Jahr 2021 in Zusammenhang mit den Definitionshandbüchern der aG-DRG-Versionen 2019/2021 und 2020/2021 bzw. den darauf beruhenden Groupern

Die aG-DRG-Version 2019/2021 dient der Verarbeitung von Daten aus dem Jahr 2019 (beruhend auf den Katalogen ICD-10-GM Version 2019 und OPS Version 2019) mit dem im Jahr 2021 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 2019/2021 für die Daten aus 2019 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 2021 neu eingeführte OPS-Kodes) und Parametern, die im Datenjahr noch nicht gruppenrelevanter waren und daher möglicherweise unvollständig oder fehlerhaft erfasst worden sind.

Entsprechend dient die aG-DRG-Version 2020/2021 der Verarbeitung von Daten aus 2020 (beruhend auf den Katalogen ICD-10-GM Version 2020 und OPS Version 2020) mit dem im Jahr 2021 zur Abrechnung verwendeten Grouperalgorithmus. Auch die Gruppierungsergebnisse der aG-DRG-Version 2020/2021 für die Daten aus 2020 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 Codes im OPS Version 2020

1.1.1. Stabilisierung eines frakturgefährdeten Gesichtsschädelknochens (Stand: 16.11.2020)

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 Codes 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 DIMDI auch klassifikatorisch übergeleitet hat, der im G-DRG-System allerdings nicht gruppierungsrelevant ist. Um zu gewährleisten, dass zukünftig eine Eingruppierung analog zu Codes erfolgt, die einen Bestandteil der hier neu aufgenommenen Codes 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 2021 mindestens der DRG D30A *Tonsillektomie außer bei BNB oder verschiedene Ingr. an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äuß. schw. CC, mit aufw. Ingr. oder Ingr. an Mundhöhle und Mund auß. bei BNB, Alter < 3 J. oder mit komplexer Diagnose oder Alter < 16 J. mit äuß. schw. od. schw. CC* zugeordnet.

Für die Leistungsplanung 2021 ist zu beachten, dass bei der Analyse von Daten des Jahres 2019 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.

1.2. Neue oder geänderte Codes im OPS Version 2021

1.2.1. Hybridverfahren an Aorta (Stand: 04.12.2020)

Eine Kombination aus einem offen chirurgischen Verfahren, z.B. einem Gefäßersatz und einer endovaskulären Stentimplantation an der Aorta, ggf. auch als mehrzeitiger Eingriff, wird durch Prozeduren aus dem Bereich *Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Bei Hybridverfahren an der Aorta* beschrieben. Die Codes sind nach der Lokalisation *an Aorta ascendens, Aortenbogen oder Aorta thoracica* (5-38a.a*) oder *an der Aorta thoracoabdominalis* (5-38a.b*) und nach der Anzahl der implantierten Stent-Prothesen differenziert. Das *Hybridverfahren an Aorta* ist im aG-DRG System 2020 an mehreren Stellen erlösrelevant: zum einen bei der Eingruppierung in verschiedene DRGs, beispielsweise der Basis-DRG F07 *Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine* und zum anderen bei der Abrechnung von Zusatzentgelten. So kann für Fälle mit einem *Hybridverfahren an der Aorta* zusätzlich das unbewertete Zusatzentgelt ZE202X-50 *Implantation einer (Hybrid)-Prothese an der Aorta* abgerechnet werden.

Durch eine Änderung im OPS Version 2021 wurden die bisherigen Primärkodes für Hybridverfahren zu Zusatzcodes, die in Kombination mit dazugehörigen Primärschlüsseln aus dem Bereich *Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta thoracica* oder *Aorta thoracoabdominalis* (5-38a.7*, 5-38a.8*) zu verschlüsseln sind. Da die Codebereiche für die *Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen am Thorax* und für das *Hybridverfahren an der Aorta* im aG-DRG-System 2020 zum Teil eine unterschiedliche Funktion haben, können in Abhängigkeit von der bisher praktizierten Verschlüsselung die Änderungen des OPS für 2021 ggf. zu einer Änderung der Eingruppierung von Fällen mit einem *Hybridverfahren an der Aorta* füh-

ren. Während die Prozeduren für *Hybridverfahren an der Aorta* bisher vornehmlich der Basis-DRG F07 zugeordnet waren, sind die Codes für die *Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta thoracica* oder *Aorta thoracoabdominalis* vornehmlich der DRG F51A *Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, thorakal oder mit bestimmter Aortenprothesenkombination* zugeordnet.

Somit kann aus der Kodierung gemäß OPS Version 2021 eine veränderte, aufgrund der Abfrageihenfolge des DRG-Algorithmus typischerweise höhere Eingruppierung resultieren. Ebenso ist möglich, dass Fälle mit Hybridverfahren an der Aorta aufgrund der beschriebenen OPS-Änderungen zukünftig Codes tragen, die den unbewerteten Zusatzentgelten ZE2021-188 *Patientenindividuell hergestellte Stent-Prothesen an der Aorta, ohne Öffnung* oder ZE2021-189 *Stent-Prothesen an der Aorta, mit Öffnung* zugeordnet sind. Einer auf diese Weise möglichen verbesserten Abbildung der Fälle ist bei der hausindividuellen Vereinbarung des ZE2021-50 *Implantation einer (Hybrid)-Prothese an der Aorta* Rechnung zu tragen.

1.2.2. Komplexbehandlung: Mindestmerkmale und Strukturvorgaben (Stand: 04.12.2020)

Das Kapitel 8 *Nicht operative therapeutische Maßnahmen* der OPS-Klassifikation enthält einen Abschnitt für die Kodierung von Komplexmaßnahmen (8-97 und 8-98). Dabei handelt es sich vor allem um Codes, die mitunter ein ganzes "Paket" diagnostischer Verfahren und/oder Behandlungsmaßnahmen beschreiben, die während eines Aufenthaltes, z.B. zur Behandlung eines Schlaganfalls durchgeführt werden. Die im Bereich Komplexmaßnahmen aufgeführten Codes, dürfen nur kodiert werden, wenn die dazugehörigen struktur- und behandlungsbezogenen Voraussetzungen erfüllt sind. Im Rahmen gesetzlicher Änderungen (v.a. § 275d SGB V Prüfung von Strukturmerkmalen) wurden für eine Reihe dieser Komplexmaßnahmen auf Basis der im OPS Version 2020 bisher gültigen Mindestmerkmale eine Reihe von Strukturmerkmalen für die jeweiligen Verfahren definiert.

Die inhaltliche Ausgestaltung der Strukturmerkmale erfolgte weitgehend unter Beibehaltung der inhaltlichen Ausgestaltung der bisherigen Mindestmerkmale. Fall- bzw. behandlungsspezifische Merkmale sind weiterhin als Mindestmerkmale beibehalten, sodass sich aus der beschriebenen strukturellen Änderung des OPS im typischen Fall keine Auswirkung für die Leistungsplanung ergibt.

Unabhängig davon haben jedoch einige Komplexcodes relevante inhaltliche Änderungen für 2021 erfahren, insbesondere die Codebereiche

- *Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls (8-981)*
- *Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls (8-98b)*
- *Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) (8-98f)*

Neurologische Komplexbehandlung

Im OPS stehen für die neurologische Komplexbehandlung eines akuten Schlaganfalls auf einer spezialisierten Einheit (Stroke Unit) zwei Codebereiche zur Verfügung (8-981 und 8-98b) - beide unterscheiden sich u.a. in den zu erfüllenden Mindestmerkmalen. Beide Codebereiche sind nach Behandlungszeiträumen differenziert, wobei der Codebereich 8-98b zusätzlich in Abhängigkeit von der Anwendung eines Telekonsildienstes unterteilt ist.

Die Definitionen und Mindestmerkmale dieser Codebereiche für Stroke-Unit-Behandlungen wurden für 2021 an mehreren Punkten verändert, insbesondere:

- Streichung des Merkmals "30 Minuten Erreichbarkeit" für bestimmte Behandlungen ("Das Strukturmerkmal ist erfüllt, wenn der Transport [...] grundsätzlich innerhalb einer halben Stunde möglich ist.")
- Differenzierung der Codes *Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls* hinsichtlich der Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen
- Bei den Codes *Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls* Konkretisierung des Mindestmerkmals „kontinuierliche Möglichkeit zur Fibrinolysetherapie des Schlaganfall“ hin zu "24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur Rekanalisation durch intravenöse Thrombolyse am Standort des Krankenhauses" Geänderte Definition der Mindestmerkmale im Hinblick auf die Überwachung der Patienten: Statt 24h-Monitoring bestimmter Vitalzeichen („*mindestens 6 der folgenden Parameter: Blutdruck, Herzfrequenz, EKG, Atmung, Sauerstoffsättigung, Temperatur, intrakranieller Druck, EEG, evozierte Potentiale. Blutdruck*“) wird ab 2021 das „*Vorhandensein einer zentralen, kontinuierlichen Erfassungsmöglichkeit folgender Parameter an allen Bettplätzen: Blutdruck, Herzfrequenz, 3-Kanal-EKG, Atmung, Sauerstoffsättigung*“ gefordert.
- Streichen des Mindestmerkmals *ätiologische Diagnostik und Differenzialdiagnostik des Schlaganfalls* für die Kodierung einer *Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls*.

Im aG-DRG-System führen beide Codebereiche bei typischen Fällen zu einer höheren Eingruppierung vor allem in den Basis-DRGs B69 *Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse* und B70 *Apoplexie*. Die beschriebenen Veränderung können je nach Zutreffen der Mindestmerkmale für Einrichtungen ggf. bedeuten, dass mehr oder weniger Patienten in 2021 in die „Stroke-Unit“-DRGs v.a. der Basis-DRGs B69 und B70 eingruppiert werden als eine Analyse auf Basis der Daten des Jahres 2020 oder 2019 vermuten lässt.

Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung

Die für den Codebereich der *Aufwendigen intensivmedizinische Komplexbehandlung* (8-98f) erforderliche zeitliche Anwesenheit eines Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin wurde bei der Überführung des entsprechenden Mindestmerkmals in ein Strukturmerkmal breiter gefasst: Bisher musste gemäß OPS Version 2020 "die Behandlungsleitung oder ein anderer Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin" an Werktagen "zwischen 8 und 18 Uhr mindestens 7 Stunden auf der Intensivstation anwesend sein". Jetzt wurde das Zeitfenster auf einen Zeitraum von 6 bis 22 Uhr ausgeweitet, wobei die mindestens erforderliche Anwesenheit

eines Arztes bei 7 Stunden beibehalten wurde. Damit kann dieses Strukturmerkmal für den Codebereichs 8-98f unter Umständen zukünftig leichter erfüllt werden.

Somit ist zu beachten, dass ggf. in bestimmten Einrichtungen im Jahr 2021 für mehr Fälle ein Kode aus 8-98f *Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung* angegeben werden kann und somit mehr Fälle in entsprechende intensivmedizinische DRGs eingruppiert werden als eine Analyse auf Basis der Daten des Jahres 2020 oder 2019 vermuten lässt.

1.2.3. Umfangreiche Änderungen der Prozedurenschlüssel im Bereich der Wirbelsäulenchirurgie (Stand: 04.12.2020)

Bis einschließlich OPS Version 2020 stehen für die Verschlüsselung bestimmter komplexer Rekonstruktionen der Wirbelsäule in den Codebereichen 5-837 *Wirbelkörperersatz und komplexe Rekonstruktion der Wirbelsäule*, 5-838 *Andere komplexe Rekonstruktionen der Wirbelsäule* und 5-839 *Andere Operationen an der Wirbelsäule* spezifische Codes zu Verfügung. Für den OPS Version 2021 werden einige dieser Codes gestrichen wie beispielsweise der Kode 5-837.4 *Dorsale Korrektur ohne ventrales Release*. Zukünftig werden entsprechende Eingriffe nach der Anzahl der Segmente differenziert mit einem Kode aus 5-836.3 *Spondylodese: Dorsal* kodiert. Aufgrund der umfangreichen Umstrukturierung in den Codebereichen 5-836, 5-837 und 5-838 und der zum Teil differenzierteren Kodierung bei entsprechenden Fällen ist unter Umständen eine geänderte Eingruppierung innerhalb der Basis-DRGs I06, I09 und I10 möglich.

Für die Leistungsplanung 2021 ist zu beachten, dass ggf. über die per OPS verschlüsselten Prozeduren hinausgehende Informationen herangezogen werden müssen (wie beispielweise in dem angeführten Beispiel die Anzahl der operierten Segmente) um die Fälle zu identifizieren, die ab 2021 mit anderen OPS-Kodes ggf. auch in Kombination mit weiteren Codes zu verschlüsseln sind. Damit kann ein Teil dieser Fälle sich in der G-DRG Version 2021 innerhalb der MDC 08 anders darstellen, als anhand der Daten der Jahre 2019 und 2020 erwartet wird.

2. Änderungen der Diagnosenklassifikation (ICD)

2.1. Neue oder geänderte Codes in der ICD-10-GM Version 2020

2.1.1. R65.-! Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] (Stand: 16.11.2020)

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 Codes 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.

2.1.2. U07.-! Covid-19 Erkrankung und spezifische Komplikationen (Stand: 04.12.2020)

Als Grundlage zur Identifikation von Fällen mit einer Covid-19-Erkrankung in den Abrechnungsdaten dienen Schlüsselnummern aus dem Bereich U00-U99 *Schlüsselnummern für besondere Zwecke*. Die entsprechenden Codebereiche existieren schon in der ICD-10 bzw-ICD-10-GM-Klassifikation in 2019. Die betroffenen Codes wurden jedoch im laufenden Kalenderjahr von der WHO und im Besonderen für das deutsche Gesundheitssystem vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM, ehemals DIMDI) mit COVID-spezifischen Inhalten belegt.

Aufgrund der pandemischen Entwicklung und der großen Relevanz der Erkrankung für die weltweiten Gesundheitssysteme erfolgten mehrere Weiterentwicklungen der Kodierung durch die WHO, die vom BfArM in die ICD-10-GM-Klassifikation integriert wurden. Damit ermöglichte die im Verlauf des ersten Quartals 2020 etablierte spezifische Schlüsselnummer U07.1! *Coronavirus-Krankheit-2019* die Kodierung einer Erkrankung durch den SARS-CoV-2 -Virus (COVID-19). Diese erfolgte bisher über den bereits existierenden unspezifischeren Sekundärkode B97.2! *Koronaviren als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind*. Für das zweite Quartal erfolgte eine inhaltliche Präzisierung des bestehenden Codes mit Einführung eines weiteren Sekundärkodes für klinische Verdachtsfälle einer Covid-19 Erkrankung ohne Labornachweis.

U07.1! *COVID-19, Virus nachgewiesen*

U07.2! *COVID-19, Virus nicht nachgewiesen*

Im Sommer wurden die bisherigen Codes noch für unterjährig vereinbarte Abrechnungsmöglichkeiten, z.B. zur Unterstützung der unterjährig vereinbarten Abrechnung eines extrabudgetären Zusatzentgelts, gemäß § 26 Abs. 2 KHG für die Testung auf das Coronavirus SARS-CoV-2, bei Patienten ohne Symptome und ohne Erregernachweis durch die Schlüsselnummer U99.0! *Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf SARS-CoV-2* ergänzt. Ende 2020 wurden durch die WHO weitere Codes eingeführt, die auch Eingang in die ICD-10-GM Version 2020 finden:

U07.3 *COVID-19 in der Eigenanamnese, nicht näher bezeichnet*

U07.4! *Post COVID-19-Zustand, nicht näher bezeichnet*

U07.5 *Multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19, nicht näher bezeichnet*

Auch wenn die Eingruppierung von Fällen mit Covid vielfach primär aufgrund anderer Parameter (wie einer Intensivmedizinischen Komplexbehandlung, einer Beatmung oder von Isolierungsmaßnahmen) erfolgt, berücksichtigen auch die Grouper der aG-DRG-Version 2021 (2019/2021, 2020/2021 und 2021) die Diagnose U07.1! bereits in einheitlicher Weise als schweregradsteigernde Nebendiagnose im CCL-System. Somit werden trotz der mehrfachen unterjährigen ICD-10-GM-Veränderung die Leistungsplanung bzw. die Budgetverhandlung im Hinblick auf die Fälle mit einer Covid-Erkrankung zumindest nicht durch (ohne Grouper praktisch nicht analysierbare) unterschiedliche PCCL-abhängige Eingruppierungsergebnisse in den aG-DRG-Versionen 2019/2021, 2020/2021 und 2021 weiter erschwert.

Die Auswirkungen der zusätzlichen direkten Gruppierungsrelevanz der Nebendiagnose U07.1! *COVID-19, Virus nachgewiesen* ab der G-DRG-Version 2021 in den Basis-DRG A11, E65, E69, E75, E79 und T63 können hingegen erforderlichenfalls mit einer Analyse der kodierten Daten des Jahres 2020 eingeschätzt werden.

3. Änderungen der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR)

3.1. Änderungen der Deutschen Kodierrichtlinien Version 2020

3.1.1. Maschinelle Beatmung (Stand: 16.11.2020)

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. Seit 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 gruppierrungsrelevant. 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 Be-

rechnung 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 im Jahr 2019 kodierten 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: 16.11.2020)

In der Fallpauschalenvereinbarung 2021 (FPV 2021) werden in den Anlagen nachfolgende Leistungen aufgeführt, die im Jahr 2021 neu über Zusatzentgelte vergütet werden:

Unbewertete Zusatzentgelte

Zusatzentgelt	Bezeichnung
ZE2021-181	<i>Gabe von Ustekinumab, parenteral</i>
ZE2021-182	<i>Gabe von Vedolizumab, parenteral</i>
ZE2021-183	<i>Gabe von Elotuzumab, parenteral</i>
ZE2021-184	<i>Gabe von Atezolizumab, parenteral</i>
ZE2021-185	<i>Gabe von Ocrelizumab, parenteral</i>
ZE2021-186	<i>Gabe von Venetoclax, oral</i>
ZE2021-187	<i>Neurostimulatoren zur Hypoglossusnerv-Stimulation</i>
ZE2021-190	<i>Längerfristige Beatmungsentwöhnung</i>

Ein Teil dieser Leistungen ist über OPS-Kodes definiert, die in den Daten des Jahres 2019 oder 2020 noch nicht oder nicht in der erforderlichen Differenzierung vorliegen. Für die Leistungsplanung 2021 müssen somit ggf. über die per OPS verschlüsselten Prozeduren hinausgehende Informationen herangezogen werden.

4.2. Änderung von bewerteten in unbewertete Zusatzentgelte (Stand: 16.11.2020)

In der Fallpauschalenvereinbarung für 2021 wurde das in 2020 nachfolgend gelistete, bewertete Zusatzentgelt in ein unbewertetes Zusatzentgelt umgewandelt:

FPV 2020 (Anlage 2 und 5)	FPV 2021 (Anlage 4 und 6)
ZE124 <i>Gabe von Azazytidin, parenteral</i>	ZE2021-180 <i>Gabe von Azazytidin, parenteral</i>

Außerdem gilt für Leistungen, die bereits beim Wechsel der letztjährigen FP-Kataloge von 2019 auf 2020 von bewerteten Entgelten in unbewertete Entgelte überführt wurden, in FPV 2021, dass – bei Nichtvorliegen einer Budgetvereinbarung zum 1.1. des neuen Systemjahres – der ZE-Betrag aus 2019 nicht mehr zu 100%, sondern bis zum Beginn des Wirksamwerdens der Budgetvereinbarung 2021 zu 70% abzurechnen ist. Dies gilt für folgende, im FP-Katalog 2021 mit einer entsprechenden Fußnote gekennzeichnete Zusatzentgelte:

FPV 2021 (Anlage 4 und 6)	FPV 2019 (Anlage 2 und 5)
ZE2021-170 <i>Gabe von Bevacizumab, parenteral</i>	ZE74 <i>Gabe von Bevacizumab, parenteral</i>
ZE2021-171 <i>Gabe von Clofarabin, parenteral</i>	ZE142 <i>Gabe von Clofarabin, parenteral</i>
ZE2021-172 <i>Gabe von Posaconazol, oral, Suspension</i>	ZE150 <i>Gabe von Posaconazol, oral, Suspension</i>
ZE2021-173 <i>Gabe von Posaconazol, oral, Tabletten</i>	ZE166 <i>Gabe von Posaconazol, oral, Tabletten</i>
ZE2021-174 <i>Gabe von Liposomalem Cytarabin, intrathekal</i>	ZE75 <i>Gabe von Liposomalem Cytarabin, intrathekal</i>
ZE2021-175 <i>Gabe von Filgrastim</i>	ZE40 <i>Gabe von Filgrastim</i>
ZE2021-176 <i>Gabe von Lenograstim</i>	ZE42 <i>Gabe von Lenograstim</i>
ZE2021-177 <i>Gabe von Pegfilgrastim</i>	ZE71 <i>Gabe von Pegfilgrastim</i>
ZE2021-178 <i>Gabe von Lipegilgrastim</i>	ZE160 <i>Gabe von Lipegilgrastim</i>
ZE2021-179 <i>Gabe von Ofatumumab, parenteral</i>	ZE155 <i>Gabe von Ofatumumab, parenteral</i>

4.3. Änderung von bewerteten Zusatzentgelten (Stand: 16.11.2020)

Für 2021 erfolgte bei ZE157 *Gabe von Tocilizumab, intravenös* eine Erweiterung um 7 Dosisklassen auf nun mehr maximal „8.480 mg oder mehr“.

Des Weiteren erfolgte für 2021 eine Differenzierung des bewerteten Zusatzentgelts für verschiedene Harnkontinenztherapien (ZE 134 in 2020) in ein Zusatzentgelt für *Adjustierbare Harnkontinenztherapien* (ZE169) und ein weiteres für *Suspensionsoperation bei Harninkontinenz des Mannes* (ZE170). Diese Differenzierung war erforderlich da eine gemeinsame Abbildung der beschriebenen Verfahren aufgrund stark divergierender Kosten nicht mehr sachgerecht war.

Nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten (vgl. auch Abschnitt 4.7) wurden den bewerteten Zusatzentgelten für die *Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen* (ZE130) und die *Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern oder von Kindern und Jugendlichen* (ZE131) in 2020 deutlich geringere Beträge zugeordnet. Für 2021 entfallen beide Zusatzentgelte jetzt vollständig.

4.4. Änderungen von unbewerteten Zusatzentgelten (Stand: 16.11.2020)

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 2021 wurde dieses Zusatzentgelt aus technischen Gründen in zwei unbewertete Zusatzentgelte aufgeteilt:

FPV 2020 (Anlage 4 und 6)	FPV 2021 (Anlage 4 und 6)
ZE2020-53 <i>Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm oder patientenindividuell angefertigte Stent-Prothese</i>	ZE2021-188 <i>Patientenindividuell hergestellte Stent-Prothesen an der Aorta, ohne Öffnung</i>
	ZE2021-189 <i>Stent-Prothesen an der Aorta, mit Öffnung*</i>

Der Wechsel der Begrifflichkeit von „Fenestrierung/Seitenarm“ zu „Öffnung“ ist eine rein redaktionelle Änderung im OPS-Katalog; Prothesen „mit Öffnung“ können weiterhin patientenindividuell hergestellt oder konfektioniert sein. In 2021 schließen somit die Zusatzentgelte ZE2021-188 und -189 genau die Leistungen ein, die in 2020 bereits dem Zusatzentgelt ZE2020-53 zugeordnet waren, nicht mehr und nicht weniger. Somit dient dieser Hinweis lediglich der Erläuterung der u.U. auch aufgrund der parallelen OPS-Änderung unübersichtlichen Veränderung, beschreibt jedoch strenggenommen keinen für die Hinweise zur Leistungsplanung/Budgetverhandlung relevanten Sachverhalt.

Des Weiteren erfolgte für 2021 eine Erweiterung der Definition des unbewerteten Zusatzentgeltes ZE2020-65 um das Verfahren *Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie (SIRT) mit Holmium-166-markierten Mikrosphären* zum ZE2021-65 *Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie [SIRT] mit Yttrium-90- oder Rhenium-188- oder Holmium-166-markierten Mikrosphären*.

4.5. Differenzierung von Zusatzentgelt-definierenden OPS-Kodes (Stand: 16.11.2020)

Wenn bei OPS-Kodes, die ein Zusatzentgelt des Fallpauschalenkataloges definieren, eine weitere Ausdifferenzierung vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM, ehemals DIMDI) vorgenommen wird, erfolgt typischerweise auch eine Aufnahme der entsprechenden differenzierten Kodes in die Zusatzentgelt-Anlagen des Fallpauschalenkataloges an entsprechender Stelle.

Ein Beispiel hierfür aus den Vorjahren ist die im OPS 2009 vorgenommene Ausdifferenzierung der Kodes für die intermittierende Hämodialyse mit der Schaffung eines neuen Kodes 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 Kodes 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 Kodes einem eigenen unbewerteten Zusatzentgelt ZE20XX-109 *Dialyse mit High-Cut-off-Dialysemembran* zugeordnet.)

Aus einer solchen (durch eine klassifikatorische Überleitung bedingten) Aufnahme neuer Kodes 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 ZE2021-41 *Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems* (Stand: 16.11.2020)

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 2021 folgenden Hinweis zu ZE2021-41:

„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 krankenhaushaus-individuellen Bewertung des Zusatzentgeltes ZE2021-41 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 Erkrankungen 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 ZE2021-41 typischen Leistungen bereits als Bestandteil der jeweiligen DRG enthalten könnten.*

4.7. Ausgliederung der Pflegekosten bei Zusatzentgelten (Stand: 16.11.2020)

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 erfolgt seit 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), 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 2021 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 berücksichtigt werden; die Pflegepersonalkosten werden über das Pflegeerlösbudget finanziert. Hiervon sind beispielweise die Zusatzentgelte für *ECMO und PECLA* (ZE2021-03), *Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems* (ZE2021-41) und *Peritonealdialyse, kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD)* (ZE2021-82) betroffen.