

Vergütungsregeln bei Gerinnungsstörungen **2020**

INHALT

1.	BLUTERENTGELTE – DIE PROBLEMATIK	3
2.	VERGÜTUNGSSCHEMA GERINNUNGSFAKTOREN – PRINZIP	4
3.	GERINNUNGSSTÖRUNGEN – DIE DIAGNOSEN	5
	3.1. ICD-Zuordnung der Zusatzentgelte in den intra- bzw. extrabudgetären Bereich	5
	3.2. ICD-Zuordnung der Zusatzentgelte für den extrabudgetären Bereich	6
	3.3. ICD-Zuordnung der Zusatzentgelte für den intrabudgetären Bereich	7
	3.4. ICD-Zuordnung der Zusatzentgelte für die zu differenzierenden ICD-Kodes	8
	3.5. OPS-Zuordnung der Zusatzentgelte für den extrabudgetären Bereich	10
	3.6. OPS-Zuordnung der Zusatzentgelte für den intrabudgetären Bereich	11
4.	GERINNUNGSSTÖRUNGEN ERFASSEN	13
5.	MARKERDIAGNOSEN	15
6.	MARKERPROZEDUREN	17
7.	PLANUNG UND VERHANDLUNG VON ZUSATZENTGELTEN	18

1. BLUTERENTGELTE – DIE PROBLEMATIK

Die Vergütung der „Entgelte für Bluter“ in den letzten Jahren ist gekennzeichnet von vielen Unsicherheiten und teilweise von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich gehandhabten Regelungen. Dadurch ergaben sich für die Krankenhäuser oft hohe finanzielle Risiken, da Details und Konkretisierungen (Diagnosen, Mengenangaben etc.) in den entsprechenden Gesetzen fehlten. Dem wachsenden medizinischen Bedarf und der Indikationsausweitung behandlungsbedürftiger Gerinnungsstörungen stand damit ein lückenhaftes Finanzierungssystem gegenüber, welches zum Teil zu erheblichen Erlösdefiziten auf Krankenseite führte.

Im Jahr 2013 wurde eine Vergütungsregelung über das DRG-System mit bundesweiter Gültigkeit eingeführt, ein **extrabudgetäres** „Bluterentgelt“ (ZE20XX-97) und ein **intradudgetäres** Zusatzentgelt für Gerinnungsfaktoren (ZE20XX-98; Hinweis: XX steht für das entsprechende Jahr):

- ZE20XX-97 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren
- ZE20XX-98 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren

Bei diesen Zusatzentgelten ist ab dem Jahr 2013 für **alle** Fälle mit Gabe von Gerinnungsfaktoren zu unterscheiden, ob es sich um eine **angeborene/dauerhaft erworbene** oder eine **temporäre Gerinnungsstörung** handelt. Mit den ergänzenden Informationen (aus der Kodierung, s. u.) war es möglich, die betroffenen Fälle eindeutig einem der beiden Zusatzentgelte für die Behandlung von Patienten mit bestimmten Blutgerinnungsfaktoren zuzuordnen. Diese Daten standen erst ab dem Datenjahr 2014 anhand obligatorischer Zusatzcodes in den regulären Daten zur Verfügung.

Das Zusatzentgelt ZE20XX-97 dient der Vergütung von Fällen mit **angeborenen und dauerhaft erworbenen Blutgerinnungsstörungen**. Für Fälle mit **temporären Blutgerinnungsstörungen** konnte bis Ende 2017 das **Zusatzentgelt ZE20XX-98** abgerechnet werden, wenn ein definierter Schwellenwert (9.500 €; Summe **aller** im Rahmen der Behandlung des Patienten für **Blutgerinnungsfaktoren** angefallenen Beträge) überschritten wurde.

Das ZE20XX-98 wurde **ab 2018** in die Zusatzentgelte ZE20XX-137, ZE20XX-138, ZE20XX-139 **differenziert**. Gekennzeichnet werden diese Zusatzentgelte ab ICD-10-GM Version 2014 mit dem zutreffenden Schlüssel:

- U69.11! Dauerhaft erworbene Blutgerinnungsstörung bzw.
- U69.12! Temporäre Blutgerinnungsstörung (weiteres s. u.)

2. VERGÜTUNGSSCHEMA GERINNUNGSFAKTOREN – PRINZIP



HINWEIS:

Das ZE2017-98 wurde ab 2018 in die Zusatzentgelte ZE20XX-137, ZE20XX-138, ZE20XX-139 „umgewandelt“.

Die Finanzierung des Bluterentgelts (ZE20XX-97) erfolgt **extrabudgetär**, also **zusätzlich zum Budget** des Krankenhauses und **ohne Mengengrenzung**. Es ist somit ein „echter Zusatzerlös“ für die Krankenhäuser, da es einen zusätzlichen Erlös zum vereinbarten Budget darstellt.

Dagegen unterliegen die intrabudgetären Zusatzentgelte ZE20XX-137, ZE20XX-138, ZE20XX-139 den **Ausgleichsregelungen des DRG-Systems**, wie dies auch für andere Zusatzentgelte gilt. Per definitionem sind temporäre Störungen alle iatrogenen und periinterventionellen bzw. perioperativen Störungen sowie Gerinnungsstörungen bei schweren intensivpflichtigen Grunderkrankungen, die mit der Grunderkrankung auch wieder verschwinden. **Für PPSB gibt es ein eigenes Zusatzentgelt (ZE30).**

Für einige Gerinnungsstörungen konnte durch die Selbstverwaltung keine Festlegung zur Zuordnung zu einem der beiden Zusatzentgelte getroffen werden. Diese Diagnosen wurden in einer dritten Liste zusammengefasst und müssen fallindividuell einem der beiden Zusatzentgelte zugeordnet werden (vgl. Liste 3 auf S. 8). Hier treten regelmäßig Probleme in der Kodierung (und damit der Abrechnung) auf, da die Unterscheidung in dauerhafte und temporäre Gerinnungsstörungen medizinisch nicht im Fokus der Diagnostik steht.

Für die Vergütung der ZE20XX-137, ZE20XX-138, ZE20XX-139 müssen die entsprechenden Schwellen für die Summe der während eines stationären Aufenthaltes durch sämtliche Abteilungen des jeweiligen Krankenhauses applizierten Blutgerinnungsfaktoren überschritten werden (weiteres s. u.). **Ab Überschreitung des Schwellenwertes ist der gesamte Betrag der Aufwendungen für Blutgerinnungsfaktoren zur Abrechnung zu bringen und durch die Kostenträger auszugleichen** (CAVE: z. B. PPSB/Prothrombinkomplex hat ein eigenes Zusatzentgelt ZE30 und ist daher gesondert zu kodieren und abzurechnen).

Die Vorgaben der hier beschriebenen Regelung stellen die Krankenhäuser vor ein erhebliches logistisches Problem. Ein Lösungsansatz, um die ggf. abzurechnenden Zusatzentgelte korrekt abzurechnen, soll im Folgenden skizziert werden. Dabei können nicht alle ablaufspezifischen Eigenschaften in den Krankenhäusern abgedeckt werden; eine Anpassung auf die vorhandenen Strukturen ist hausindividuell erforderlich.

3. GERINNUNGSSTÖRUNGEN – DIE DIAGNOSEN

3.1. ICD-Zuordnung der Zusatzentgelte in den intra- bzw. extrabudgetären Bereich

Die Erfassung der korrekten Diagnosen am Patienten ist der wesentliche Startpunkt für die adäquate Abrechnung. Dabei ist es wichtig, von Anfang an die Mengen und Faktoren korrekt zu erfassen, da sich dies ex-post bei den häufig langen Verweildauern (z. B. auf der Intensivstation) nicht rekonstruieren lässt. Auch wenn klar ist, dass ein Patient Gerinnungsfaktoren erhalten hat, werden diese bei nicht dokumentierter Dosis vom Medizinischen Dienst im Falle einer Prüfung gestrichen und somit nicht vergütet.

Grundsätzlich ist in den Kodierrichtlinien vorgeschrieben, dass nur die **tatsächlich applizierte Menge der Substanzen abgerechnet werden kann** (der ggf. anfallende Verwurf ist nicht in Rechnung zu stellen), auch der Kostennachweis muss über die tatsächlich applizierte Menge erfolgen.

Die relevanten Diagnosen für die Kodierung werden in den folgenden offiziellen Tabellen (Anlage 7 „Blutgerinnungsstörungen“ des aG-DRG-Fallpauschalen-Kataloges 2020) dargestellt.

3.2. ICD-Zuordnung der Zusatzentgelte für den extrabudgetären Bereich

Zunächst die Diagnosen für die hereditären Gerinnungsstörungen (extrabudgetäres ZE), dann die Diagnosen für die erworbenen Gerinnungsstörungen (intrabudgetäres ZE) und zuletzt die zu differenzierenden Codes, bei denen der Status hereditär/erworben im Einzelfall festgelegt werden muss:

LISTE 1: ICD-Kodes, die dem extrabudgetären ZE2020-97 „Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren“ zuzuordnen sind.¹

ZE	BEZEICHNUNG	ICD-VERSION 2020	
		ICD-KODE	ICD-TEXT
ZE2020-97	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren	D66	Hereditärer Faktor-VIII-Mangel
		D67	Hereditärer Faktor-IX-Mangel
		D68.00	Hereditäres Willebrand-Jürgens-Syndrom
		D68.1	Hereditärer Faktor-XI-Mangel
		D68.20	Hereditärer Faktor-I-Mangel
		D68.21	Hereditärer Faktor-II-Mangel
		D68.22	Hereditärer Faktor-V-Mangel
		D68.23	Hereditärer Faktor-VII-Mangel
		D68.24	Hereditärer Faktor-X-Mangel
		D68.25	Hereditärer Faktor-XII-Mangel
		D68.26	Hereditärer Faktor-XIII-Mangel
		D68.28	Hereditärer Mangel an sonstigen Gerinnungsfaktoren
		D68.31	Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen Faktor VIII
		D68.32	Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen sonstige Gerinnungsfaktoren
		D69.40	Sonstige primäre Thrombozytopenie, als transfusionsrefraktär bezeichnet
		D69.41	Sonstige primäre Thrombozytopenie, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet
D82.0	Wiskott-Aldrich-Syndrom		
M31.1	Thrombotische Mikroangiopathie		
P61.0	Transitorische Thrombozytopenie beim Neugeborenen		

¹ Die Abrechnung des ZE20XX-97 bzw. ZE20XX-137, ZE20XX-138 oder ZE20XX-139 ist möglich, sofern einer der ICD-Kodes aus der jeweiligen Definition der Anlage 7 und einer der OPS-Kodes aus der jeweiligen Definition der Anlage 6 vorliegt. Die ergänzende Auflistung von ICD-Kodes bei diesen Zusatzentgelten erfolgt nur aufgrund des extrabudgetären Status des ZE20XX-97.

3.3. ICD-Zuordnung der Zusatzentgelte für den intrabudgetären Bereich

LISTE 2: ICD-Kodes, die den intrabudgetären ZE2020-137 „Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII“, ZE2020-138 „Gabe von Fibrinogenkonzentrat“ oder ZE2020-139 „Gabe von Blutgerinnungsfaktoren“ zuzuordnen sind.¹

ZE	BEZEICHNUNG	ICD-VERSION 2020	
		ICD-KODE	ICD-TEXT
ZE2020-137	Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII	D65.9	Defibrinationssyndrom, nicht näher bezeichnet
		D68.33	Hämorrhagische Diathese durch Cumarine (Vitamin-K-Antagonisten)
ZE2020-138	Gabe von Fibrinogenkonzentrat	D68.34	Hämorrhagische Diathese durch Heparine
ZE2020-139	Gabe von Blutgerinnungsfaktoren	D68.35	Hämorrhagische Diathese durch sonstige Antikoagulanzen
		D68.9	Koagulopathie, nicht näher bezeichnet
		D69.0	Purpura anaphylactoides
		D69.2	Sonstige nichtthrombozytopenische Purpura
		D69.3	Idiopathische thrombozytopenische Purpura
		D69.52	Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ I
		D69.53	Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ II
		D69.57	Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, als transfusionsrefraktär bezeichnet
		D69.58	Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet
		D69.59	Sekundäre Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet
		D69.60	Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet, als transfusionsrefraktär bezeichnet
		D69.61	Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet
		D69.80	Hämorrhagische Diathese durch Thrombozytenaggregationshemmer
D69.9	Hämorrhagische Diathese, nicht näher bezeichnet		

¹ Die Abrechnung des ZE20XX-97 bzw. ZE20XX-137, ZE20XX-138 oder ZE20XX-139 ist möglich, sofern einer der ICD-Kodes aus der jeweiligen Definition der Anlage 7 und einer der OPS-Kodes aus der jeweiligen Definition der Anlage 6 vorliegt. Die ergänzende Auflistung von ICD-Kodes bei diesen Zusatzentgelten erfolgt nur aufgrund des extrabudgetären Status des ZE20XX-97.

3.4. ICD-Zuordnung der Zusatzentgelte für die zu differenzierenden ICD-Kodes

LISTE 3: Zu differenzierende ICD-Kodes: Dauerhaft erworbene Blutgerinnungsstörungen (zu kennzeichnen mit dem ICD-Kode U69.11!) sind dem extrabudgetären ZE20XX-97 zuzuordnen. Temporäre Blutgerinnungsstörungen (zu kennzeichnen mit dem ICD-Kode U69.12!) sind den intrabudgetären ZE20XX-137, ZE20XX-138 oder ZE20XX-139 zuzuordnen.¹

ZE	BEZEICHNUNG	ICD-VERSION 2020	
		ICD-KODE	ICD-TEXT
ZE2020-97		D65.0	Erworbene Afibrinogenämie
ZE2020-137		D65.1	Disseminierte intravasale Gerinnung [DIG, DIC]
ZE2020-138		D65.2	Erworbene Fibrinolyseblutung
ZE2020-139		D68.01	Erworbenes Willebrand-Jürgens-Syndrom
		D68.09	Willebrand-Jürgens-Syndrom, nicht näher bezeichnet
		D68.38	Sonstige hämorrhagische Diathese durch sonstige und nicht näher bezeichnete Antikörper
		D68.4 ²	Erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren
		D68.8	Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien
		D69.1	Qualitative Thrombozytendefekte
		D69.88	Sonstige näher bezeichnete hämorrhagische Diathesen
		P53	Hämorrhagische Krankheit beim Fetus und Neugeborenen
		P60	Disseminierte intravasale Gerinnung beim Fetus und Neugeborenen

¹ Die Abrechnung des ZE20XX-97 bzw. ZE20XX-137, ZE20XX-138 oder ZE20XX-139 ist möglich, sofern einer der ICD-Kodes aus der jeweiligen Definition der Anlage 7 und einer der OPS-Kodes aus der jeweiligen Definition der Anlage 6 vorliegt. Die ergänzende Auflistung von ICD-Kodes bei diesen Zusatzentgelten erfolgt nur aufgrund des extrabudgetären Status des ZE20XX-97.

² Blutgerinnungsstörungen, die nur durch eine Lebertransplantation heilbar wären, sind dem ZE20XX-97 zuzuordnen.

Es besteht „Streitpotenzial“ wegen der „3. Liste“ → schwierige Situation für das InEK in der Kostenkalkulation.

HINWEIS:

Die Zuordnung zum jeweiligen Zusatzentgelt muss bei Liste 3 gemäß dem klinischen Vorliegen einer temporären Blutgerinnungsstörung bzw. einer dauerhaft erworbenen Blutgerinnungsstörung erfolgen!

Definition: „dauerhaft“ vs. „temporär“

Die Unterteilung in „angeboren“, „dauerhaft“ und „temporär erworben“ ist keine medizinische Definition.

- **„dauerhaft“** bedeutet laut GKV „lebenslang“:
„Blutgerinnungsstörungen, die nur durch eine Lebertransplantation heilbar wären, sind dem ZE20XX-97 zuzuordnen.“
- **„temporär“**: z. B. Marcumarblutung, DIC, Massivblutung

In den Kodierrichtlinien (DKR D012) ist vermerkt: „Alle Ausrufezeichenkodes [...] sind obligat anzugeben“. Für die Blutgerinnung relevant sind die folgenden Ausrufezeichenkodes der Kategorie U69.-:

- **U69.11! Angeborene/dauerhaft erworbene Blutgerinnungsstörung**
- **U69.12! Temporäre Blutgerinnungsstörung**

Auch wenn diese „Ausrufezeichenkodes“ sogenannte optionale Schlüssel darstellen, sind sie **obligat zu kodieren**.

Es ist zu beachten, dass die Zuordnung zu den „erworbenen“ bzw. „hereditären“ Blutgerinnungsstörungen korrekt erfolgt. Eine Verbrauchskoagulopathie im Rahmen einer Sepsis ist in der Regel nach Therapie der Sepsis behoben und somit keine dauerhaft erworbene Gerinnungsstörung. **Nur über die korrekte Wahl des Zusatzkodes U69.11! oder U69.12! wird das richtige Zusatzentgelt ausgelöst.**

Bei **Dauermedikation mit Antikoagulanzen** sind Codes aus der Kategorie Z92.- zu verwenden, bei Blutungen unter Antikoagulanzeinnahme sind Codes aus der Kategorie D68.3- zu verwenden.

Im Falle der Behandlung einer **medikamentös bedingten Blutung als Nebenwirkung** einer Antikoagulation bei Einnahme gemäß Verordnung sind ein oder mehrere Codes für den krankhaften Zustand, in dem sich die Nebenwirkungen manifestieren, optional ergänzt durch Y57.9! Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen, zu kodieren, vgl. dazu die DKR 1917.

Zur Abrechnung des Zusatzentgeltes ist neben der Angabe eines ICD-Kodes aus den o. a. Tabellen der Anlage 7 des Fallpauschalen-Kataloges zusätzlich **zwingend die Angabe eines OPS-Kodes der Anlage 6 erforderlich**. Diese OPS-Kodes sind entsprechend den oben dargestellten Zusatzentgelten zuzuordnen.

3.5. OPS-Zuordnung der Zusatzentgelte für den extrabudgetären Bereich

ZE	BEZEICHNUNG	ICD-VERSION 2020	
		ICD-KODE	ICD-TEXT
ZE20XX-97 ^{4,6}	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren	8-810.6*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Rekombinanter aktivierter Faktor VII
		8-810.7*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Plasmatischer Faktor VII
		8-810.8*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Rekombinanter Faktor VIII
		8-810.9*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Plasmatischer Faktor VIII
		8-810.a*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Rekombinanter Faktor IX
		8-810.b*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Plasmatischer Faktor IX
		8-810.c*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: FEIBA – Prothrombinkomplex mit Faktor-VIII-Inhibitor-Bypass-Aktivität
		8-810.d*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Von-Willebrand-Faktor
		8-810.e*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Faktor XIII
		8-810.j*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Fibrinogenkonzentrat
		8-812.5*	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex ⁷
		8-812.9*	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Humanes Protein C, parenteral
		8-812.a*	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Plasmatischer Faktor X

* Gilt für alle entsprechenden 5-Steller oder 6-Steller des angegebenen OPS-Kodes.

⁴ Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2020 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.

⁶ Die jeweils zugehörigen ICD-Kodes und -Texte sind in Anlage 7 aufgeführt.

⁷ Bei der Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren erfolgt die Abrechnung der Gabe von Prothrombinkomplex über das ZE20XX-97 nach Anlage 4 bzw. 6; die gleichzeitige Abrechnung des ZE30 ist ausgeschlossen.

3.6. OPS-Zuordnung der Zusatzentgelte für den intrabudgetären Bereich

Seit 2018 wird das (bis Ende 2017 gültige) intrabudgetäre Zusatzentgelt ZE20XX-98 nach der Gabe bestimmter Gerinnungsfaktoren in die drei unten aufgeführten **unbewerteten** Zusatzentgelte ZE20XX-137, ZE20XX-138 und ZE20XX-139 mit jeweils **unterschiedlichen Schwellenwerten** differenziert. Die verabreichten Mengen werden im OPS 2020 nach der folgenden Tabelle festgelegt:

ZUSATZENTGELT	BEZEICHNUNG	SCHWELLENWERT
ZE2018-137	Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII	20.000 €
ZE2018-138	Gabe von Fibrinogenkonzentrat	2.500 €
ZE2018-139	Gabe von Blutgerinnungsfaktoren (nicht Fibrinogen oder akt. Faktor VII)	6.000 € (für die Summe der Faktoren)

WICHTIG:

Die genannten Zusatzentgelte sind im Jahr 2020 unbepreist und müssen daher in den Budgetverhandlungen nach Menge und Preis festgelegt werden.

ACHTUNG:

Ggf. werden zur Anerkennung durch den MDK Spiegelbestimmungen des Faktorenmangels erwartet und geprüft.

Unter das **ZE20XX-139** fallen nur die in der folgenden OPS-Tabelle genannten Gerinnungsfaktoren. Diese sind: Faktor VII, Faktor VIII, Faktor IX, Faktor XIII, Prothrombinkomplex mit Faktor-VIII-Inhibitor-Bypass-Aktivität sowie der Von-Willebrand-Faktor und humanes Protein C. Der plasmatische **Faktor X** wurde im Jahr **2019** dem Zusatzentgelt ZE20XX-139 neu **hinzugefügt**, der entsprechende OPS war schon aus Vorjahren bekannt.

ZE	BEZEICHNUNG	ICD-VERSION 2020	
		ICD-KODE	ICD-TEXT
ZE20XX-137 ^{4,6,8}	Gabe von rekombinatem aktiviertem Faktor VII	8-810.6*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Rekombinanter aktivierter Faktor VII
ZE20XX-138 ^{4,6,9}	Gabe von Fibrinogenkonzentrat	8-810.j*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Fibrinogenkonzentrat
ZE20XX-139 ^{4,6,10}	Gabe von Blutgerinnungsfaktoren	8-810.7*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Plasmatischer Faktor VII
		8-810.8*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Rekombinanter Faktor VIII
		8-810.9*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Plasmatischer Faktor VIII
		8-810.a*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Rekombinanter Faktor IX
		8-810.b*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Plasmatischer Faktor IX
		8-810.c*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: FEIBA - Prothrombinkomplex mit Faktor-VIII-Inhibitor-Bypass-Aktivität
		8-810.d*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Von-Willebrand-Faktor
		8-810.e*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Faktor XIII
		8-812.9*	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Humanes Protein C, parenteral
		8-812.a*	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Plasmatischer Faktor X

* Gilt für alle entsprechenden 5-Steller oder 6-Steller des angegebenen OPS-Kodes.

⁴ Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2020 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.

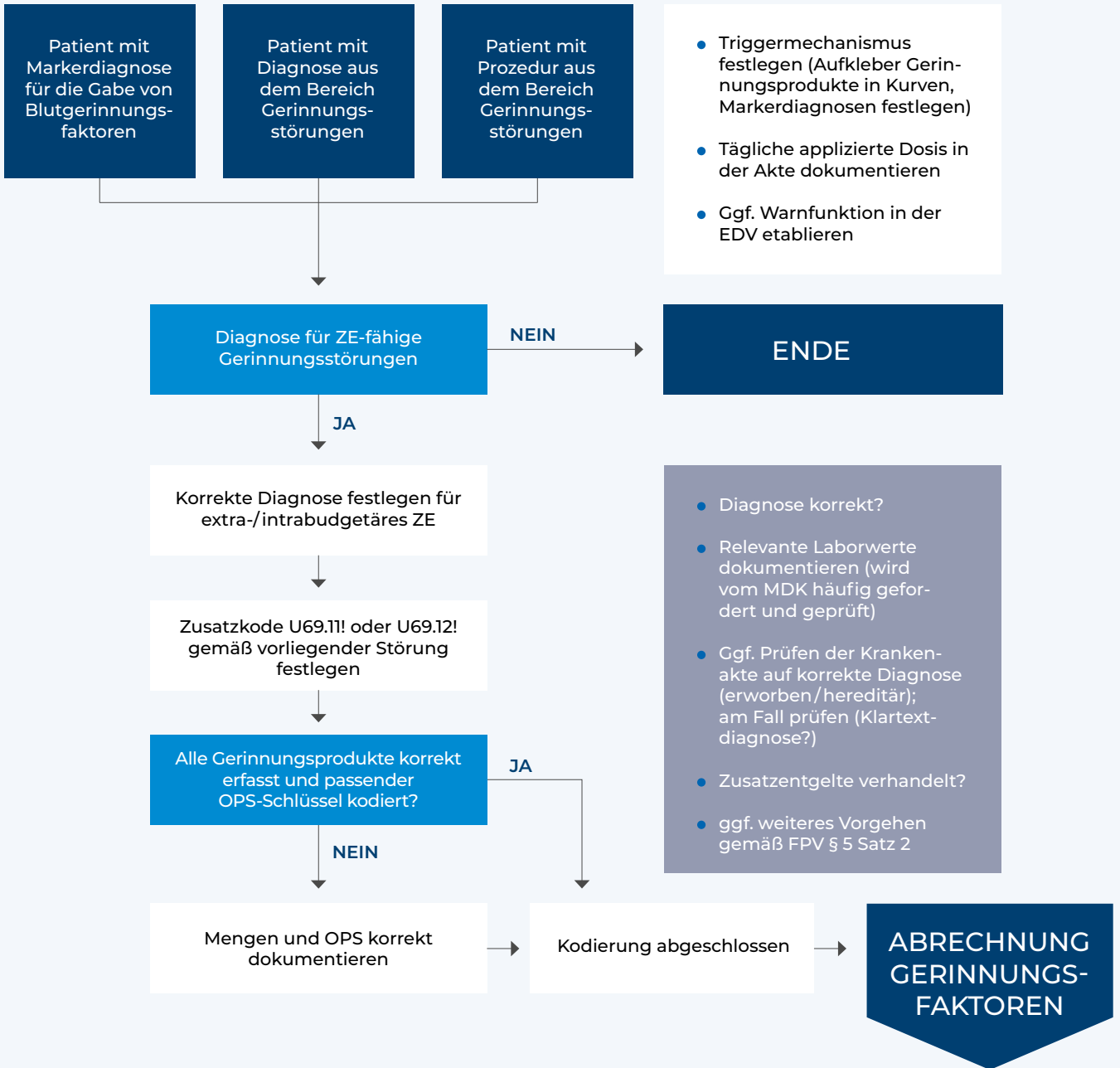
⁸ Für das Jahr 2020 gilt ein Schwellenwert in der Höhe von 20.000 € für den im Rahmen der Behandlung des Patienten für Blutgerinnungsfaktoren angefallenen Betrag. Ab Überschreitung dieses Schwellenwertes ist der gesamte für die Behandlung des Patienten mit Blutgerinnungsfaktoren angefallene Betrag abzurechnen.

⁹ Für das Jahr 2020 gilt ein Schwellenwert in der Höhe von 2.500 € für den im Rahmen der Behandlung des Patienten für Blutgerinnungsfaktoren angefallenen Betrag. Ab Überschreitung dieses Schwellenwertes ist der gesamte für die Behandlung des Patienten mit Blutgerinnungsfaktoren angefallene Betrag abzurechnen.

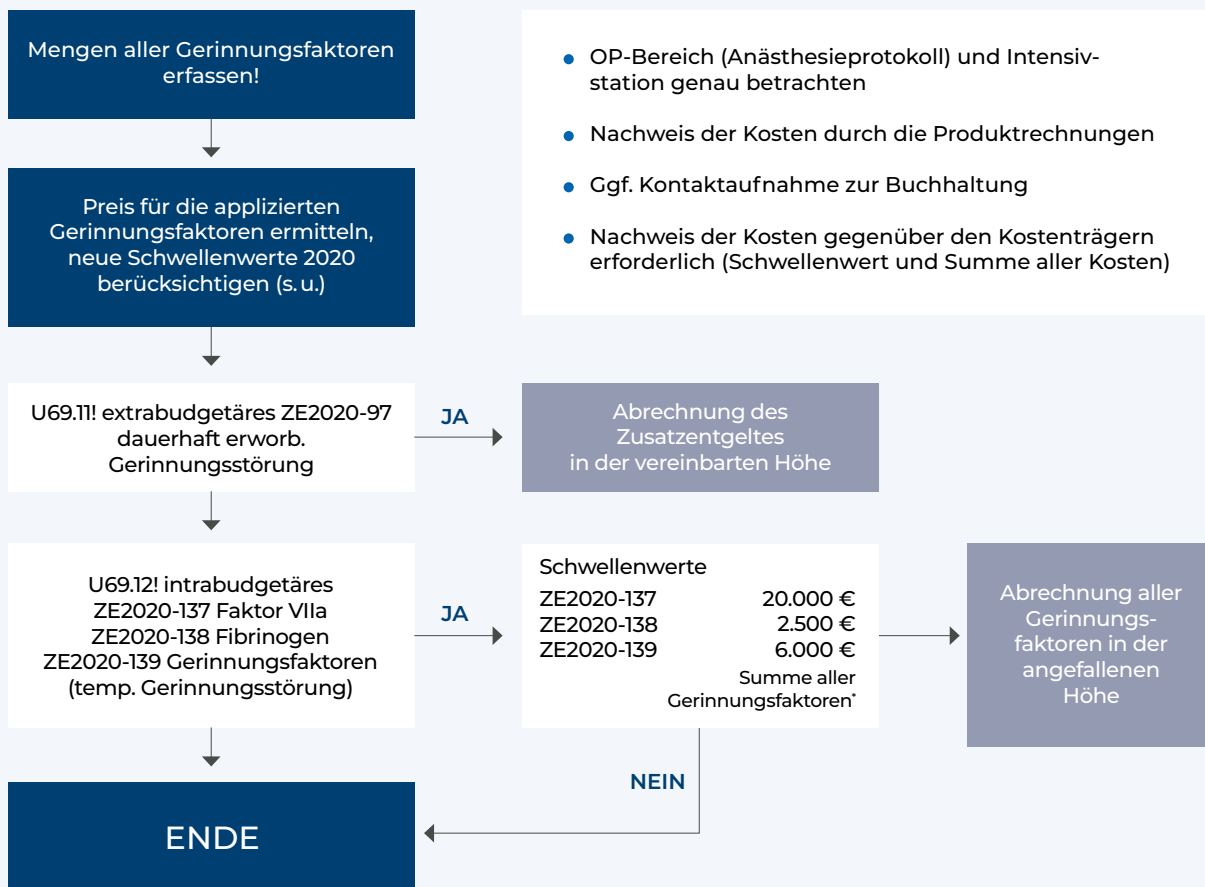
¹⁰ Für das Jahr 2020 gilt ein Schwellenwert in der Höhe von 6.000 € für die Summe der im Rahmen der Behandlung des Patienten für Blutgerinnungsfaktoren angefallenen Beträge. Ab Überschreitung dieses Schwellenwertes ist der gesamte für die Behandlung des Patienten mit Blutgerinnungsfaktoren angefallene Betrag abzurechnen.

4. GERINNUNGSSTÖRUNGEN ERFASSEN

Kodierung von Gerinnungsstörungen



Abrechnung von Gerinnungsstörungen



ZUSATZENTGELT	BEZEICHNUNG	SCHWELLENWERT
ZE20XX-137	Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII	20.000 €
ZE20XX-138	Gabe von Fibrinogenkonzentrat	2.500 €
ZE20XX-139	Gabe von Blutgerinnungsfaktoren (nicht Fibrinogen oder akt. Faktor VII)	6.000 € (für die Summe der Faktoren)

HINWEIS:

Diese Zusatzentgelte sind im Jahr 2020 unbepreist und müssen nach Entgelthöhe und Menge in den Budgetverhandlungen festgelegt werden.

ACHTUNG:

Ggf. werden zur Anerkennung durch den MDK Spiegelbestimmungen des Faktorenmangels erwartet und geprüft.

5. MARKERDIAGNOSEN

Markerdiagnosen sind alle diejenigen Diagnosen, bei denen es im Rahmen der Kodierung erforderlich ist, sorgfältig zu prüfen, ob diese im Sinne der Kodierrichtlinien zu kodieren sind (Haupt- oder Nebendiagnose). Sofern dies der Fall ist, muss bei der abschließenden Kodierung gründlich geprüft werden, ob entsprechende Gerinnungsprodukte verabreicht worden sind und ggf., unter welches Zusatzentgelt diese fallen; die entsprechenden U69.-Kodes sind zusätzlich zu kodieren sowie die zugehörigen OPS-Schlüssel zu dem Präparat und die Mengenangabe (nur die tatsächlich verabreichte Menge!).

HINWEIS:

Es werden im „Klinikjargon“ oft nicht die Katalogtexte des ICD angegeben, hier ist bei Unklarheiten (z. B. ungenaue oder übergeordnete Diagnoseangaben) mit den Klinikern Rücksprache zu halten, welche Gerinnungsstörung genau vorliegt.

Bei den in der folgenden Liste **fett gedruckten Diagnosen muss differenziert werden** zwischen **angeborenen/ dauerhaft erworbenen und temporären Gerinnungsstörungen**; auch hier ist mit den Klinikern ggf. Rücksprache zu halten, um die genaue Zuordnung zu klären.

Bei den zu differenzierenden Diagnosen ist es hilfreich, in der Krankenakte festzuhalten, warum die Entscheidung seitens der Kliniker entsprechend für die eine oder andere Diagnose gestellt wurde (für den Fall einer Prüfung durch den MDK erspart dies ggf. eine Menge unnötiger Diskussionen).

MARKERDIAGNOSEN

D66	Hereditärer Faktor-VIII-Mangel
D67	Hereditärer Faktor-IX-Mangel
D68.00	Hereditäres Willebrand-Jürgens-Syndrom
D68.1	Hereditärer Faktor-XI-Mangel
D68.20	Hereditärer Faktor-I-Mangel
D68.21	Hereditärer Faktor-II-Mangel
D68.22	Hereditärer Faktor-V-Mangel
D68.23	Hereditärer Faktor-VII-Mangel
D68.24	Hereditärer Faktor-X-Mangel
D68.25	Hereditärer Faktor-XII-Mangel
D68.26	Hereditärer Faktor-XIII-Mangel
D68.28	Hereditärer Mangel an sonstigen Gerinnungsfaktoren
D68.31	Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen Faktor VIII
D68.32	Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen sonstige Gerinnungsfaktoren
D69.40	Sonstige primäre Thrombozytopenie, als transfusionsrefraktär bezeichnet
D69.41	Sonstige primäre Thrombozytopenie, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet
D82.0	Wiskott-Aldrich-Syndrom
M31.1	Thrombotische Mikroangiopathie
P61.0	Transitorische Thrombozytopenie beim Neugeborenen
D65.9	Defibrinationssyndrom, nicht näher bezeichnet
D68.33	Hämorrhagische Diathese durch Cumarine (Vitamin-K-Antagonisten)
D68.34	Hämorrhagische Diathese durch Heparine
D68.35	Hämorrhagische Diathese durch sonstige Antikoagulanzen
D68.9	Koagulopathie, nicht näher bezeichnet
D69.0	Purpura anaphylactoides
D69.2	Sonstige nichtthrombozytopenische Purpura
D69.3	Idiopathische thrombozytopenische Purpura
D69.S2	Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ I
D69.S3	Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ II
D69.S7	Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, als transfusionsrefraktär bezeichnet
D69.S8	Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet
D69.S9	Sekundäre Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet
D69.60	Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet, als transfusionsrefraktär bezeichnet
D69.61	Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet
D69.80	Hämorrhagische Diathese durch Thrombozytenaggregationshemmer
D69.9	Hämorrhagische Diathese, nicht näher bezeichnet

6. MARKERPROZEDUREN

Markerprozeduren sind die folgenden Prozeduren der Schlüsselkategorie 8-810: von 8-810.6 bis 8-810.j sowie 8-812.9. Dies sind die OPS-Kodes der Anlage 6, die oben bereits dargestellt wurden. Sofern diese OPS bereits vor Ort (Patientenbett) kodiert wurden, ist nochmals genau zu prüfen, ob

- die korrekte Mengenangabe für **jedes** Gerinnungsprodukt eingegeben wurde und
- **dabei nur die** tatsächlich verabreichte Menge **kodiert wurde**.

Ferner sind die entsprechenden Kosten der Gerinnungsprodukte festzustellen. Dabei ist auch auf Zuschläge, die seitens der Lieferanten erhoben werden, zu achten. Zuschläge werden oft in Form von Bearbeitungsgebühren, Notfall- oder Nachtanlieferungen erhoben. Diese zählen ebenfalls zu den Kosten, wie auch die ggf. anfallende Umsatzsteuer. Die Kosten sind über die dem Patienten zugehörige Rechnung nachzuweisen; hier ist ggf. der Kontakt zur Buchhaltung erforderlich.

7. PLANUNG UND VERHANDLUNG VON ZUSATZENTGELTEN

Das **Budget für Zusatzentgelte** wird – im Rahmen der alljährlichen Leistungs- und Entgeltverhandlungen – neben dem eigentlichen „DRG-Budget“ verhandelt bzw. vereinbart. Die Grundlage hierfür ist eine fundierte und realistische Leistungsmengenplanung. Diese wiederum basiert auf den Ist-Daten des Vorjahres oder mehrerer Vorjahre, d. h. einer Zusammenstellung, wie viele Patienten in welcher Menge zusatzentgeltfähige Leistungen erhalten haben. In der Regel sollte eine derartige Auswertung aus dem Krankenhausinformationssystem zu erhalten sein (z. B. über das Abfragen entsprechender OPS-Schlüssel). Auf Basis dieser Ist-Daten müssen nun realistische und nachvollziehbare Annahmen über das zu erwartende Fallvolumen für das zu verhandelnde Jahr getroffen werden. Diese Planung erfolgt für die verschiedenen Zusatzentgelte getrennt, die Zusatzentgelte sollten nach Indikationen aufgeschlüsselt werden.

Verschiedene Institutionen bieten auf ihren Webseiten Hilfstools für die Zusammenstellung dieser Daten an. Auf der Webseite des InEK befindet sich eine Anlage E „Kalkulationsempfehlung für die Gabe von Medikamenten und Blutprodukten“: https://www.g-drg.de/Kalkulation2/Empfehlung_fuer_die_Kalkulation_von_Zusatzentgelten

Kalkulationsblatt für die Gabe von Medikamenten und Blutprodukten

ZUSATZENTGELT	
BEZEICHNUNG	
LEISTUNG (OPS-KODE)	
ERLÄUTERUNGEN	

BEZUGSGRÖSSE (ME):	KOSTEN JE 1 ME:	
DOSISKLASSE (MENGE VON ... BIS ...)	ZE _D	BETRAG (€)

Auch auf der Website der AOK (https://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/krankenhaus/verhandlungen/drg/index_06606.html) befindet sich ein Excel-Tool, das zur Kalkulation verwendet werden kann.

1					
2	Krankenhaus:				
3	Musterkrankenhaus, Musterstraße 48, 50000 Musterstadt				
4					
5	E2 Aufstellung der Zusatzentgelte				
6					
7	Jahresfälle				
8	Ist-Daten für das lfd. Kalenderjahr (2018) nach dem Katalog des Vereinbarungszeitraums (2019)				
9	Forderungs-Daten für den Vereinbarungszeitraum (2019) nach dem Katalog des Vereinbarungszeitraums (2019)				
10	Vereinbarungs-Daten für den Vereinbarungszeitraum (2019) nach dem Katalog des Vereinbarungszeitraums (2019)				x
11					
12					
13					
14					
15	ZE-Nr.	Anzahl der Leistungen	Anzahl der Fälle	Entgelthöhe	Erlössumme
16					Bezeichnung
17					
18					
19	1	2	3	4	5
20	Summe:	2	2		344,19
21	ZE01.01	1	1	236,29	236,29
22	ZE153	1	1	107,90	107,90
23	ZE162			106,06	
24	ZE163			228,59	
25	ZE166.04			655,01	
26					

Bei unbewerteten Zusatzentgelten, wie z. B. für Haemocomplettan® P (Fibrinogenkonzentrat) (ZE20XX-138), ist zusätzlich zur Leistungsmengenplanung auch der Preis, mit dem das eingesetzte Medikament erstattet wird, zu verhandeln. Hierfür muss nachvollziehbar dargelegt werden, welche Medikamentenkosten in den einzelnen Indikationen aufgewendet wurden und mit welchen Kosten man für das laufende Jahr rechnet.



www.cslbehring.de
www.haemocomplettan.de

CSL Behring GmbH
Philipp-Reis-Straße 2
65795 Hattersheim
☎ +49 69 305 8 44 37
☎ +49 69 305 1 71 29
✉ medwiss@cslbehring.com