

**Deutsche Gesellschaft für Transfusionsmedizin
und Immunhämatologie**

1. Vorsitzender:
Univ. Prof. Dr. med. Hubert Schrezenmeier

Geschäftsstelle:
Haus der Verbände Köln
Getrudenstr. 9 | 50667 Köln
Tel. +49 221 423346 21
E-Mail: kontakt@dgti.de
www.dgti.de

04.11.2021

**Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit
Verordnung zu den Entgeltkatalogen für DRG-Krankenhäuser für das Jahr 2022**

**Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Transfusionsmedizin und
Immunhämatologie (DGTI)**

Die Regelungen im Fallpauschalenkatalog gemäß §17b, Absatz 1, Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) sollen in folgender Weise ergänzt oder geändert werden:

- Seite 124 Der Zusatz ⁶⁾ sollte für ZE107.01 und ZE107.02 gestrichen werden.
- Seite 134 *ZE146 sollte – genau wie ZE 108 und ZE 147 – bei 1 Thrombozytenkonzentrat beginnen.*
- Seite 134 *Der Zusatz ⁶⁾ sollte für ZE146.01 und ZE146.02 sowie ZE147.01 gestrichen werden. Unterschiedliche Staffellungen für ZE146 und ZE147, zumal vom Empfängeralter abhängige Unterschiede- sind nicht sinnvoll (ausführliche Begründung folgt unten).*
- Seite 138 *ZE164 sollte – genau wie ZE108, ZE147 und ZE165 – bei 1 Thrombozytenkonzentrat beginnen.*
- Seite 138 *Der Zusatz ⁶⁾ sollte für ZE164.01 und ZE164.02 sowie ZE165.01 gestrichen werden. Unterschiedliche Staffellungen für ZE164 und ZE165 -zumal vom Empfängeralter abhängige Unterschiede- sind nicht sinnvoll (ausführliche Begründung folgt unten).*
- Seite 139 *Der Zusatz ⁶⁾ sollte für ZE165.01 gestrichen werden.*

Anmerkungen:

- Zusatz ⁶⁾ bedeutet: „Dieses Zusatzentgelt ist nur abrechenbar für Patienten mit einem Alter < 15 Jahre.“
- Die Seitenangaben beziehen sich auf die Anlagen zu § 1 DRG-EKV 2022 Entgeltkatalog.

Deutsche Gesellschaft für Transfusionsmedizin und Immunhämatologie e. V.

DGTI Geschäftsstelle, Haus der Verbände, Getrudenstr. 9, 50667 Köln

Tel: +49-0221-423346-29

Fax: +49-0221-423346-20

kontakt@dgti.de

Vorstand:

1. Vorsitzender: Prof. Dr. med. Hubert Schrezenmeier, 2. Vorsitzender: Prof. Dr. med. Holger Hackstein,
Schriftführer: N. N, Schatzmeister: Prof. Dr. med. Peter Horn, Altpräsident: Prof. Dr. med. Hermann Eichler

Beisitzer:

Dr. med. Soraya Amar El Dousouqui, Prof. Dr. med. Taman Bakchoul, PD Dr. med. Kristina Hölig, Dr. med. Christof Jungbauer

Eingetragen beim Amtsgericht Offenbach am Main, VR 1081

Bankverbindung: Stadtparkasse Baden-Baden Gaggenau, IBAN: DE19 6625 0030 0000 0662 66, SWIFT/BIC: SOLADES1BAD

Begründung:

In Deutschland sind Thrombozytenkonzentrate sowohl als Apherese-Thrombozytenkonzentrate (ATK) als auch als Pool-Thrombozytenkonzentrate (PTK) aus mehreren Vollblutspenden verfügbar. Die in der Hämotherapie-Richtlinie der Bundesärztekammer und des Paul-Ehrlich-Instituts festgelegten Qualitätsanforderungen sind für beide Produkttypen identisch: Mindestgehalt von 2×10^{11} Thrombozyten pro Präparat, weniger als 3×10^9 Erythrozyten und weniger als 1×10^6 Leukozyten pro Präparat. Der tatsächliche Gehalt an Thrombozyten liegt im Mittelwert bei beiden Präparatetypen bei ca. 3×10^{11} Thrombozyten pro Präparat. Die beiden Präparatetypen sind somit bezogen auf den Wirkstoff „Thrombozyten“ sowie die weiteren zellulären Komponenten äquivalent. Die Versorgung von Patienten kann mit Pool-Thrombozytenkonzentraten erfolgen, die aus Vollblutentnahmen von mindestens vier Spendern hergestellt werden (ZE147 und ZE148), oder mit Apherese-Thrombozytenkonzentraten (ZE108, ZE164 und ZE165), welche durch Zytapherese von einem Spender hergestellt werden. In Deutschland wurden jährlich zuletzt ca. 480.000 Thrombozytenkonzentrate angewendet, die sich zu 44% auf Pool-Thrombozytenkonzentrate und zu 56% auf Apherese-Thrombozytenkonzentrate verteilen (*Quelle: Bericht zur Meldung nach §21 TFG, Paul-Ehrlich-Institut; www.pei.de*).

Der Arbeitskreis Blut hat sich intensiv mit der Bewertung von Apherese-Thrombozytenkonzentraten und Pool-Thrombozytenkonzentraten befasst. Die Versorgungssicherheit und der Leitliniengerechte Einsatz dieser Blutprodukte schließt auch Vergütungsaspekte ein. Der Arbeitskreis Blut hat 2015 eine umfassende Stellungnahme und eine dazugehörige wissenschaftliche Erläuterung veröffentlicht (*Bundesgesundheitsblatt 2015, 58:1126-1128 sowie Bundesgesundheitsblatt 2015, 1129-1150; auch auf den Internetseiten des Robert-Koch-Instituts (Geschäftsstelle Arbeitskreis Blut) verfügbar (www.rki.de)*).

Der Arbeitskreis Blut kommt zum Ergebnis, dass mit Blick auf die Versorgungssituation eine sachgerechte Abbildung der Zusatzentgelte beider Präparate erforderlich ist, um negative Auswirkungen zu vermeiden. Die oben gelisteten Vorschläge sollen im Sinne der Empfehlungen des Arbeitskreises Blut eine sachgerechte Abbildung zur Vermeidung von Fehlanreizen darstellen.

Pool-Thrombozytenkonzentrate und Apherese-Thrombozytenkonzentrate werden zurzeit durch fünf unterschiedliche Zusatzentgelte (ZE) vergütet (ZE108, ZE146, ZE147, ZE164 und ZE165). Dabei unterscheidet sich neben der durchschnittlichen Vergütung pro Präparat (PTK < ATK) auch der Schwellenwert an transfundierten Präparaten, ab welchem ein Zusatzentgelt ausgelöst wird.

Dies kann in der Praxis zu Fehlanreizen bei ZE147 und ZE146 sowie ZE164 und ZE165 führen. Bei Gabe je eines Apherese-Thrombozytenkonzentrates und Pool-Thrombozytenkonzentrates erfolgt keine Erstattung eines ZE, bei der Verwendung von zwei Apherese-Thrombozytenkonzentraten kommt jedoch das ZE 147.02 zur Anwendung. Bei 2 oder 3 Pool-Thrombozytenkonzentraten kommt bei erwachsenen Patienten kein ZE zur Anwendung. Analog gilt dies für ZE164 und ZE165. Es besteht daher für Krankenhäuser möglicherweise ein Anreiz, innerhalb des einmal gewählten Präparatetyps der Thrombozytenkonzentrate zu bleiben, auch wenn bei den Folgetransfusionen nun ein anderer Präparatetyp zur Verfügung steht.

Die oben bereits zitierte Stellungnahme S15 des Arbeitskreises Blut kam 2015 zur Schlussfolgerung: *„Mit Blick auf die aktuelle Vergütungssituation ist die sachgerechte Abbildung beider Präparate im DRG-System notwendig, um negative Auswirkungen auf die Versorgungsstruktur zu verhindern“*.

In den wissenschaftlichen Erläuterungen zu dieser Stellungnahme S15 wird weiter ausgeführt: *„Beide Präparatetypen führen zu Zusatzentgelten, wenn bei der Behandlung eines Falls (stationärer Aufenthalt) die Zahl der transfundierten Präparate eine festgelegte Schwelle überschreitet. Die Zusatzentgelte werden jährlich angepasst und im G-DRG-Fallpauschalenkatalog veröffentlicht (www.g-drg.de). Der Fallpauschalenkatalog 2015 sieht für ATK das Zusatzentgelt ZE 147 ab dem 2. ATK sowie für PTK das Zusatzentgelt ZE 146 ab dem 4. PTK vor (Ausnahme: bei Empfängern unter 15 Jahren gibt es bei ATK ein Zusatzentgelt schon ab dem*

ersten und bei PTK ab dem zweiten transfundierten Präparat). Die Zusatzentgelte für ATK und PTK unterscheiden sich in ihrer Höhe und sind nach Zahl der transfundierten Präparate gestaffelt (so genannte „sprungfixe Vergütungen“). Die Anzahl der Präparate, welche jeweils transfundiert werden müssen, um eine Vergütung zu erreichen, unterscheiden sich zwischen den Zusatzentgelten ZE 146 und ZE 147. Bei einem erwachsenen Empfänger führt die Transfusion von 2 ATK während eines stationären Aufenthalts zu einem Zusatzentgelt von 746,83 € während die Transfusion von 2 PTK kein Zusatzentgelt auslöst. Einen Überblick der Zusatzentgelte für Patienten > 14 Jahre bietet Tab. 4. Bei Empfängern, welche unter 15 Jahre sind, löst die Transfusion von einem ATK ein ZE in Höhe von 373,42 € aus, die Transfusion von 1 PTK 0 €, bei Transfusion von 2 PTK führt zu einem Erlös von 503,20 €, die Transfusion von 3 PTK zu einem Erlös von 754,80 €. Die historisch gewachsene unterschiedliche Vergütung von ATK und PTK aufgrund unterschiedlicher Herstellungskosten führt jetzt zu der Situation, dass ATK z. T. nur unter Vorbehalt erstattet werden. Dies resultiert in einer starken Verunsicherung und Gefährdung der bestehenden Versorgungsstruktur. Die unterschiedlichen Schwellen und unterschiedlichen Staffeln für die Vergütung sind ungünstig, da es sich jeweils um eine Gabe einer therapeutischen Einheit mit im Mittelwert ca. 3×10^{11} Thrombozyten handelt und die sprungfixen Vergütung Fehlanreize für die Transfusion setzt.“

Die Stellungnahme S15 stammt aus dem Jahr 2015. Die in diesem Zitat genannten Euro-Beträge haben sich durch jährliche Anpassungen des DRG-Entgeltkataloges zwar weiterentwickelt. Die Grundproblematik der unterschiedlichen Einstiegsschwellen für die Vergütung von Pool- und Apherese-Thrombozytenkonzentraten sowie die sprungfixen Vergütungen, welche in dieser Stellungnahme kritisiert werden, besteht jedoch unverändert fort.

Die ZEs sollen die Kosten für die Eigenherstellung oder den Bezug von Thrombozytenkonzentraten abbilden. Dies sind nicht abhängig von demographischen Faktoren der Empfängerpopulation. Die Anwendung von Thrombozytenkonzentraten bei Patienten < 15 Jahren oder ≥ 15 Jahren unterscheidet sich nicht. Auch die „*Querschnitleitlinien zur Therapie mit Blutkomponenten und Plasmaprodukten*“, herausgegeben von der Bundesärztekammer (zuletzt aktualisiert 2020) kommen für diese Empfängergruppen nicht zu unterschiedlichen Empfehlungen bzgl. der Indikation. Daher fehlt sowohl eine kalkulatorische als auch eine fachliche Begründung für eine unterschiedliche Behandlung bei dem ZE146.01, ZE146.02, ZE147.01, ZE164.01, ZE164.02 und ZE165.01. Daher sprechen wir uns für eine Streichung der Fußnote ⁶⁾ in Verbindung mit Anpassung der Einstiegsschwelle auf ein transfundiertes Thrombozytenkonzentrat aus – unabhängig vom Empfängeralter. Die Fußnote ⁶⁾ sollte aus den gleichen Gründen auch für ZE107.01 und ZE107.02 (Gabe von Erythrozytenkonzentraten) gestrichen werden.

Die Vorschläge in dieser Stellungnahme sollen die adäquate Abbildung beider Präparatetypen (PTK und ATK) konkret umsetzen. Sie stehen im Einklang mit der Stellungnahme S15 des Arbeitskreises Blut. Entsprechende Anpassungsvorschläge waren von der DGTI auch in anderem Kontext schon vorgetragen worden (unter anderem Vorschläge an das InEK; Gespräche zusammen mit der DGHO und dem BDT mit dem GKV-Spitzenverband [„Runder Tisch“]). Eine Implementierung ist überfällig.

Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Transfusionsmedizin und Immunhämatologie

Ulm, 04.11.2021