
Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Einleitung
& Überblick

Beatmung

Intensivmedizin

Infektionen

Literatur, Links
& Abkürzungen

KODIERUNG UND VERGÜTUNG IN DER STATIONÄREN VERSORGUNG 2022

Beatmung & Intensivmedizinische Zusammenhänge

Temporäre Änderungen durch COVID-19-Gesetzgebungsverfahren finden in dieser Broschüre keine Berücksichtigung.



Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Einleitung
& Überblick

Beatmung

Intensivmedizin

Infektionen

Literatur, Links
& Abkürzungen

VORWORT



Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

das neue G-DRG Jahr ist bereits im vollen Gange und stellt uns vor viele (neue) Herausforderungen: Die Größte von ihnen bleibt auch in 2022 die Herauslösung der Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen (s.g. Pflege am Bett) aus dem G-DRG System. Seit 2020 kennen wir die s.g. Rumpf- bzw. aDRGs, die zusammen mit den separat kalkulierten Pflegerelativgewichten für die Pflegepersonalkostenvergütung unser neues aG-DRG System bilden. Mit 1.275 Fallpauschalen, rund 13.500 kodierbaren Diagnose-Kodes (ICD) und ca. 31.000 kodierbaren Operationen- und Prozeduren-Schlüsseln (OPS) ist die Komplexität im Jahr 2022 aber auch abseits der Pflegepersonalkostenausgliederung weiterhin eine Herausforderung für alle Partner im Gesundheitswesen.

Die Anpassungen der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) 1001u im vergangenen Jahr hinsichtlich der Beatmungsdefinition, -kodierung und Berechnung der Dauer einer maschinellen Beatmung sowie die Anpassung des klassifikatorischen Umgangs mit der Sepsis an die medizinische Definition bleiben weiterhin ein großes Thema. Beide Änderungen haben relevante Auswirkungen auf Ihre Kodierpraxis im Alltag. Weitere Änderung betreffen dieses Jahr zum Beispiel die überarbeiteten OPS-Kodes für die Feststellung des Beatmungstatus, das Beatmungsentwöhnungspotenzial und für die Beatmungsentwöhnung selbst. Dieses interaktive Dokument führt Sie neben den wichtigsten Informationen rund um die Kodierung und Vergütung der Medtronic Systeme in der Beatmungs- und Intensivmedizin im G-DRG Jahr 2022 daher auch durch diese relevanten Änderungen. Mit Hilfe von Kodierbeispielen für die Beatmung und intensivmedizinischen Komplexbehandlungen werden ganz grundsätzliche Regeln zur Zählweise, etwa von Beatmungstunden, exemplarisch verdeutlicht. Ergänzt durch diverse Hinweise zu den zur Aufwands- und Abrechnungsdokumentation genutzten Systemen SAPS und TISS, zu Infektionen unterschiedlicher Genesen sowie den Regeln bei der Sepsis- Verschlüsselung ergibt sich ein kondensierter Überblick für Ihr exaktes Dokumentieren und schließlich aufwandsäquivalentes Abrechnen. Ein Blick in die Definitionshandbücher des G-DRG Systems 2022, die Informationen zur Leistungsplanung und schließlich die DKR bleibt jedoch unerlässlich.

Bitte erlauben Sie mir den Hinweis, dass diese Broschüre trotz größtmöglicher Sorgfalt keinen Anspruch auf Richtigkeit und Vollständigkeit erhebt. Auch deshalb freue ich mich auf Ihre Hinweise, Fallbeispiele oder Kritik zur aktuellen Auflage dieses Leitfadens. Schreiben Sie mir dazu doch einfach eine E-Mail: joerg.hausburg@medtronic.com.

Viel Erfolg bei der Anwendung unserer Informationen zur Kodierung und Vergütung der Medtronic Therapien und Produkte in der Beatmungs- und Intensivmedizin im aG-DRG Jahr 2022 wünscht Ihnen

Jörg Hausburg
Senior Manager
Reimbursement & Health economics





Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Einleitung
& Überblick

Beatmung

Intensivmedizin

Infektionen

Literatur, Links
& Abkürzungen

INHALTS VERZEICHNIS

**REIMBURSEMENT UND
GESUNDHEITSÖKONOMIE**



**EINLEITUNG
UND ÜBERBLICK**



**KODIERUNG
IN DER INTENSIVMEDIZIN**



**LITERATUR
& GLOSSAR**



**WICHTIGE
LINKS**



ABKÜRZUNGEN



Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Einleitung
& Überblick

Beatmung

Intensivmedizin

Infektionen

Literatur, Links
& Abkürzungen

UNSER REIMBURSEMENT LEISTUNGSANGEBOT

Was bedeutet Reimbursement für uns?

Unter Reimbursement verstehen wir nicht nur eine adäquate Refinanzierung unserer Therapien, sondern auch Leistungen oder Informationen, die unseren Kunden eine solche Refinanzierung ermöglichen.

Zu diesen Leistungen gehören zum Beispiel:



EBM, GOÄ und
DRG Hinweise
zu unseren Pro-
dukten/Services



Informationen
zu Abrechnung
und Kodierung



Hinweise zu
Änderungs- und
Weiterentwick-
lungsanträgen



Informationen
zu Fragen des
MDK und der
Kassen



Hinweise bei
Strategie &
Leistungs-
portfolio



Informationen
zu NUB-Verfah-
ren inkl. §137h
SGB V



Hinweise zu
gesundheits-
politischen
Entwicklungen

Unser Reimbursement-Service im Überblick



Kostenbetrachtungen, Erlösbetrachtungen

Wir unterstützen Sie mit Erlös- und Kostenanalysen bei der Planung, Anpassung und Weiterentwicklung Ihres Leistungsangebots. Diese Konzepte entwickeln wir in Zusammenarbeit mit medizinischem Fachpersonal und Klinikverwaltungen. DRG Kodierhilfen, Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen oder Prozesskostenanalyse sind einige Beispiele.



Weiterbildung und Training

Unsere Weiterbildungs- und Trainingsprogramme vermitteln die Grundlagen der stationären (DRG) und ambulanten (EBM, GOÄ, AOP) Abrechnung, sowie den aktuellen Stand der Kodierung und Kostenerstattung. Dabei steht die Kodierung und Refinanzierung unserer Therapien im Mittelpunkt.

1. EINLEITUNG & ÜBERBLICK

Wichtig in 2022

Umfangreiche Überarbeitung der Kodierrichtlinie hinsichtlich der Definition, Kodierung, Berechnung der Dauer einer maschinellen Beatmung sowie der Berücksichtigung von CPAP und High-Flow-Nasenkanülen (HFNC/HHFNC) als Atemunterstützung. Spezielle Kodierrichtlinie **1001u** ff. Maschinelle Beatmung.

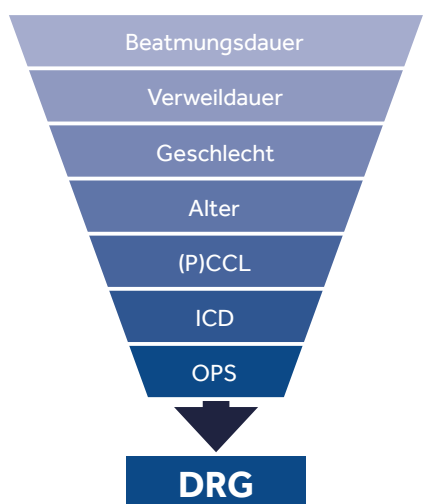


Abbildung 1: Vereinfachte Darstellung der DRG-Gruppierung

Einführung in die Abrechnung stationär versorgter Fälle in Deutschland im aG-DRG-System 2022

Der Fallpauschalenkatalog ist nach Fallgruppen (DRG) geordnet. Dabei erfolgt die Zuordnung eines bestimmten Behandlungsfalles in die zugehörige DRG mit Hilfe eines zertifizierten Zuordnungsprogramms, dem sogenannten Grouper.

Dabei sind unter anderem die Eingabe von Operationen- und Prozedurenschlüssel nach §301 SGB V (OPS-301), die amtliche Klassifikation für Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland (ICD 10-GM), Beatmungsstunden sowie weitere Tatbestände relevant. Das gesamte aG-DRG-System ist zunächst in unterschiedlichen Hauptdiagnosekategorien (Major Diagnosis Category -MDC) aufgeteilt.

Für die endgültige Zuordnung der Fallpauschalen in der Intensivmedizin sind Beatmungszusammenhänge mit nach Abrechnungsvorgaben zählbaren Beatmungsstunden, Aufwandspunkten für Intensivmedizinische Komplexbehandlungen, sowie komplexen Fallkonstellationen (komplizierende Konstellationen) von besonderer Bedeutung.

Zur sachgerechten Durchführung der Verschlüsselung (Kodierung) haben die Vertragspartner auf Bundesebene sog. Kodierrichtlinien verfasst. Die Anwendung dieser Kodierrichtlinien sowie des ICD-10-GM und des OPS-301 erfolgt dabei eng am Wortlaut der normativen Vorgaben. Wir empfehlen daher eine intensive Beschäftigung mit diesen wichtigen Regelwerken.



Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG)

Sachkostenfinanzierung im G-DRG-System 2022

Die jährliche Anpassung des G-DRG-Systems und das damit einhergehende Studium der Änderungen wurde ab dem Jahr 2020 erheblich komplexer. Neben den in der Vergangenheit durch das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) eingeführten und weiterhin gültigen Maßnahmen zur Mengensteuerung im Krankenhaus müssen wir uns mit einem vollkommen neuen aG-DRG-System auseinandersetzen.

Der Leitfaden „Sachkostenfinanzierung im aG-DRG-System“ vom Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed) befasst sich mit den Fragen zu den Auswirkungen des Pflegepersonalstärkungsgesetzes (PpSG 2019) und des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG 2016) auf die Vergütung der Medizinprodukte im aG-DRG-System. Die nachfolgend zitierten Hinweise des BVMed finden Ihre Anwendung zum Teil ebenso auf die von uns vertriebenen Verfahren.

Auszüge aus der BVMed Information zzgl. notwendiger Aktualisierungen:

Mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) wurde die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten am Bett im Krankenhaus erstmals für 2020 umgesetzt. Mehr als 20 Prozent der Leistungen werden aus den Fallpauschalen herausgelöst und in das Pflegebudget überführt. Die Finanzierung der Leistungen wird zweigeteilt; in die leistungsbezogenen Fallpauschalen des neuen aG-DRG-Systems zzgl. möglicher individueller Entgeltbestandteile (z.B. Zusatzentgelte) und in die selbst-kostendeckenden krankenhausindividuellen und tagesbezogenen Pflegeentgelte.

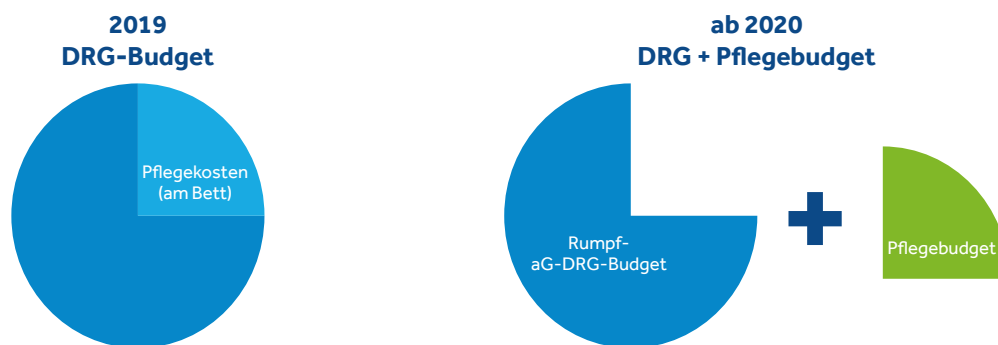


Abbildung 2: Die Zusammensetzung des Krankenhausbudgets ab 2020





Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Einleitung
& Überblick

Beatmung

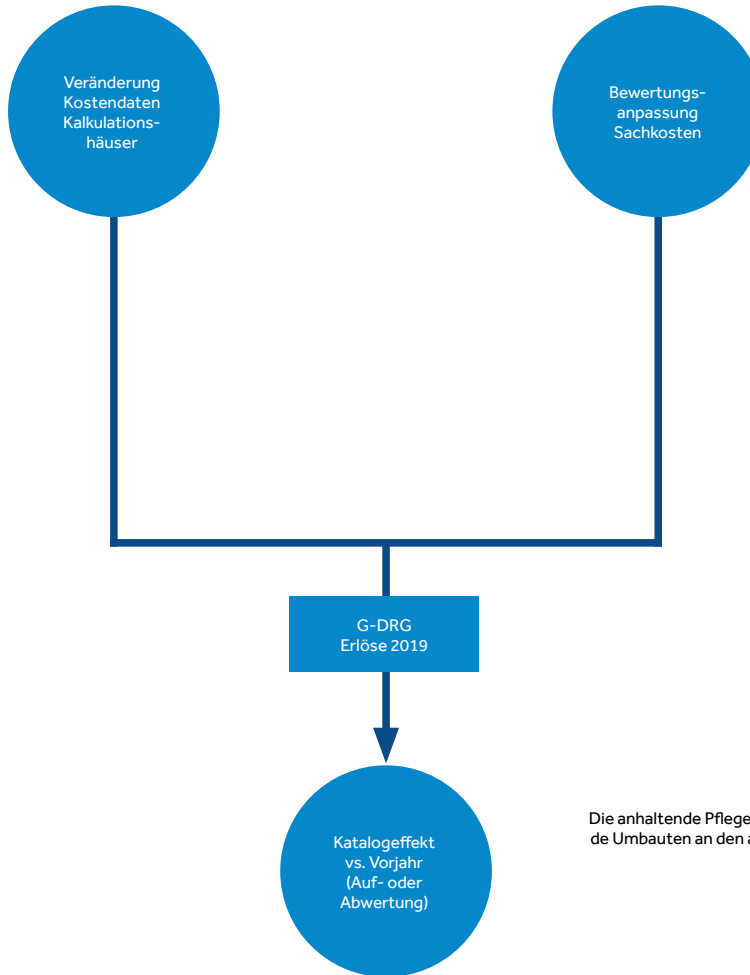
Intensivmedizin

Infektionen

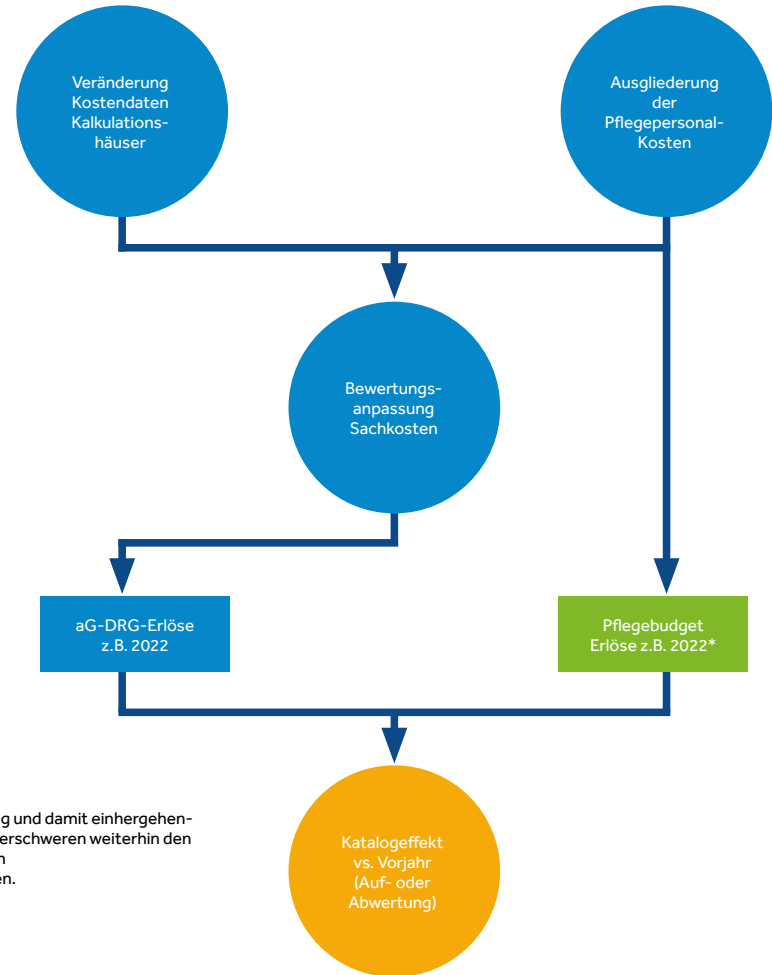
Literatur, Links
& Abkürzungen

Hierbei wurde nicht einfach nur die Pflege am Bett herausgerechnet. Es ist ein vollkommen neues und nicht mehr mit den Vorjahren vergleichbares aG-DRG-System entstanden.

2019



ab 2020



Die anhaltende Pflegekostenausgliederung und damit einhergehende Umbauten an den aG-DRG-Katalogen erschweren weiterhin den Vergleich mit den Vorjahreskatalogen.

* Akzeptiertes Testat des KH-Betriebsprüfers zum Pflegebudget wird am Ende des KH-Geschäftsjahres mit Jahreserlössumme abgeglichen. Danach Ausgleich Pflegebudget zu 100% gemäß Selbstkostendeckungsprinzip

Abbildung 3: Vergleich Katalogeffekt



Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Einleitung
& Überblick

Beatmung

Intensivmedizin

Infektionen

Literatur, Links
& Abkürzungen

Die Finanzierung der Pflege wird von der Zahl der Fälle und deren Erlösen abgekoppelt und als Jahresbudget ausgezahlt. Abgerechnet werden die Pflegekostenanteile nicht separat, sondern mit einem DRG-Bezug. Ein hoher Pflegeaufwand in einer Leistung wird höher vergütet (Pflegebewertungsrelation). Formal bleibt der DRG-Katalog erhalten, bekommt aber neben dem bekannten Relativgewicht je Fall nun auch ein Relativgewicht für den Pflegetagessatz („Spaltenlösung“).

DRG-Katalog 2019

DRG	Partition	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Beleghebamme	Mittlere Verweildauer	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungsfallpauschale	Ausnahme von Wiederaufnahme
					Erster Tag mit Abschlag	Bewertungsrelation /Tag	Erster Tag zus. Entgelt	Bewertungsrelation /Tag			
1	2	3	4	6	7	8	9	10	11	12	13

aG-DRG-Katalog ab 2020

„Spaltenlösung“



NEU

DRG	Partition	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Beleghebamme	Mittlere Verweildauer	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungsfallpauschale	Ausnahme von Wiederaufnahme	Pflegerlös Bewertungsrelation/Tag
					Erster Tag mit Abschlag	Bewertungsrelation /Tag	Erster Tag zus. Entgelt	Bewertungsrelation /Tag				
1	2	3	4	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Abbildung 4: DRG-Kataloge aus 2019 und 2020 waren nicht vergleichbar. Notwendige Umbauten in 2021 erschweren weiterhin die Vergleichbarkeit mit dem Vorjahreskatalog.

Die Verhandlung des neuen ausgegliederten Pflegebudgets erfolgt auf der Ortsebene zwischen Krankenhaus und Kostenträger im Rahmen der jährlichen Budgetverhandlung. Das Krankenhaus erstellt hierzu eine Darstellung der in der neuen Pflegevergütung umfassten Pflegekräfte und deren Kosten. Die Abgrenzung dieser Kosten entspricht hierbei der Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung zwischen den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene.

Auf Basis der Ist-Situation, wird dann ein prospektives Pflegekostenbudget verhandelt. Aus dem verhandelten Pflegekostenbudget wird ein Zahlbetrag/Tag für die Abrechnung der Pflegeerlöse gebildet. Diese werden im Laufe des Jahres mit jeder einzelnen abgerechneten DRG als vorläufiges Pflegeentgelt tagesbezogen ausgezahlt. Erst zum Jahresabschluss testiert dann ein Wirtschaftsprüfer die tatsächlich angefallenen Pflegepersonalkosten (nach Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung) und danach werden diese dann mit der unterjährig ausgezahlten Summe der Pflegeentgelte verglichen. Die beiden Beträge werden dann unter der Vorgabe des Selbstkostendeckungsprinzips in beide Richtungen zu 100 % ausgeglichen.



Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Einleitung
& Überblick

Beatmung

Intensivmedizin

Infektionen

Literatur, Links
& Abkürzungen

Die Pflegeerlösabrechnung über tagesbezogene vorläufige Pflegeentgelte stellt somit nur eine Abschlagszahlung auf das Pflegebudget dar. Der bisher im G-DRG-System verankerte Anreiz Kosten und Verweildauern medizinisch vertretbar zu senken, bleibt auch im neuen aG-DRG-System bestehen.

Erlösbetrachtung im aG-DRG System 2022

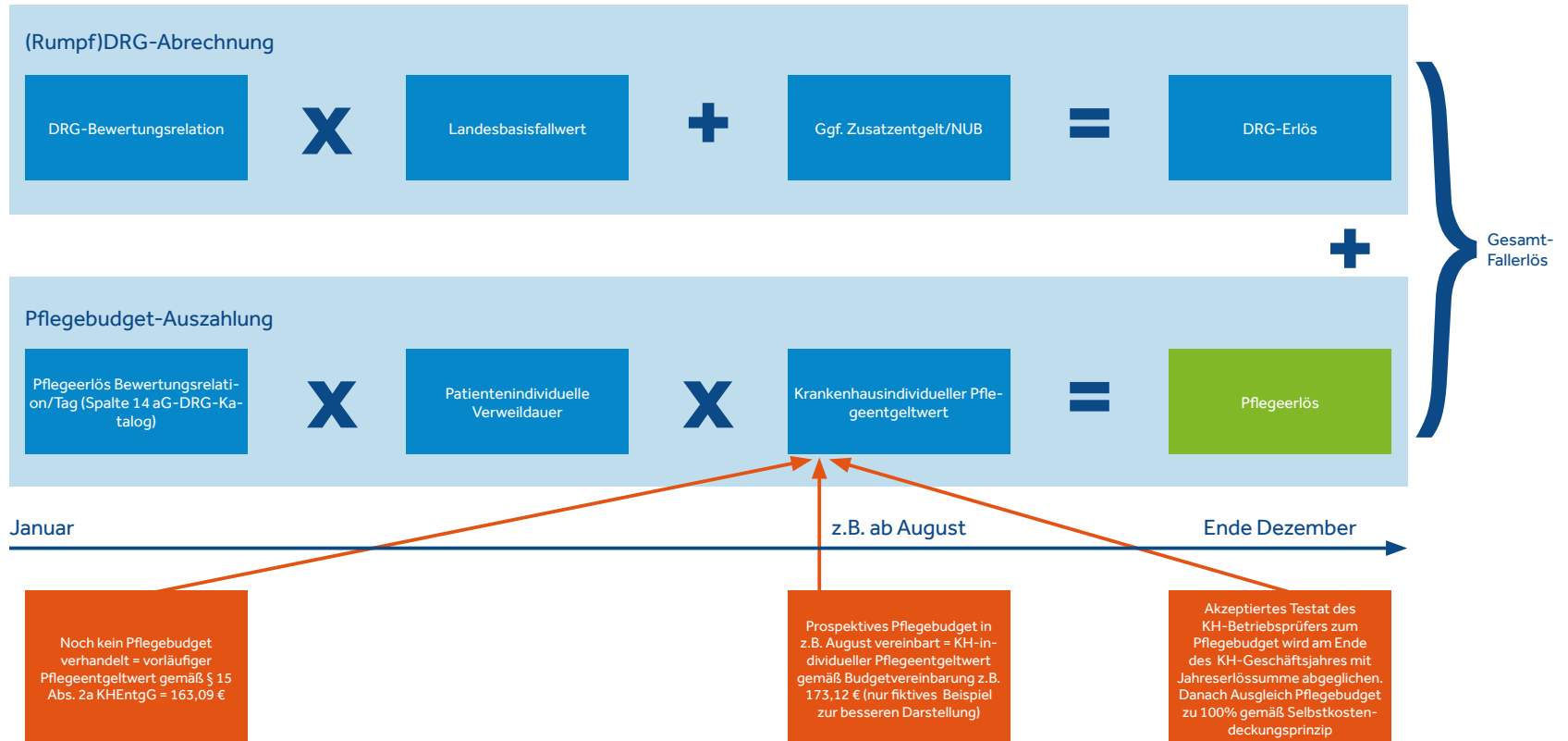


Abbildung 5: Erlösbetrachtung im aG-DRG System 2022





Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Einleitung
& Überblick

Beatmung

Intensivmedizin

Infektionen

Literatur, Links
& Abkürzungen

In der Praxis kann es zur Berücksichtigung unterschiedlicher Verweildauern kommen. Zur Abrechnung einer DRG wird die ggf. durch eine Einzelfallprüfung des MDK gekürzte Verweildauer berücksichtigt und kann zu einer Erlöskürzung führen. Die Berechnung des Pflegeerlöses erfolgt hiervon unabhängig mit der ungekürzten Verweildauer (Ausnahme primäre Fehlbelegung § 275c Absatz 6 Nummer 1 SGB V). Die tagesbezogenen Pflegeentgelte sollen nach dem Willen des Gesetzgebers nicht zu vermehrten Fehlbelegungsprüfungen der Kassen führen. Aufgrund der Kürze der für den Systemumbau zur Verfügung stehenden Zeit, ist anzunehmen, dass die systematischen Auswirkungen des Umbaus vom InEK umfangreich aber teilweise nur unvollständig untersucht und berücksichtigt werden konnten. Mitunter beinhalten DRGs im Vergleich zum Vorjahr ganz andere Fälle und es bedurfte daher einer umfangreichen Neu-Sortierung der DRGs. Ob die Herausnahme der Pflegeentgelte sachgerecht (je DRG zu viel oder zu wenig) erfolgte, lässt sich heute nicht klar beantworten.

- Die Weiterentwicklung und Beseitigung dieser Unsicherheiten im neuen aG-DRG-System wird erneut einige Jahre in Anspruch nehmen.
- Die DRG oder z.B. DRG + Zusatzentgelt beschreiben nach wie vor nur einen Durchschnittspreis innerhalb kalkulatorischer Grenzen und stellen keine Kostenrechnung für einzelne Behandlungsleistungen oder Medizinprodukte dar. Sie beschreiben nach wie vor primär das Verhältnis der Leistungen untereinander und dienen der Abrechnung des Krankenhausbudgets.
- Insbesondere bei Misch-DRGs besteht daher die Gefahr der Fehlinterpretation, wenn die dargestellten durchschnittlichen Kosten einer DRG oder z. B. DRG + Zusatzentgelt, die nicht die reale einzelne Behandlung widerspiegeln, eine ggf. überhaupt nicht existierende Unterdeckung vermuten lassen. Dies hätte zur Folge, dass eine Versorgung, statt bedarfsgerecht mit qualitativ hochwertigen Medizinprodukten, in ggf. verminderter Qualität oder im schlimmsten Fall überhaupt nicht mehr angeboten wird. Die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten ist nur ein Element der DRG-Kalkulation des InEKs. Nach wie vor wirken sich primär Kostenveränderungen auf Basis von Ist-Kosten der Kalkulationshäuser auf die jeweiligen Personal- oder Sachkostenbestandteile einer DRG oder ggf. eines Zusatzentgeltes aus und sind immer im direkten Zusammenhang zu betrachten.
- Die bisherigen G-DRG-Report-Browser und auch die neuen aG-DRG-Report-Browser weisen weiterhin keinen sachgerechten Wert für das einzelne Medizinprodukt aus. Dies ist insbesondere bei Misch-DRGs zu berücksichtigen. Erlösvergleiche mit dem Vorjahr sind nur anhand krankenhausesindividueller Kostenträgerrechnungen oder Prozesskostenanalysen unter gleichen Voraussetzungen realistisch. Die fallbezogene Erfassung und Aufschlüsselung der Kostendaten wird in den Krankenhäusern immer wichtiger.





Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Einleitung
& Überblick

Beatmung

Intensivmedizin

Infektionen

Literatur, Links
& Abkürzungen

Wesentliche Änderungen in Kurzform:

- Ausgliederung der Pflegepersonalkosten (Pflege am Bett) aus den DRGs und ZEs.
- Es wurde nicht einfach nur die Pflege am Bett herausgerechnet. Es ist ein vollkommen neues und nicht mehr mit den Vorjahren vergleichbares aG-DRG-System entstanden.
- Das Krankenhausbudget wurde ab 2020 differenziert in ein „Rumpf“-aG-DRG-Budget und ein Pflegekostenbudget (Ist-Pflegepersonalkosten).
- Unterschied DRG-Fallkollektive
- Für die Pflegepersonalkosten gilt das Selbstkostendeckungsprinzip (Die Ist-Kosten werden in der nachgewiesenen Höhe bezahlt).
- Das Pflegekostenbudget wird über Pflegeentgelte ausgezahlt; Produkt aus „Pflegeerlös Bewertungsrelation/Tag“ (neue Spalte 14 im aG-DRG-Fallpauschalen-Katalog), patientenindividueller tatsächlicher Verweildauer und krankenhausindividuellem Pflegeentgeltwert.
- Bis zur Einigung auf einen krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert in den jeweiligen Budgetverhandlungen, erfolgt die Vergütung über einen, auf Bundesebene vereinbarten, pauschalen Pflegeentgeltwert in Höhe von 163,09 €.
- Am Ende des Kalenderjahres werden die tatsächliche nachgewiesenen Pflegepersonalkosten durch einen Betriebsprüfer testiert, mit den abgerechneten vorläufigen Pflegeerlösen des gleichen Zeitraums verglichen und angefallene Mehr- oder Mindererlöse dann zu 100 % ausgeglichen.
- DRG und Pflegebudget sind eine Pauschalvergütung. Sie sind nicht geeignet, einzelne Behandlungen oder Medizinprodukte sachgerecht abzubilden.
- Der bisherige G-DRG-Report-Browser und auch der neue aG-DRG-Browser weisen weiterhin keinen sachgerechten Wert für das einzelne Medizinprodukt aus.

Bitte geben Sie den Begriff „Sachkostenfinanzierung ag drg“ in das Suchfeld der Internetseite des Bundesverbandes Medizinprodukte e.V. ein und erhalten Sie weiterführende Hinweise zum Thema: <https://www.bvmed.de/de/startseite>. Bitte beachten Sie hierbei, dass die Broschüre des BVMed im Kalenderjahr 2020 erstellt wurde daher nicht mehr in jedem Punkt aktuell ist. Die wesentlichen Aussagen zur Sachkostenfinanzierung und zur eingeschränkten Anwendbarkeit des aG-DRG-Browser haben jedoch weiterhin bestand.



Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Einleitung
& Überblick

Beatmung

Intensivmedizin

Infektionen

Literatur, Links
& Abkürzungen

Intensivmedizinisch relevante Produkte

BEATMUNG MIT DEM PURITAN BENNETT™ 980

Das Universal-Beatmungsgerät Puritan Bennett™980 unterstützt sowohl die Anwender als auch die Patienten auf der Intensivstation dabei eine einfache, sichere und intelligente Beatmung zu gewährleisten.

Einfach

- Innovative Benutzeroberfläche
- Hochgradig individualisierbares Display
- Intuitive Bildschirmnavigation

Sicher

- Einzigartige Funktion zur Sicherheit der Beatmung
- Integriertes Filtrationsystem für die Ausatmung

Intelligent

- Abstimmung auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten durch fortschrittliche Synchronisierungsinstrumente
- Bietet die passende Atmungsunterstützung

Unsere Synchronisierungsinstrumente passen sich den individuellen Bedürfnissen Ihres Patienten an und bieten die passende Atmungsunterstützung – von der Initiierung bis zum Abschluss.



Abbildung 6: PB980 Beatmungsgerät



Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Einleitung
& Überblick

Beatmung

Intensivmedizin

Infektionen

Literatur, Links
& Abkürzungen

Puritan Bennett™ 980

Der Puritan Bennett™ 980 führt alle fünf Millisekunden Hunderte von Berechnungen durch, um sich optimal auf die Bedürfnisse des Patienten abzustimmen und so unterstützend dazu beizutragen, dass der Patient den Flow und das Volumen bekommt, das er braucht. Immer dann, wenn er es braucht. Von Atemzug zu Atemzug. Mit der PAV™+ Beatmungsart bestimmt der Patient die Häufigkeit, Tiefe und Intervalle seiner Atemhübe.

Das Echtzeit-Feedback über die Atemarbeit ermöglicht dem Arzt, den Patienten auf einem beständigen Niveau der Atemarbeit zu halten. Dadurch wird die Gefahr einer Atemmuskelatrophie verringert und gleichzeitig die Möglichkeit geschaffen, ausreichend Arbeit abzugeben, um eine Ermüdung zu verhindern.

Lesen Sie mehr über unsere Beatmungsgeräte und Lösungen für die Anästhesie und Intensivmedizin hier:

[Mechanical Ventilation](#)

Druckdifferenz gemäß neuer DKR1001s Definition: PB980 - Hier stehts.

Das Beispiel einer NIV Beatmung (Vgl. Abbildung 8) zeigt, wie die erforderliche Druckdifferenz zwischen Inspiration und Expiration gemäß DKR1001s in Ihrem PB980 abgelesen werden kann: Der eingestellte Zieldruck P_{Supp} zeigt genau diese Druckdifferenz an, welche per Definition größer als 6mbar (bzw. cmH_2O) sein muss, um eine Beatmung abrechnen zu dürfen (Vgl. S. 16).

Bei der PAV+ Beatmungsform (Vgl. Abbildung 7) hilft eine kleine Rechnung, um die gesuchte Druckdifferenz zu ermitteln: Zieht man vom in der oberen Leiste angezeigten, real erreichten Druck P_{PEAK} den PEEP ab, so erhält man ganz einfach die Druckdifferenz.



Abbildung 7: PB980 Display zeigt Synchronität zwischen Patient und Beatmungsgerät



Abbildung 8: Screenshot NIV Beatmung PB980



Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Einleitung
& Überblick

Beatmung

Intensivmedizin

Infektionen

Literatur, Links
& Abkürzungen

PATIENTENMONITORING MIT BIS UND INVOS

INVOS™-System

Das INVOS™-System ist für die Messung von Änderungen der regionalen zerebralen Sauerstoffsättigung vorgesehen, um das Gehirn und lebenswichtige Organe vor einer Hypoxie zu schützen. Durch dieses Verfahren können Rückschlüsse auf eine angemessene zerebrale Perfusion gezogen werden. Das INVOS™-System kann somit dazu beitragen, PatientInnen vor irreversiblen Hirnschäden oder anderen Komplikationen zu schützen, die lebenslange Folgen haben und zusätzliche Kosten nach sich ziehen können. Die Messung erfolgt über nicht-invasive Optoden.

Lernen Sie mehr über das Invos™-System:
Produktinformationen auf den Webseiten: [TrustInvos.com](https://www.TrustInvos.com)



Abbildung 9: Invos 7100™ Optoden und Monitor Vorverstärkern



Abbildung 10: BIS™ Elektroden und Monitor

BIS™-System

Das BIS™-System ist ein zerebrales Monitoringsystem zur Überwachung der Sedierungs- bzw. Hypnosetiefe. Das Bispectral Index™-(BIS)-Monitoring ist eine kalkulierte EEG-Variable, die mit dem hypnotischen Zustand der PatientInnen korreliert. Die Ableitung des EEG-Signals erfolgt über einen nicht-invasiven Stirnsensor. Das Signal des prozessierten EEGs wird in spektrale Wellenanteile zerlegt. Der BIS ist eine dimensionslose Zahl. Der Bereich erstreckt sich von 0 bis 100, wobei 100 »wach« bedeutet und 0 bei einem isoelektrischen EEG angezeigt wird.

Lernen Sie mehr über das BIS™-System:
[Brain Monitoring](#)



Den Kodierleitfaden für Invos™ und BIS™ sowie weitere Kodierleitfäden zu den Medtronic Produkten und Therapien finden sie auf unserer Webseite: www.medtronic-reimbursement.de





Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Einleitung
& Überblick

Beatmung

Intensivmedizin

Infektionen

Literatur, Links
& Abkürzungen

2. KODIERUNG IN DER INTENSIVMEDIZIN

Dieses Kapitel zur Kodierung und Vergütung gliedert sich in vier Themenbereiche, begonnen beim Thema **Beatmung**, wird über die **Intensivmedizinische Komplexbehandlungen** und dem Umgang mit **Infektionen** bis hin zu einer Übersicht über **häufig verwendete Codes** zur Verschlüsselung von Diagnosen und Prozeduren ein Überblick über die Thematik gegeben.

Abbildung der Intensivmedizin im aG-DRG-System 2022

Für die Abbildung von intensivmedizinischen Leistungen stehen im System grundsätzlich zwei Erlöstatbestände zur Verfügung.

Zum einen wird jedem Patienten pro Krankenhausaufenthalt immer eine Fallpauschale (DRG) und ein Pflegerelativgewicht zugeordnet.

Zum anderen werden einzelne im Verlauf eines Aufenthalts möglicherweise auftretende, besonders kostenaufwendige Tatbestände in zusätzlicher Weise ergänzend zur Fallpauschale entgolten. Diese Zusatzentgelte (ZE) können sowohl teure Medikamente, Blutprodukte, medizinische Produkte und weitere Anteile im Behandlungsverlauf abbilden und werden in der Regel über Prozedurenschlüssel (OPS-301) definiert und verschlüsselt. Sie werden in der Abrechnung separat ausgewiesen. Die hier betrachteten, wesentlichen intensivmedizinischen Zuordnungstatbestände können, besonders bei kürzeren Verweildauern, auch außerhalb ausschließlich spezifisch intensivmedizinischer Fallpauschalen erlösrelevant sein.

Beispiel einer spezifisch intensivmedizinischen Fallpauschale in der Prä-MDC (A09A, 2022).

A09A (2022)

Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit IntK > 2352 / 1932 / 2208 P., mit hochkomplexem Eingriff oder komplexer OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre, mit IntK > 1764 / 1932 / - Punkten oder mit sehr komplexem Eingriff und IntK > - / 2208 / - Punkten

Bewertungsrelation: 22,582

Erlös: 86.489,06 €

Pflege-Relativgewicht: 3,6449

Tabelle 1: Beispiel einer spezifischen intensivmedizinischen Fallpauschale

Schon der Worttext der Bezeichnung weist auf intensivmedizinisch relevante Kriterien hin [Beatmung, IntK (Intensivmedizinische Komplexbehandlung)].

Im Folgenden werden die wesentlichen Tatbestände der intensivmedizinischen Kodierung dargestellt und anhand von Beispielen verdeutlicht.



Weitere Infos siehe [Seite 7 ff.](#)



2.1.1 Art der Beatmung

Definition (im Sinne der Deutschen Kodierrichtlinien)

Maschinelle Beatmung („künstliche Beatmung“) ist ein Vorgang, bei dem Gase mittels einer mechanischen Vorrichtung in die Lunge bewegt werden. Beatmung kann invasiv über eine Trachealkanüle oder einen Tubus erfolgen. Beatmung kann auch nichtinvasiv über ein Maskensystem erfolgen. Für die Berechnung von Beatmungsstunden bei Patienten, die das 6. Lebensjahr vollendet haben, sind nur Verfahren heranzuziehen, bei denen bei positiver Druckbeatmung eine Druckdifferenz zwischen Inspiration und Expiration von mindestens 6 mbar besteht.



Druckdifferenz P_{Supp} in Ihrem Puritan Bennett (PB) Beatmungsgerät

Ihr PB Beatmungsgerät zeigt die Druckdifferenz zwischen Inspiration und Expiration in den Einheiten Zenitmeter Wassersäule (cmH₂O) oder in Hektopascal (hPa) an. Welche der beiden Druckdifferenzen Ihr PB Gerät anzeigt, kann in den Einstellung zur Menüsteuerung geändert werden. Da die Umrechnung von hPa zu Millibar (mbar) identisch ist, kann die Einhaltung der Beatmungsdefinition anhand der angezeigten Druckdifferenz unkompliziert überprüft werden.

Beatmungsstunden sind nur bei „intensivmedizinisch versorgten“ Patienten zu kodieren, das heißt bei 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, unmittelbare Behandlungsbereitschaft

ärztlicher und pflegerischer Interventionen zur Stabilisierung der Vitalfunktionen.



*Zusätzlich ist zu beachten, dass für das Vorliegen einer **maschinellen Beatmung** nach **DRK** eine **Intubation oder Tracheostomie nicht zwingend erforderlich** ist. Bei intensivmedizinisch versorgten Patienten kann eine maschinelle Beatmung **auch über Maskensysteme** erfolgen, wenn diese an Stelle der bisher üblichen Intubation oder Tracheostomie eingesetzt werden. High-Flow-Systeme wurden nur in der Einführungsphase zur Beatmung gerechnet. Inzwischen zählen diese Systeme nicht mehr zur Beatmungszeit dazu. Allerdings spielen die High-Flow-systeme im Weaning eine gewisse Rolle.*

2.1.2 Beginn der Beatmung

Liegt eine maschinelle Beatmung nach der Definition der DKR vor, ist im nächsten Schritt der Beginn der Beatmung zu ermitteln. Dabei sind zwei Situationen zu unterscheiden:

1. Der Patient ist **bereits** zum Zeitpunkt der stationären **Aufnahme** maschinell **beatmet**.

Als **Beginn** der **Beatmung** wird dann der **Zeitpunkt** der **stationären Aufnahme** gewertet. Dieser Zeitpunkt (meist Einlesen der Krankenversichertenkarte) muss dokumentiert werden. Die erste schriftlich dokumentierte Zeit im KIS (Krankenhaus Informationssystem) wird zugrunde gelegt. Diskrepanzen führen zu Irritationen und werden nicht immer zu Gunsten des Krankenhauses ausgelegt.

2. Der Patient wird erst **im stationären Verlauf beatmungspflichtig**.

In diesem Fall **beginnt** die **Beatmungsdauer** mit dem **Beginn** der **maschinellen Beatmung**, d.h. mit der Beatmung mittels Maske (Präeoxygenierung) und nicht erst mit der Intubation. Die Beatmung ist minutengenau zu dokumentieren. Zusätzlich muss in diesem Fall noch der **Zugangsweg** kodiert werden.





Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Einleitung
& Überblick

Beatmung

Intensivmedizin

Infektionen

Literatur, Links
& Abkürzungen

Tabelle mit OPS-Kodes zur Darstellung des Zugangsweges

OPS-Kode	Beschreibung
8-701	Einfache endotracheale Intubation
8-704	Intubation mit Doppellumentubus
8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung
5-311	Temporäre Tracheostomie
5-312	Permanente Tracheostomie

Tabelle 2: OPS Kodierung des Zugangsweges

Bei Neugeborenen und Säuglingen ist zusätzlich ein Kode aus

OPS-Kode	Beschreibung
8-711	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen

anzugeben.

Bei Kindern und Jugendlichen ist zusätzlich ein Kode aus

OPS-Kode	Beschreibung
8-712	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Kindern und Jugendlichen

anzugeben.

Ausnahme:

Eine entscheidende Ausnahme zu dieser Regelung stellt der Beginn der Beatmung im Rahmen einer OP dar. Eine im OP begonnene Beatmung ist nur dann zu kodieren, wenn das Beatmungsintervall länger als 24 Stunden dauert. Dies stellt auch eine Ausnahme zur Zählung von Beatmungsstunden mit der neuen DKR1001s dar, wo Beatmungsintervalle von mehr als acht Stunden zu abrechenbaren Beatmungsdauern von 24 Stunden führen.



2.1.3 Dokumentation der Beatmung (maschinelle Beatmung DKR 1001u)

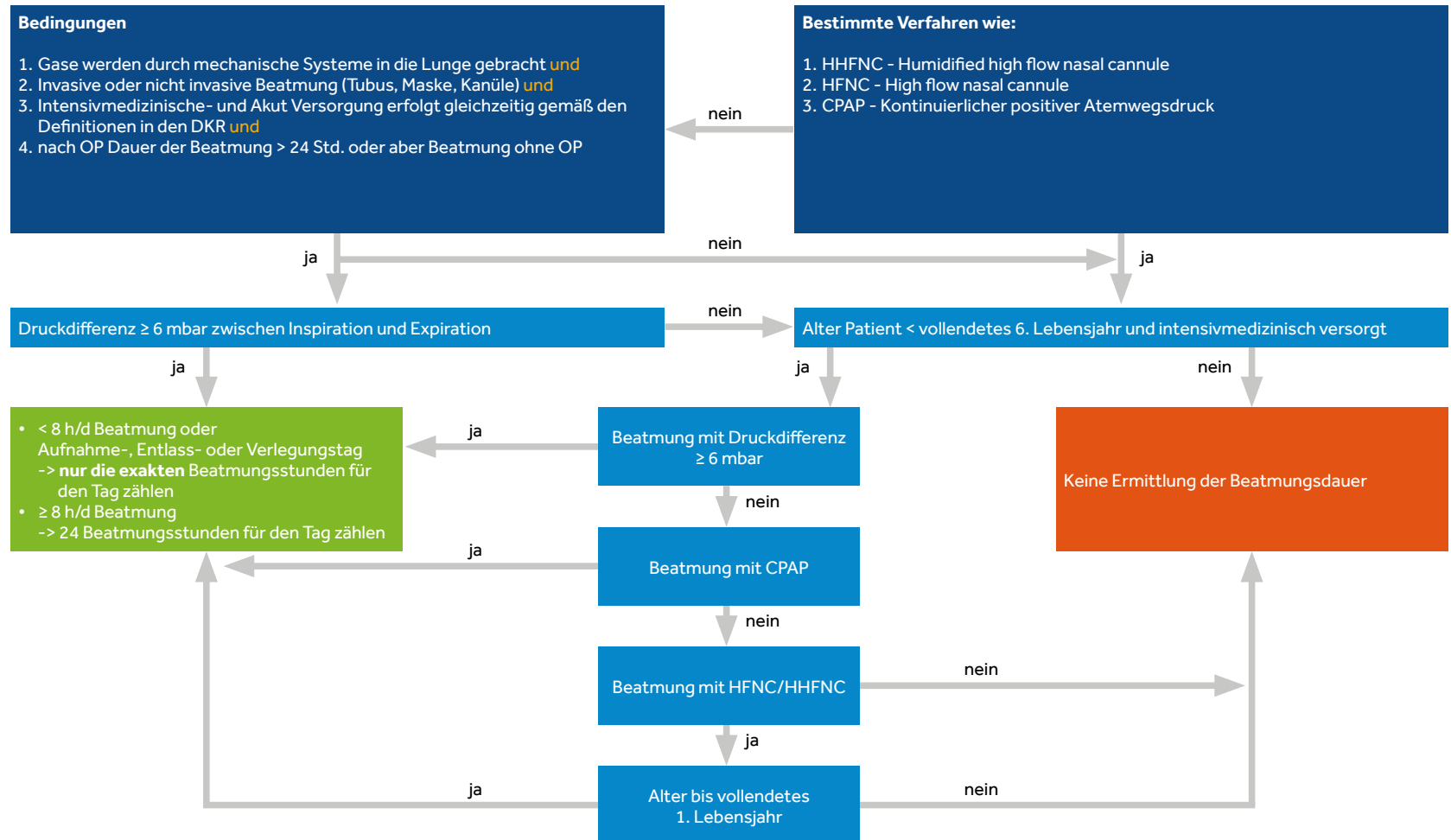


Abbildung 11, Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an: Vortrag Frau Dr. Schlothmann anlässlich des 42. Deutschen Krankenhaustag





Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Einleitung
& Überblick

Beatmung

Intensivmedizin

Infektionen

Literatur, Links
& Abkürzungen

2.1.4 Ende der Beatmung

Eine Definition des Endes einer maschinellen Beatmung ist mit Einführung der neuen Kodierrichtlinie DKR 1001u nicht mehr nötig.

Grund: Beatmungsstunden werden pro Kalendertag bis zu einer Anzahl von 8 Stunden exakt nach den erbrachten Stunden gezählt. Beatmungszeiten von über 8 Stunden an einem Kalendertag werden mit 24h angerechnet.

Die bis zum 31.12.2019 geltenden Definitionen zum Ende der Beatmung etwa mit Extubation sind folglich obsolet.



2.1.5 Beispiele

Hinweis:

Die folgenden Beispiele dienen allein der exemplarischen Verdeutlichung der Funktionsweise im DRG Gruppierungsalgorithmus und damit den Zuordnungsgrenzen von Beatmungsstunden zu den unterschiedlichen DRGs 2022.

Beispiel 1

Ein Patient mit der Hauptdiagnose Pneumonie wird seit dem 05.01.2022, 10:00 Uhr bis zum 06.01.2022, 07:00 Uhr durchgehend beatmet (der Beatmungsmodus entspricht der Definition der DKR). Danach ist eine spontane Atmung möglich. Es werden 21 Stunden Beatmung in der Abrechnung angesetzt.

Kode	Text	
Diagnose		
J18.9	Pneumonie nicht näher bezeichnet	
Beatmung		
21 Stunden		
DRG	Text	Relativgewicht
E79C	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne bestimmte mäßig aufwendige Behandlung	0,593
Erlös*	2.271,19 €	
 Pflege-Relativgewicht: 0,8913		

Tabelle 3: Beispiel Beatmungsstunden 21 Std.

Datum	Aufnahme, Entlassung, Verlegung?	Klinische Beatmungsdauer				Abrechenbare Beatmungsdauer (in Std.)	Summe abrechenbare Beatmungsstunden (in Std.)
		>6mbar		<6 mbar (z.B. Weaning)			
		Beginn Uhrzeit	Ende Uhrzeit	Beginn Uhrzeit	Ende Uhrzeit		
05.01.2022	A	10:00	24:00			14	14
06.01.2022		00:00	07:00			7	21
07.01.2022							
08.01.2022	E						21

anrechenbare Beatmungsstunden

nicht anrechenbare Beatmungsstunden

Tabelle 4: Ermittlung der anrechenbaren Beatmungsstunden

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2022 von 3.830,00 €.



Weitere Infos siehe [Seite 7 ff.](#)



Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Einleitung
& Überblick

Beatmung

Intensivmedizin

Infektionen

Literatur, Links
& Abkürzungen

Beispiel 2

Derselbe Patient wird nun seit dem 05.01.2022, 10:00 Uhr bis zum 07.01.2022, 08:00 Uhr durchgehend maschinell beatmet. Danach ist eine spontane Atmung möglich. Es werden 46 Stunden Beatmung in der Abrechnung angesetzt.

Kode	Text	
Diagnose		
J18.9	Pneumonie nicht näher bezeichnet	
Beatmung		
46 Stunden		
DRG	Text	Relativgewicht
E40C	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, mehr als 2 Belegungstage, mit komplexer Prozedur, ohne äußerst schwere CC, außer bei Para- / Tetraplegie	1,677
Erlös*		6.422,91 €
 Pflege-Relativgewicht: 2,0080		

Tabelle 5: Beispiel Beatmungsstunden 46 Std.

Datum	Aufnahme, Entlassung, Verlegung?	Klinische Beatmungsdauer				Abrechenbare Beatmungsdauer (in Std.)	Summe abrechenbarer Beatmungsstunden (in Std.)
		>6mbar		<6 mbar (z.B. Weaning)			
		Beginn Uhrzeit	Ende Uhrzeit	Beginn Uhrzeit	Ende Uhrzeit		
05.01.2022	A	10:00	24:00			14	14
06.01.2022		00:00	24:00			24	38
07.01.2022	V	00:00	08:00			8	46

anrechenbare Beatmungsstunden

nicht anrechenbare Beatmungsstunden

Tabelle 6: Ermittlung der anrechenbaren Beatmungsstunden

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2022 von 3.830,00 €.



Weitere Infos siehe [Seite 7 ff.](#)



Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Einleitung
& Überblick

Beatmung

Intensivmedizin

Infektionen

Literatur, Links
& Abkürzungen

Beispiel 3

Ein Patient am 05.01.2022 aufgenommen und ab 06:00 beatmet. Am 08.01.2022 um 09:00 Uhr wird der Patient extubiert und anschließend weiter nichtinvasiv intermittierend beatmet. Am 09.01.2022 wird die intermittierende Beatmung aus Weaning-Gründen um 10h auf eine Druckdifferenz auf 4,5 mbar reduziert. Am 10.01.2022 wird die Druckdifferenz von 00:00 Uhr bis 06:00 Uhr auf 6,5 mbar gesetzt und ab 06:00 Uhr wieder auf 4,5 mbar reduziert.

Kode	Text	
Diagnose		
J18.9	Pneumonie nicht näher bezeichnet	
Beatmung		
120 Stunden		
Prozeduren		
8-718.70	Beatmungsentwöhnung nicht auf Beatmungsentwöhnungs-Einheit, Mindestens 1 bis höchstens 2 Behandlungstage	
DRG	Text	Relativgewicht
A13H	Beatmung > 95 Stunden mit bestimmter OR-Prozedur oder kompliz. Konstellation, ohne äußerst schwere CC, verstorben oder verlegt < 9 Tage oder ohne best. OR-Proz., ohne kompliz. Konst., Alter > 15 J., ohne kompliz. Diagnose oder Proz., ohne äuß. schw. CC	2,385
Erlös*		9.134,55 €
 Pflege-Relativgewicht: 2,8208		

Tabelle 7: Beispiel Beatmungsstunden 120 Std.

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2022 von 3.830,00 €.

Datum	Aufnahme, Entlassung, Verlegung?	Klinische Beatmungsdauer				Abrechenbare Beatmungsdauer (in Std.)	Summe abrechenbarer Beatmungsstunden (in Std.)
		>6mbar		< 6 mbar (z.B. Weaning)			
		Beginn Uhrzeit	Ende Uhrzeit	Beginn Uhrzeit	Ende Uhrzeit		
05.01.2022	A	06:00	24:00			18	18
06.01.2022		00:00	24:00			24	42
07.01.2022		00:00	24:00			24	66
08.01.2022		00:00	24:00			24	90
09.01.2022		00:00	10:00	10:00	24:00	24	114
10.01.2022	V	00:00	06:00	06:00	14:00	6	120
		anrechenbare Beatmungsstunden		nicht anrechenbare Beatmungsstunden			



Tabelle 8: Ermittlung der anrechenbaren Beatmungsstunden



Weitere Infos siehe [Seite 7 ff.](#)



Die vereinfachten Beispiele zeigen, dass je nach Beatmungsdauer unterschiedliche Fallpauschalen zur Abrechnung kommen. Hierzu bedarf es fester Grenzen, die in folgender Abbildung (vgl. Abbildung 7) zusammen mit den resultierenden DRGs und ihren Pflegerelativgewichten einmal schematisch für unser Beispiel aufgeführt sind.

Beatmungsdauer	DRG	Relativgewicht	DRG-Erlös*	Pflege- relativgewicht
24 h	E79C	0,593	2.271,19 €	0,8913
25 - 95 h	E40C	1,677	6.422,91 €	2,0080
ab 96 h	A13H	2,385	9.134,55 €	2,8208

Abbildung 12, Abhängigkeit der DRG von der Beatmungsdauer

Übersicht Langzeitbeatmungs DRGs

DRG	Partition	Beschreibung	Relativgewicht	DRG-Erlös	Pflegeerlös Bewertungsrelation/Tag
A06A	O	Beatmung > 1799 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2940 / 5520 / 5520 Aufwandspunkte oder mit hochkomplexem Eingriff	42,399	162.388,17 €	4,3462
A06B	O	Beatmung > 1799 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2940 / 5520 / 5520 Aufwandspunkte	34,370	131.637,10 €	3,8629
A06C	O	Beatmung > 1799 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte	23,218	88.924,94 €	3,4617
A07A	O	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 Aufwandspunkte, mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma und int. Komplexbeh. > 3920 / 3680 / 3680 P. oder mit hochkompl. oder dreizeitigem Eingr.	30,683	117.515,89 €	3,9242
A07B	O	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 P., mit komplexer OR-Prozedur und ECMO ab 384 Stunden oder mit Polytrauma oder Alter < 16 J. oder intensivmed. Komplexbeh. > - / 3220 / - P.	25,292	96.868,36 €	3,9555

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2022 von 3.830,00 €.



Weitere Infos siehe [Seite 7 ff.](#)





Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Einleitung
& Überblick

Beatmung

Intensivmedizin

Infektionen

Literatur, Links
& Abkürzungen

DRG	Partition	Beschreibung	Relativgewicht	DRG-Erlös	Pflegeerlös Bewertungsrelation/Tag
A07C	O	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmed. Komplexbeh. > 4900 / 4600 / 4600 Punkte, mit komplexer OR-Prozedur, ohne ECMO ab 384 Stunden, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre oder mit intensivmed. Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2760 Punkte	20,098	76.975,34 €	3,7012
A07D	O	Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1176 / 1380 / 2484 und < 2353 / 1933 / 2761 Aufwandspunkte, mit komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation	16,147	61.843,01 €	3,7752
A07E	O	Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 184 / 368 Aufwandspunkte oder Beatmung > 1799 Stunden	12,801	49.027,83 €	3,1421
A07F	O	Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 184 / 368 Aufwandspunkte, ohne Beatmung > 1799 Stunden	9,939	38.066,37 €	2,6228
A09A	O	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit IntK > 2352 / 1932 / 2208 P., mit hochkomplexem Eingriff oder komplexer OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre, mit IntK > 1764 / 1932 / - Punkten oder mit sehr komplexem Eingriff und IntK > - / 2208 / - Punkten	22,582	86.489,06 €	3,6449
A09B	O	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit int. Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2208 Punkte, mit angeb. Fehlbild. oder Tumorerkr., Alter < 3 J. oder mit hochkompl. Eingr. oder mit kompl. OR-Proz. oder int. Komplexbeh. > 1764 / 1932 / - P., Alter < 16 J.	15,205	58.235,15 €	3,6583
A09C	O	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2208 P., mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma oder int. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 2208 P. oder mit komplizierender Konstellation oder Alter < 16 Jahre	12,398	47.484,34 €	3,7368
A09D	O	Beatmung > 499 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1470 / 1380 / 1656 und < 1765 / 1657 / 2209 Aufwandspunkte	11,826	45.293,58 €	3,2831
A09E	O	Beatmung > 499 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1380 u. < 1471 / 1381 / 1657 Punkte, mit komplexer Diagnose oder Prozedur	9,538	36.530,54 €	3,6437
A09F	O	Beatmung > 499 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1380 Aufwandspunkte, ohne komplexe Diagnose oder Prozedur	7,958	30.479,14 €	2,8871
A11A	O	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1932 Aufwandspunkte, mit kompliz. Konstellation und best. OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre oder mit intensivmed. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 2208 Aufwandsp.	19,205	73.555,15 €	3,4522

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2022 von 3.830,00 €.



Weitere Infos siehe [Seite 7 ff.](#)





Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Einleitung
& Überblick

Beatmung

Intensivmedizin

Infektionen

Literatur, Links
& Abkürzungen

DRG	Partition	Beschreibung	Relativgewicht	DRG-Erlös	Pflegeerlös Bewertungsrelation/Tag
A11B	O	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte, mit hochkomplexem Eingriff oder best. Eingriff und best. intensivmed. Komplexbeh. oder Alter < 2 Jahre bei angeborener Fehlbildung	14,646	56.094,18 €	3,4952
A11C	O	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmed. Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Punkte, mit komplexer OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre oder komplizierende Konstellation	10,052	38.499,16 €	3,0811
A11D	O	Beatmung > 249 h oder > 95 h mit IntK > 1764 / 1656 / 1656 P. mit best. OR-Prozeduren u. kompliz. Konstell. oder EHEC oder generalisierte Mukositis ohne IntK > 1764 / 1656 / 1932 P. oder mit kompl. Diagnose u. Alter < 3 J. oder IntK > 980 / 1104 / - P.	9,136	34.990,88 €	3,0360
A11E	O	Beatmung > 249 Stunden, mit komplexer OR-Prozedur, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne int. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 1656 P., ohne kompliz. Konstellation, Alter > 15 Jahre oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 828 / - Aufwandspunkte	6,721	25.741,43 €	3,3414
A11F	O	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte, mit bestimmter OR-Prozedur oder kompliz. Konstellation oder intensivmed. Komplexbehandlung > - / - / 1104 P. oder Alter < 6 Jahre	6,350	24.320,50 €	3,2413
A11G	O	Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne intensivmed. Komplexbehandlung > 588 / 828 / 1104 Punkte, ohne kompliz. Konstellation, Alter > 5 Jahre, mit kompl. Diagnose oder Prozedur oder Alter < 16 J. oder äußerst schwere CC	5,805	22.233,15 €	2,8866
A11H	O	Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne IntK > 588 / 828 / 1104 Punkte, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne äußerst schwere CC	4,092	15.672,36 €	3,0800
A13A	O	Beatmung > 95 Std. mit hochkompl. Eingriff oder mit int. Komplexbeh. > 1176 / 1380 / - P. oder mit kompl. OR-Prozedur oder bei Lymphom und Leukämie und int. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 P. oder mit kompliz. Konst. u. best. OR-Proz., Alter < 16 Jahre	11,298	43.271,34 €	3,2132
A13B	O	Beatmung > 95 Stunden mit sehr komplexem Eingriff oder mit komplexer OR-Prozedur und komplizierender Konstellation oder mit best. OR-Proz. und kompliz. Konst., Alter < 16 Jahre od. mit intensivmed. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 Punkte und kompliz. Konst.	8,593	32.911,19 €	2,7945
A13C	O	Beatmung > 95 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, Alter < 6 Jahre oder mit bestimmter OR-Proz. und kompliz. Konstellation od. mit intensivmed. Komplexbeh. > - / - / 1104 Punkte od. Alter < 16 J., außer bei Lymphom und Leukämie, ohne kompliz. Konstellation	7,593	29.081,19 €	2,6758
A13D	O	Beatmung > 95 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, Alter > 5 Jahre oder mit IntK > - / 828 / - Punkte oder kompl. OR-Prozedur od. mit best. OR-Prozedur od. kompliz. Konst. od. mit IntK > 588 / 552 / 552 Punkte od. Alter < 16 Jahre bei bösartiger Neubildung	6,184	23.684,72 €	2,5332

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2022 von 3.830,00 €.



Weitere Infos siehe [Seite 7 ff.](#)





Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Einleitung
& Überblick

Beatmung

Intensivmedizin

Infektionen

Literatur, Links
& Abkürzungen

DRG	Partition	Beschreibung	Relativgewicht	DRG-Erlös	Pflegeerlös Bewertungsrelation/Tag
A13E	O	Beatmung > 95 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, mit bestimmter OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte und < 1177 / 829 / 1105 Aufwandspunkte od. Alter < 16 Jahre	4,860	18.613,80 €	2,7245
A13F	O	Beatmung > 95 Stunden, ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte, Alter > 15 Jahre, mit komplexer Diagnose oder Prozedur od. intensivmed. Komplexbeh. > - / 368 / - Punkte	3,383	12.956,89 €	3,0307
A13G	O	Beatmung > 95 Stunden, mit bestimmter OR-Prozedur oder kompliz. Konstellation, mit äußerst schweren CC, verstorben oder verlegt < 9 Tage oder ohne best. OR-Proz., ohne kompliz. Konst., Alter > 15 J., ohne kompliz. Diagnose od. Prozedur, mit äuß. schw. CC	3,247	12.436,01 €	2,5491
A13H	O	Beatmung > 95 Stunden mit bestimmter OR-Prozedur oder kompliz. Konstellation, ohne äußerst schwere CC, verstorben oder verlegt < 9 Tage oder ohne best. OR-Proz., ohne kompliz. Konst., Alter > 15 J., ohne kompliz. Diagnose oder Proz., ohne äuß. schw. CC	2,385	9.134,55 €	2,8208

Tabelle 9: Übersicht Langzeitbeatmungs-DRGs

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2022 von 3.830,00 €.



Weitere Infos siehe [Seite 7 ff.](#)



2.1.6 Weaning-Kodierung

8-718 Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung

Definition Beatmungsentwöhnung / Weaning (Auszug)

- Prozess der strukturierten Modifikation von Beatmungsparametern
 - ggf. in Kombination mit akutmedizinischen und weiteren spezifischen Behandlungsmaßnahmen
- mit dem Ziel der Beendigung einer Beatmung zur Wiedererlangung der selbstständigen Atmung ohne maschinelle Beatmung zu verstehen.

Relevante OPS Codes

(Vergleiche [Tabelle 10.1 unten](#))

- 8-718.70 - .76 (Beatmungsentwöhnung nicht auf Beatmungsentwöhnungs-Einheit)

Hinweise & Voraussetzungen zur Kodierung

- nur für Patienten, die bei stationärer Aufnahme das 14. Lebensjahr vollendet haben, anzugeben.
- ist auch anzugeben, wenn die Beatmungsentwöhnung fehlgeschlagen ist und z.B. die (Wieder-)Einstellung auf eine häusliche maschinelle Beatmung erfolgt
- Bei 8-718.7 (Beatmungsentwöhnung auf Nicht-Beatmungsentwöhnungs-Einheit)
 - Dauer der Beatmung ab Beginn der Beatmung mehr als 95 Stunden an aufeinanderfolgenden Tagen

Mindestmerkmale

- Mindestens ein täglicher dokumentierter Spontanatmungsversuch
 - dieser kann mit oder ohne Atemunterstützungsverfahren (z.B. CPAP oder HFNC) und
 - mit oder ohne Sauerstoffinsufflation erfolgen

oder

- schriftliche Begründung bei Nichtdurchführung oder Versagen des täglichen Spontanatmungsversuches. D.h. Auch wenn die Beatmungsentwöhnung fehlgeschlagen muss ein OPS Code aus 8-718ff kodiert werden.





Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Einleitung
& Überblick

Beatmung

Intensivmedizin

Infektionen

Literatur, Links
& Abkürzungen

Mindestanforderungen pro Behandlungstag

- Erhebung folgender Kriterien zur Entwöhnungsbereitschaft:
 - Atemmechanik (z. B. Hustenstoß, Sekretion)
 - Hämodynamischer und metabolischer Status (z.B. Blutdruck, Herzfrequenz, Vorliegen einer relevanten metabolischen Azidose)
 - Sedierungsscore (z.B. Richmond Agitation-Sedation Scale)
- Festlegung eines Analgesie- und Sedierungsziels
- Verfügbarkeit von Physiotherapie und Anwendung nach den individuellen Möglichkeiten des Patienten
- Feststellung der Geräteeinstellungen (mindestens Beatmungsmodus, Beatmungsdrücke, Atemfrequenz, FiO₂ oder O₂-Fluss; die Feststellung der Atemfrequenz ist entbehrlich, sofern eine Beatmungsform gewählt wurde, bei der eine Einstellung der maschinellen Atemfrequenz nicht vorgesehen ist),
 - zusätzlich bei Änderungen der Geräteeinstellungen

Dokumentation mindestens alle 8 Stunden, zusätzlich bei Änderungen der Geräteeinstellungen:

- Gasaustauschparameter
 - z.B. pO₂, pH, pCO₂, sO₂ mit invasiven oder nicht invasiven Messverfahren
 - z.B. Blutgasanalyse, Pulsoxymetrie, transkutane Oxymetrie und CO₂-Messung
- Gerätemesswerte
 - mindestens Atemfrequenz, Atemzugvolumen, Atemminutenvolumen, Beatmungsdrücke

Ergänzende Hinweise

Behandlungstage

Als Behandlungstage gelten alle Tage ab Beginn der Beatmung, an denen

- mindestens ein Spontanatmungsversuch durchgeführt wurde oder
- für die eine schriftliche Begründung der Nichtdurchführung oder des Versagens des täglichen Spontanatmungsversuches vorliegt.
- Tage, an denen kein Spontanatmungsversuch unternommen wurde und keine schriftliche Begründung der Nichtdurchführung oder des Versagens des täglichen Spontanatmungsversuches vorliegt, sind nicht zu zählen.
- Tage ohne eine (intermittierende) maschinelle Beatmung sind nicht zu zählen





Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Einleitung
& Überblick

Beatmung

Intensivmedizin

Infektionen

Literatur, Links
& Abkürzungen

Einleitung häusliche maschinelle Beatmung

Die Einleitung einer häuslichen maschinellen Beatmung während desselben stationären Aufenthaltes ist gesondert zu kodieren (8-716 ff.)

Zugang bei Beatmung

Der Zugang bei maschineller Beatmung ist gesondert zu kodieren (8-701, 8-704, 8-706)

Tracheostoma

Die Anlage eines Tracheostomas zur Durchführung der künstlichen Beatmung ist gesondert zu kodieren (5-311 ff., 5-312 ff.)

Jugendliche

Die maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Jugendlichen ist gesondert zu kodieren (8-712 ff.)

Neurologisch- neurochirurgische Frühreha

Eine zusätzlich durchgeführte neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation ist gesondert zu kodieren (8-552 ff.)

Tage, an denen kein Spontanatmungsversuch unternommen wurde und keine schriftliche Begründung der Nichtdurchführung oder des Versagens des täglichen Spontanatmungsversuches vorliegt, sind nicht zu zählen. Tage ohne eine (intermittierende) maschinelle Beatmung sind nicht zu zählen. Die Einleitung einer häuslichen maschinellen Beatmung während desselben stationären Aufenthaltes ist gesondert zu kodieren (8-716 ff.). Bei Verlegungen unter Beatmung mit Tubus oder Tracheostoma ist der Beatmungsstatus gem. OPS 1-717ff zu dokumentieren.

Veränderte Kodierung seit dem 01.01.2021 der Beatmungsentwöhnung (Weaning)

OPS-Kode	Beschreibung
8-718.7	Beatmungsentwöhnung nicht auf Beatmungsentwöhnungs-Einheit
8-718.70	Mindestens 1 bis höchstens 2 Behandlungstage
8-718.71	Mindestens 3 bis höchstens 5 Behandlungstage
8-718.72	Mindestens 6 bis höchstens 10 Behandlungstage
8-718.73	Mindestens 11 bis höchstens 20 Behandlungstage
8-718.74	Mindestens 21 bis höchstens 40 Behandlungstage
8-718.75	Mindestens 41 bis höchstens 75 Behandlungstage
8-718.76	Mindestens 76 Behandlungstage

Tabelle 10.1: Übersicht OPS 8-718.7ff für das Weaning





Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Einleitung
& Überblick

Beatmung

Intensivmedizin

Infektionen

Literatur, Links
& Abkürzungen

Der zu kodierende OPS-Kode zum Weaning besitzt keine Erlösrelevanz. Es ist von Beginn an auf die korrekte Erfassung zu achten, da der Schlüssel im Kontext der Abrechnungsüberprüfung seitens der Kostenträger für die Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems wichtig wird.

Wichtig!

Für die längerfristige Entwöhnung gilt folgende Kodierung. Hierfür können individuelle Zusatzentgelte ZE2022-90 vereinbart werden.

OPS-Kode	Beschreibung
8-718.8*	Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit
8-718.9*	Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter nicht intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit

Tabelle 10.2: Übersicht OPS 8-718 für das Weaning

Detaillierte Informationen zu den Prozeduren-Kodes finden Sie auch unter <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2021/>.



Laut DKR 1001u sind neben der Definition des Endes einer Beatmung auch die Regelungen zur Zählung von Beatmungsstunden in Phasen der Entwöhnung mit der Umstellung auf die neue DKR Version 1001u nicht mehr erforderlich, da fortan einheitliche Regelungen zur Verfügung stehen.



2.2 Intensivmedizinische Komplexbehandlung

Um die Krankheitsschwere und die Behandlungsintensität bei intensivmedizinisch versorgten Patienten besser kalkulieren und dann erlösrelevant im aG-DRG-System abbilden zu können, wird auf spezifische Scoring-Systeme zurückgegriffen. Diese werden nachfolgend beschrieben:

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, unmittelbare Behandlungsbereitschaft ärztlicher und pflegerischer Interventionen zur Stabilisierung der Vitalfunktionen.





Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Einleitung
& Überblick

Beatmung

Intensivmedizin

Infektionen

Literatur, Links
& Abkürzungen

2.2.1 TISS und SAPS

Im aG-DRG-System werden als Grundlage eines tagesbezogenen Bepunktungsschemas zur Abbildung von Krankheitsschwere und Behandlungsaufwand folgende Original-Scores in abgewandelter, zusammengefügt Form verwendet.

TISS 10 - Therapeutic Intervention Scoring System

- Erfassung der pflegerischen und therapeutischen Arbeitsleistungen

SAPS II - Simplified Acute Physiology Score

- Einschätzung der Krankheitsschwere intensivmedizinischer Patienten

Sie dienen der täglichen Erfassung kriterienbezogener Scoringpunkte ([siehe nächste Seite](#)), die dann zu einem Gesamtpunktwert aufsummiert werden.





Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Einleitung
& Überblick

Beatmung

Intensivmedizin

Infektionen

Literatur, Links
& Abkürzungen

Kriterien TISS/ SAPS

Bei der Berechnung der täglichen SAPS II werden die folgenden Kriterien berücksichtigt (linke Spalte).
Aus dem TISS-28 werden lediglich die 10 aufwendigsten Merkmale täglich erfasst (rechte Spalte).

SAPS II Variablen	TISS Parameter
Herzfrequenz [1/min]	Apparative Beatmung
Systolischer Blutdruck [mmHg]	Infusion multipler Katecholamine (>1)
Körpertemperatur [°C]	Flüssigkeitsersatz in hohen Mengen (>5 l/24 Std.)
PaO ₂ /FiO ₂ * [mmHg]	Peripherer arterieller Katheter
Ausfuhr Urin [l/d]	Linksvorhof-Katheter / Pulmonalis-Katheter
Harnstoff im Serum [g/l]	Hämofiltration / Dialyse
Leukozyten [10 ³ /mm ³]	Intrakranielle Druckmessung
Kalium im Serum [mmol/l]	Behandlung einer metabolischen Azidose / Alkalose
Natrium im Serum [mmol/l]	Spezielle Interventionen auf der ITS (z.B. Tracheotomie, Kardioversion)
Bicarbonat im Serum [mmol/l]	Aktionen außerhalb der Station (Diagnostik / Operation)
Bilirubin im Serum [µmol/l]	

Tabelle 11: Übersicht SAPS 2 Variablen & TISS Parameter
* Erhebung nur im Falle der maschinellen Beatmung

Der Gesamtpunktwert des Falles definiert einen intensivmedizinischen Komplex-OPS. Dieser OPS unterscheidet sich nach den klinikindividuell vorliegenden Struktur- und Personalvoraussetzungen und der Erwachsenen- und pädiatrischen Versorgung.

Informationen zu den intensivmedizinischen Komplex-OPS, deren Strukturvoraussetzungen und Mindestmerkmalen finden Sie auf den folgenden Seiten.





Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Einleitung
& Überblick

Beatmung

Intensivmedizin

Infektionen

Literatur, Links
& Abkürzungen

OPS 8-98d

Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur)

Strukturmerkmale:

- Fachärztliche Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin/Kinderchirurgie mit der Zusatzbezeichnung Pädiatrische/Kinderchirurgische Intensivmedizin. Dieser kann durch einen Facharzt für Anästhesie mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin und mindestens 2 Jahren Erfahrung in der intensivmedizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen vertreten werden
- Team von Pflegepersonal und Ärzten in akuter Behandlungsbereitschaft
- Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen mit einer Fachweiterbildungsquote im Bereich Pädiatrische Intensivpflege von 40 %. Sofern die Fachweiterbildung für die Pflege noch nicht vorliegt, ist zur Aufrechterhaltung bereits bestehender Versorgungsangebote übergangsweise bis zum Jahresende 2021 eine vergleichbare 5-jährige Erfahrung in der pädiatrischen Intensivpflege ausreichend
- Spezialisierte Einheit für die Behandlung von intensivpflichtigen Kindern und Jugendlichen
- Eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation muss gewährleistet sein
- Kinderchirurgie, Kinderkardiologie, Radiologie mit Computertomographie und/oder Magnetresonanztomographie und Erfahrung in der Beurteilung von kinderradiologischen Fragestellungen, Neuropädiatrie, Labor und Mikrobiologie stehen als Dienstleistungen/Konsiliardienste in eigener Abteilung oder als fester Kooperationspartner mit kurzfristiger (max. 30-minütiger) Einsatzbereitschaft zur Verfügung
- 24-stündige Verfügbarkeit von röntgenologischer und sonographischer Diagnostik und bettseitiger Routinelabordiagnostik (z.B. Blutgasanalysen, Bestimmung von Elektrolyten, Laktat)
- 24-stündige Verfügbarkeit folgender Verfahren am Standort des Krankenhauses:
 - Apparative Beatmung
 - Nicht invasives und invasives Monitoring

Mindestmerkmale:

- Kontinuierliche, 24-stündige Überwachung
- Spezielle intensivmedizinische Prozeduren wie Transfusion von Plasma und Plasmapbestandteilen, Plasmapherese und Immunadsorption, Anlage und Betrieb einer ECMO/ECLS, Maßnahmen im Rahmen der Reanimation u.a. sind gesondert zu kodieren





Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Einleitung
& Überblick

Beatmung

Intensivmedizin

Infektionen

Literatur, Links
& Abkürzungen

OPS 8-98f

Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) sog. Super-SAPS

Strukturmerkmale:

- Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin, der den überwiegenden Teil seiner ärztlichen Tätigkeit auf der Intensivstation ausübt
- Team von Pflegepersonal und Ärzten in akuter Behandlungsbereitschaft
- Ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin (die Behandlungsleitung oder ein anderer Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin) muss werktags zwischen 6 und 22 Uhr mindestens 7 Stunden auf der Intensivstation anwesend sein. Außerhalb dieser Anwesenheitszeit muss ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin innerhalb von 30 Minuten am Patienten verfügbar sein
- Eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation muss gewährleistet sein. Der Arzt der Intensivstation kann zu einem kurzfristigen Notfalleinsatz innerhalb des Krankenhauses (z.B. Reanimation) hinzugezogen werden
- 24-stündige Verfügbarkeit folgender Verfahren am Standort des Krankenhauses:
 - Apparative Beatmung
 - Nicht invasives und invasives Monitoring
 - Kontinuierliche und intermittierende Nierenersatzverfahren
 - Endoskopie des Gastrointestinaltraktes und des Tracheobronchialsystems
 - Intrakranielle Druckmessung oder Hybrid-Operationssaal für kardiovaskuläre Eingriffe
 - Transösophageale Echokardiographie
- 24-stündige Verfügbarkeit von 3 der folgenden 4 Verfahren am Standort des Krankenhauses:
 - Radiologische Diagnostik mittels CT und MRT
 - Interventionelle Kardiologie mit Akut-PTCA
 - Interventionelle (Neuro)Radiologie mit akuter endovaskulärer Therapie von Gefäß- und Organverletzungen und/oder zerebralen Gefäßverschlüssen
 - Laborleistungen (z.B. Blutgasanalysen, Bestimmung von Elektrolyten, Laktat, Differenzialblutbild, Gerinnung, Retentionswerte, Enzyme, Entzündungsparameter auch Procalcitonin, Tox-Screen). Spezialisierte Labordiagnostik darf auch in Fremdlabors erfolgen
- Mindestens 6 von den 8 folgenden Fachgebieten sind innerhalb von maximal 30 Minuten am Standort des Krankenhauses als klinische Konsiliardienste





Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Einleitung
& Überblick

Beatmung

Intensivmedizin

Infektionen

Literatur, Links
& Abkürzungen

(krankenhauszugehörig oder aus benachbarten Krankenhäusern) verfügbar: Kardiologie, Gastroenterologie, Neurologie, Anästhesiologie, Viszeralchirurgie, Unfallchirurgie, Gefäßchirurgie, Neurochirurgie

- Tägliche Verfügbarkeit (auch am Wochenende) von Leistungen der Physiotherapie

Mindestmerkmale:

- Kontinuierliche, 24-stündige Überwachung
- Ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin (die Behandlungsleitung oder ein anderer Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin) muss täglich mindestens eine Visite durchführen
- Die Anzahl der Aufwandspunkte errechnet sich aus der Summe des täglichen SAPS II (ohne Glasgow Coma Scale) über die Verweildauer auf der Intensivstation (total SAPS II) plus der Summe von 10 täglich ermittelten aufwendigen Leistungen aus dem TISS-Katalog über die Verweildauer auf der Intensivstation
- Die zu verwendenden Parameter des SAPS II und des TISS sind im Anhang zum OPS zu finden
- Spezielle intensivmedizinische Prozeduren, wie Transfusion von Plasma und Plasmabestandteilen, Plasmapherese und Immunadsorption, Anlage und Betrieb einer ECMO/ECLS, Maßnahmen im Rahmen der Reanimation u.a. sind gesondert zu kodieren
- Diese Codes sind für Patienten, die bei stationärer Aufnahme das 14. Lebensjahr vollendet haben, anzugeben



Hinweise zu SAPS und TISS finden Sie [hier](#).





Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Einleitung
& Überblick

Beatmung

Intensivmedizin

Infektionen

Literatur, Links
& Abkürzungen

OPS 8-980

Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)

Strukturmerkmale:

- Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin
- Team von Pflegepersonal und Ärzten in akuter Behandlungsbereitschaft
- Eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation muss gewährleistet sein. Der Arzt der Intensivstation kann zu einem kurzfristigen Notfalleinsatz innerhalb des Krankenhauses (z.B. Reanimation) hinzugezogen werden

Mindestmerkmale:

- Kontinuierliche, 24-stündige Überwachung
- Die Anzahl der Aufwandspunkte errechnet sich aus der Summe des täglichen SAPS II (ohne Glasgow Coma Scale) über die Verweildauer auf der Intensivstation (total SAPS II) plus der Summe von 10 täglich ermittelten aufwendigen Leistungen aus dem TISS-Katalog über die Verweildauer auf der Intensivstation
- Die zu verwendenden Parameter des SAPS II und des TISS sind im Anhang zum OPS zu finden
- Spezielle intensivmedizinische Prozeduren, wie Transfusion von Plasma und Plasmabestandteilen, Plasmapherese und Immunadsorption, Anlage und Betrieb einer ECMO/ECLS, Maßnahmen im Rahmen der Reanimation u.a. sind gesondert zu kodieren
- Diese Kodes sind für Patienten, die bei stationärer Aufnahme das 14. Lebensjahr vollendet haben, anzugeben

Hinweis:

Die gesamten Kriterien sind im Anhang des OPS-Katalog 2022 zu finden.



Hinweise zu SAPS und TISS finden Sie [hier](#).





Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Einleitung
& Überblick

Beatmung

Intensivmedizin

Infektionen

Literatur, Links
& Abkürzungen

2.2.2 Beispiele

Beispiel 1

Ein Patient mit einer schweren Pneumonie wird im Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung zwei Tage intensivmedizinisch versorgt. Es werden 97 Aufwandspunkte ermittelt. Der OPS 8-980.0 wird angesetzt. Es erfolgt keine Beatmung.

Kode	Text	
Diagnose		
J18.9	Pneumonie nicht näher bezeichnet	
Prozeduren		
8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	
Beatmung		
-		
DRG	Text	Relativgewicht
E79C	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne bestimmte mäßig aufwendige Behandlung	0,593
Erlös*	2.271,19 €	
 Pflege-Relativgewicht: 0,8913		

Tabelle 12: Intensivmedizinische Komplexbehandlung 1

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2022 von 3.830,00 €.

Beispiel 2

Der Patient mit einer schweren Pneumonie wird im Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung acht Tage intensivmedizinisch versorgt. Es werden 382 Aufwandspunkte ermittelt. Der OPS 8-980.11 wird angesetzt. Es erfolgt keine Beatmung.

Kode	Text	
Diagnose		
J18.9	Pneumonie nicht näher bezeichnet	
Prozeduren		
8-980.11	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 369 bis 552 Aufwandspunkte	
Beatmung		
-		
DRG	Text	Relativgewicht
E77D	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane, Alter > 9 Jahre	1,404
Erlös*	5.377,32 €	
 Pflege-Relativgewicht: 1,1549		

Tabelle 13: Intensivmedizinische Komplexbehandlung 2



Weitere Infos siehe [Seite 7 ff.](#)





Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Einleitung
& Überblick

Beatmung

Intensivmedizin

Infektionen

Literatur, Links
& Abkürzungen

Beispiel 3

Der Patient mit einer schweren Pneumonie wird im Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung zwölf Tage intensivmedizinisch versorgt. Es werden 562 Aufwandspunkte ermittelt. Der OPS 8-980.20 wird angesetzt. Es erfolgt keine Beatmung.

Kode	Text	
Diagnose		
J18.9	Pneumonie nicht näher bezeichnet	
Prozeduren		
8-980.20	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1104 Aufwandspunkte: 553 bis 828 Aufwandspunkte	
Beatmung		
-		
DRG	Text	Relativgewicht
E36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	4,921
Erlös*	18.847,43 €	
 Pflege-Relativgewicht: 2,8822		

Tabelle 14: Intensivmedizinische Komplexbehandlung 3

Wichtig

Es zeigt sich, dass die sorgfältige Erfassung und Kodierung intensivmedizinischer Behandlung, auch bei nicht beatmeten Patienten bereits erhebliche Erlösauswirkungen haben kann. Die Kombination mit signifikanten Beatmungsstunden kann diesen Effekt noch verstärken.

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2022 von 3.830,00 €.



Weitere Infos siehe [Seite 7 ff.](#)





Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Einleitung
& Überblick

Beatmung

Intensivmedizin

Infektionen

Literatur, Links
& Abkürzungen

2.3 Kodierung von Infektionen

Auch die Kodierung von Infektionen folgt einem strengen Regelwerk, welches wie folgt aufgebaut ist. Es ist gemäß DKR D012i stets **zunächst ein**

1. Ätiologie Kode (Diagnose mit einem Kreuz „†“ aus dem Kapitel A und Kapitel B des ICD-10-GM Katalogs), beispielsweise für eine Candida-Meningitis (B37.5†)

und anschließend (Achtung: die Reihenfolge ist wichtig und muss eingehalten werden) **ein**

2. Manifestations Kode (ICD-10-GM Kode mit einem Stern “*”) hier entsprechend etwa eine Meningitis bei andernorts klassifizierten Mykosen kodiert mit dem Kode G02.1*) **anzugeben**.

Diese Regel ist als „Kreuz-Stern-Regel“ zur Doppelkodierung bekannt (Vgl. DKR D012i).

Ein Blick in die Vorschriften der DKR zu diesem Thema ist an dieser Stelle äußerst ratsam.

Im Zusammenhang mit Infektionen tauchen wiederkehrend einige Begriffe auf, deren Bedeutung in der unten stehenden Tabelle übersichtsartig zusammengefasst ist, um Ihnen den Einstieg in die Thematik zu erleichtern.

Übersicht: Zentrale Begriffe im Zusammenhang mit Infektionen (aus klassifikatorischer Sicht)

Bakteriämie	Vorkommen lebensfähiger Bakterien im Blut
Sepsis	Lebensbedrohliche Organdysfunktion aufgrund einer fehlregulierten Wirtsantwort auf eine Infektion. (Bis 31.12.2019: „SIRS hervorgerufen durch eine Infektion“)
Septischer Schock	Sepsis mit Schock
Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS)	Generalisierte hyperinflammatorische Reaktion verschiedener Ursachen (z.B. Infektion, Verbrennung, Trauma)

Tabelle 15: Übersicht über zentrale Begriffe im Zusammenhang mit Infektionen

Die hier übersichtsartig dargestellten Begriffe werden in den folgenden Abschnitten in den Zusammenhang zur Beatmungs- und Intensivmedizin und der entsprechend korrekten Kodierung gesetzt. Zum Zweck der Übersichtlichkeit sind einige Zusammenhänge auch hier verkürzt dargestellt, sodass eine tiefergehende Auseinandersetzung mit den Themen empfohlen wird.



2.3.1 Bakterielle Infektion

Die Bakteriämie ist gekennzeichnet durch das Vorkommen lebensfähiger Bakterien im Blut. Da die Bakteriämie mit einer Ausnahme (s. **Ausnahme**) nicht mit den Codes für eine Sepsis kodiert wird, ist hier einmal mehr Ihre Aufmerksamkeit gefordert.

Kodierung der Bakteriämie

Die Bakteriämie ist mit einem Code aus dem Kapitel I „Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten“ und hier der Gruppe A30-A49 für Sonstige bakterielle Krankheiten des ICD-10-GM Katalogs für Bakterielle Infektion nicht näher bezeichneter Lokalisationen zu kodieren.

ICD-10-GM KODE	Beschreibung
A49.9	Bakterielle Infektion, nicht näher bezeichnet inkl. Bakteriämie

Tabelle 16: ICD-10-GM Kode A49.9 Bakteriämie (außer bei Meningokokken-Nachweis)

Alternativ kann ein Code verwendet werden, der **spezifisch** den **Erreger** benennt, z.B.

ICD-10-GM KODE	Beschreibung
A54.9	Gonokokkeninfektion, nicht näher bezeichnet

Tabelle 17: ICD-10-GM Kode A54.9 Bakteriämie (außer bei Meningokokken-Nachweis)

Eine **Ausnahme** hierzu bildet die Meningokokken-Bakteriämie. Sie wird mit einem Sepsis-Code verschlüsselt:

ICD-10-GM KODE	Beschreibung
A39.4	Meningokokkensepsis, nicht näher bezeichnet inkl. Meningokokken-Bakteriämie o n.A.

Tabelle 18: ICD-10-GM Kode A39.4 Bakteriämie



2.3.2 Sepsis, SOFA & SIRS

Neu seit 2020: Angleich der Klassifikation an die Klinik bei der SEPSIS Definition

Mit dem G-DRG Jahr 2020 und den Änderungen u.a. am ICD-10-GM Katalog ist der unterschiedliche Umgang mit der Sepsis zwischen Klinik und Klassifikation aufgehoben worden. Seit letztem Jahr richten sich sowohl die Diagnosestellung (Klinik) als auch die Kodierung (Klassifikation) ausschließlich an der medizinischen Sepsis-3 Definition aus: **eine lebensbedrohliche Organdysfunktion aufgrund einer fehlregulierten Wirtsantwort auf eine Infektion.**

SEPSIS: Definitionen in Klinik und Klassifikation

Bereits seit dem Frühjahr 2016 stehen Organdysfunktionen im Mittelpunkt der medizinischen Sepsis-3 Definition. Die hierzu herangezogenen **SOFA** (Sepsis-related Organ Failure Assessment) **Kriterien** (vgl. Tabelle 18) bewerten die Funktionen von sechs verschiedenen Organsystemen, um eine Einschätzung über den Grad der (Dys-)Funktion (jeweils zwischen 0 und 4 Punkten) und dem resultierenden Mortalitätsrisiko zu ermöglichen. Somit lässt sich ein Ausgangs-SOFA-Score zwischen 0 und 24 Punkten ermitteln. **Abweichungen von ≥ 2 Punkten** gegenüber diesem Ausgangswert spiegeln eine **Sepsis bedingte Organdysfunktion** wider.

Vom abweichenden Umgang in der Klassifikation (Kodierung) durch die Anwendung der SIRS Kriterien (vgl. hierzu den [Kodierleitfaden für das G-DRG Jahr 2019](#)) wurde mit der Umstellung auf das aG-DRG Jahr, bzw. die ICD-10-GM Version 2020 Abstand genommen. Die Angleichung der ICD-10-GM Codes an die WHO-Fassung berücksichtigt nun auch die aktuelle Sepsis-3 Definition und stellt die notwendige Kongruenz zwischen Klinik und Klassifikation her.

Die zur Kodierung einer SEPSIS erforderlichen SOFA Kriterien finden Sie in u.s. Tabelle (vgl. Tabelle 18). Die exakte Dokumentation eines erhöhten SOFA Scores (≥ 2 Punkte) in der Patientenakte ist sowohl für die Diagnosestellung als auch zur Abrechnung und damit im Zweifeln den Dialog mit den Medizinischen Diensten (MD) grundlegend. Vermeiden Sie durch eine exakte Dokumentation insbesondere unter Berücksichtigung, dass die Anpassung des klassifikatorischen Umgangs mit einer Sepsis für alle Beteiligten im Gesundheitssystem neu sind, vermeidbare Rückfragen.

Organ	Parameter	Einheit	Punkte				
			0	1	2	3	4
Lunge	$\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$	mmHg (kPA)	≥ 400 (53,3)	< 400 (53,3)	< 300 (40)	< 200 (26,7) mit Beatmung	< 100 (13,3) mit Beatmung
Hämostase	Thrombozyten	1000/mm ³	≥ 150	< 150	< 100	< 50	< 20
Leber	Bilirubin	mg/dl	$< 1,2$	1,2 - 1,9	2,0 - 5,9	6,0 - 11,9	$> 12,0$
Herz/Kreislauf	Blutdruck und Katecholamine, Katecholamindosis: $\mu\text{g}/(\text{kg}\times\text{Min.})$ für $\geq 1\text{h}$	mmHg	$\text{MAP} \geq 70$	$\text{MAP} < 70$	Dopamin < 5 oder Dobutamin (jede Dosis)	Dopamin 5,1 - 15 oder Epinephrin $\leq 0,1$ oder Norepinephrin $\leq 0,1$	Dopamin > 15 oder Epinephrin $> 0,1$ oder Norepinephrin $> 0,1$
ZNS	Glasgow Coma Scale		15	14 - 13	12 - 10	9 - 6	< 6
Niere	Kreatinin oder Urinausfuhrmenge	mg/dl (ml/Tag)	$< 1,2$ (110)	1,2 - 1,9 (110 - 170)	2,0 - 3,4 (171 - 299)	3,5 - 4,9 (< 500)	$\geq 5,0$ (< 200)

Tabelle 19: SOFA Kriterien, in Anlehnung an Vincent, J-L et al. (1998)



Kodierung der Sepsis

Die Kodierung der Sepsis orientiert sich wie oben beschrieben seit dem G-DRG Jahr 2020 nicht mehr nach den SIRS-Kriterien. Dennoch ist es hilfreich auch hier eine feste Reihenfolge der ICD-10-GM Verschlüsselung zu etablieren: Zuerst den **Sepsis-Kode inkl. auslösendem Erreger der Infektion**, gefolgt von Codes für die Organkomplikation(en) ([vgl. Beispiel in Tabelle 19](#)). Eine Übersicht über die relevanten (Sepsis- bzw. Organkomplikations-)Codes finden Sie hier: [Häufige ICDs in der Intensivmedizin](#).

Reihenfolge der ICD-Kodierung	Erklärung	Beispiel mit ICD Kode
1. Sepsis Kode	Zunächst ist immer der die Sepsis am spezifischsten beschreibende ICD-10-GM Kode inkl. des Infektions auslösenden Erregers zu verschlüsseln	A41.51 Sepsis durch sonstige gramnegative Erreger, Escherichia coli [E.coli]
2. Organkomplikation	Per Definition (Sepsis 3) liegt eine Sepsis nur auch bei mindestens einer Organdysfunktion vor. Diese ist ebenfalls zu verschlüsseln.	R57.2 Septischer Schock
3. Ggf. weitere Organkomplikationen	Weitere Organdysfunktionen sind ebenfalls zu dokumentieren	Zum Beispiel: N17.- akutes Nierenversagen

Tabelle 20: Reihenfolge zur Kodierung einer Sepsis

Hinweis zum SIRS

Das InEK verweist in den Hinweisen zur Leistungsplanung darauf, dass sich **hinsichtlich der SIRS** (Systemic Inflammatory Response Syndrom) **Definition keine Änderungen** ergeben haben und die **Kodierung wie bislang** erfolgt ([vgl. Abbildung 13](#)). Die Kopplung der R65.-! Codes an die Sepsis Definition wurde jedoch (wie oben beschrieben) aufgehoben. Somit entfällt auch die bislang geltende Definition einer „schweren Sepsis“ über die SIRS-Kriterien. Die Erfassung der SIRS relevanten Kriterien und folglich deren Verschlüsselung bleiben, wie vom InEK explizit klargestellt, erhalten. Änderungen in der Eingruppierung von Fällen mit Infektionen gegenüber dem G-DRG Jahr 2019 sind jedoch möglich, da die Kodierung einer Sepsis nun zwingend an eine lebensbedrohliche Organdysfunktion geknüpft ist. Die folgende Tabelle ([vgl. Tabelle 20](#)) beschreibt die unverändert zu beachtende Reihenfolge bei der Kodierung eines SIRS, während die [Abbildung](#) die Zuordnung zu den fünf unterschiedlichen ICD-10-GM Codes des SIRS darstellt.

Reihenfolge der ICD-Kodierung	Erklärung	Beispiel mit ICD Kode
1. SIRS auslösende Grundkrankheit	Zunächst ist immer die Grundkrankheit, die als Auslöser der SIRS bekannt ist, zu Kodieren	J15.5 Pneumonie durch E.coli
2. SIRS (nicht)infektiöser Genese mit (ohne) Organkomplikation	Als zweiter Schritt erfolgt der, gem. Unterscheidung nach Infektion und Organdysfunktion, zutreffenden SIRS Kode	R65.0! Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese ohne Organkomplikationen
3. Ggf. Organkomplikation	Organkomplikationen sind grundsätzlich ergänzend zu verschlüsseln	Bei R65.0 keine Organkomplikation, ansonsten i.V.m einer Infektion per Definition R65.1.
4. Ggf. Resistenzen	Resistenzen sind grundsätzlich ergänzend zu verschlüsseln	U81.20 Escherichia coli mit Multiresistenz 3MRGN

Tabelle 21: Reihenfolge bei der Kodierung nach den SIRS Kriterien





Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Einleitung
& Überblick

Beatmung

Intensivmedizin

Infektionen

Literatur, Links
& Abkürzungen

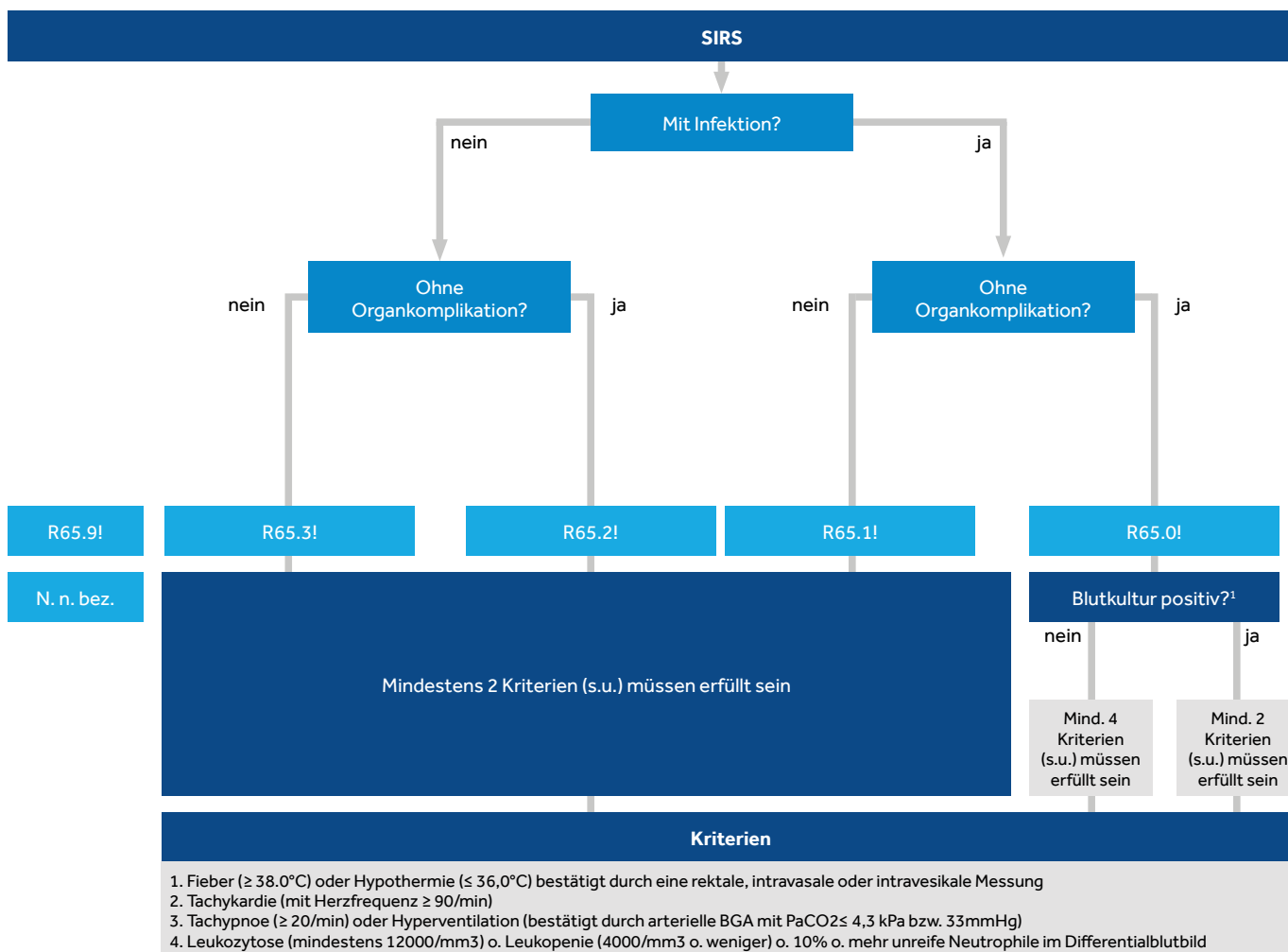


Abbildung 13: SIRS Kriterien gemäß klassifikatorischem Umgang im aG-DRG System 2022

¹ „Aktenzeichen (AZ) S 1 KR 2880/16: Für die Kodierung einer Sepsis, hervorgerufen durch Escherichia coli, reicht ein Pärchen Blutkulturen (aerob und anaerob) aus. Soweit die Leitlinien DSG und DIVI für das Vorliegen eines SIRS infektiöser Genese ohne Organkomplikationen u. a. die Abnahme von mindestens 2 Blutkulturen - jeweils aerobes und anaerobes Pärchen - verlangen, stellen diese Leitlinien lediglich eine Empfehlung dar.“



Sepsis Komplikation, septischer Schock und Organkomplikationen

Sepsis als Komplikation

Wie in [Abbildung 13](#) gezeigt, kann das Vorliegen einer Sepsis gemäß der SIRS-Kriterien beispielsweise einer Infektion zugrunde liegen. Die Kodierung erfolgt dann entsprechen in der Abhängigkeit vom Vorhanden- oder Abwesendsein von Organkomplikationen mit den ICD Kodes R65.0! oder R65.1! ([vgl. Abb. 13](#)).

Soll hingegen das Vorliegen einer Sepsis als Komplikation etwa nach Infusion, Transfusion, Injektion, Eingriff oder Impfung angegeben werden, sind die folgende Schlüsselnummern zu beachten:

ICD-10-GM KODE	Beschreibung
T80.2	Infektionen nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken Inkl.: Sepsis nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken
T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert Inkl.: Sepsis nach medizinischen Maßnahmen
T88.0	Infektion nach Impfung [Immunisierung] Inkl.: Sepsis nach Impfung [Immunisierung]

Tabelle 22: ICD-Kodierung möglicher Komplikationen bei Sepsis

Organkomplikation bei Sepsis

Komplikation	ICD-10	Beschreibung
Arterielle Hypotension; Septischer Schock	R57.2	Systolischer Blutdruck ≤ 90 mmHg oder mittlerer arterieller Blutdruck ≤ 70 mmHg oder weniger für min. eine Stunde trotz adäquater Volumenzufuhr; andere Schockursachen ausgeschlossen. ODER: - Für wenigstens zwei Stunden systolischer arterieller Blutdruck ≤ 90 mmHg bzw. mittlerer arterieller Blutdruck ≤ 70 mmHg oder notwendiger Einsatz von Vasopressoren, um den systolischen arteriellen Blutdruck min. 90mmHg oder den arteriellen Mitteldruck min. 70mmHg zu halten. Die Hypotonie besteht trotz adäquater Volumengabe und ist nicht durch eine andere Schockform zu erklären.
Enzephalopathie (metabolisch) (septisch)	G93.41	Eingeschränkte Vigilanz, Desorientiertheit, Unruhe, Delirium.
Relative oder absolute Thrombozytopenie	D69.58	Abfall der Thrombozyten um mehr als 30% innerhalb von 24 Stunden oder Thrombozytenzahl $\leq 100000/\text{mm}^3$. Eine Thrombozytopenie durch akute Blutung muss ausgeschlossen sein.
Akutes respiratorisches Versagen	J96.0-	$\text{PaO}_2 \leq 10\text{kPa}$ ($\leq 75\text{mmHg}$) unter Raumluft oder ein $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ -Verhältnis von $\leq 33\text{kPa}$ ($\leq 250\text{mmHg}$) unter Sauerstoffapplikation. Eine manifeste Herz- oder Lungenerkrankung muss als Ursache der Hypoxämie ausgeschlossen sein.





Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Einleitung
& Überblick

Beatmung

Intensivmedizin

Infektionen

Literatur, Links
& Abkürzungen

Akutes Nierenversagen	N17.-	Eine Diurese von 0,5 ml/kg/h oder weniger für wenigstens 2 Stunden trotz ausreichender Volumensubstitution und/oder ein Anstieg des Serumkreatinins auf mehr als 2x oberhalb des lokal üblichen Referenzbereiches.
Metabolische Azidose	E87.2	Base Excess $\leq$ -5 mmol/l oder eine Laktatkonzentration über 1,5x oberhalb des lokal üblichen Referenzbereiches.
Disseminierte intravasale Gerinnungsstörung	D65	
Leberversagen	K72.0-	

Tabelle 23: ICD Kodierung bei Organkomplikation bei Sepsis



2.3.3 Bedeutung von Sepsis / SIRS im aG-DRG-System

- Explizite Sepsis-DRGs mit Nennung in DRG-Bezeichnung (vgl. Tabelle 18)
- Sepsis als komplexe Diagnose
- Sepsis mit Wirkung über CCL-Wert auf PCCL „mit äußerst schweren CC (Complication&Comorbidity)“
- SIRS mit Wirkung über komplizierende Konstellationen

Die folgende Tabelle zeigt die expliziten Sepsis DRGs aus dem Fallpauschalenkatalog 2022. Die Erlöse sind kalkuliert mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2022 i.H.v. 3.830,00 €.



DRG	Beschreibung	Relativgewicht	DRG-Erlös	Pflegeerlös Bewertungsrelation/Tag
T60A	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation, mit äußerst schweren CC oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte	3,602	13.795,66 €	1,7955
T60B	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Z. n. Organtransplantation oder mit komplexer Diagnose oder äuß. schw. CC, Alter < 18 J. oder mit Para- / Tetraplegie oder mit bestimmter ERCP oder mit schwersten CC oder mit IntK > 196 / 184 / 368 Punkte	2,687	10.291,21 €	1,7206
T60C	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Z. n. Organtransplantation oder mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, Alter > 17 Jahre, ohne Para- / Tetraplegie, ohne bestimmte ERCP, ohne schwerste CC oder mit IntK > 196 / 184 / 368 Punkte	1,845	7.066,35 €	1,3332
T60D	Sepsis mit anderer komplizierender Konstellation, außer bei Z. n. Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte oder Alter < 10 Jahre	1,091	4.178,53 €	1,3639
T60E	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, mehr als ein Belegungstag	0,813	3.113,79 €	0,9327
T60F	Sepsis, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte	0,402	1.539,66 €	1,9926
T60G	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, ein Belegungstag	0,249	953,67 €	1,2884

Tabelle 24: Übersicht Sepsis DRGs



Weitere Infos siehe [Seite 7 ff.](#)





Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Einleitung
& Überblick

Beatmung

Intensivmedizin

Infektionen

Literatur, Links
& Abkürzungen

2.3.4 Resistente Erreger richtig verschlüsseln

Bei Vorliegen eines MRSA oder sonstiger antibiotikaresistenter Keimbesiedelung ist zusätzlich zum Keim ein zutreffender Schlüssel aus folgender Tabelle anzugeben.

ICD-10-GM KODE	Beschreibung
U80.-!	Grampositive Erreger mit bestimmten Antibiotikaresistenzen, die besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen erfordern
U81.-!	Gramnegative Erreger mit bestimmten Antibiotikaresistenzen, die besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen erfordern
U82.-!	Mykobakterien mit Resistenz gegen Antituberkulotika (Erststrangmedikamente)
U83.-!	Candida mit Resistenz gegen Fluconazol oder Voriconazol
U84.-!	Herpesviren mit Resistenz gegen Virustatika
U85.-!	Humanes Immundefizienz-Virus mit Resistenz gegen Virustatika oder Proteinaseinhibitoren

Tabelle 25: ICD-10 LKodes resistente Erreger

Die o.g. Diagnoseschlüssel sind zwingend anzugeben und können bei einer Behandlung auf einer (speziellen) Isoliereinheit durch die unten stehenden OPS (vgl. Tabelle 20) ergänzt werden.

OPS-Kode	Beschreibung
8-987.0*	Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit
8-987.1*	Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit

Tabelle 26: OPS-Kodes resistente Erreger





Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Einleitung
& Überblick

Beatmung

Intensivmedizin

Infektionen

Literatur, Links
& Abkürzungen

2.4 Häufige ICDs in der Intensivmedizin

ICD-Kode	Beschreibung	CCL-OP	CCL-MED
A04.7-	Enterokolitis durch Clostridium difficile	1,2,3,4	1,2,3
A40.-	Sepsis durch Streptokokken	1,2,3,4	1,2,3
A40.0	Sepsis durch Streptokokken, Gruppe A	3,4	2,3
A40.1	Sepsis durch Streptokokken, Gruppe B	2,3,4	2,3
A40.2	Sepsis durch Streptokokken, Gruppe D, und Enterokokken	2,3,4	1,2,3
A40.3	Sepsis durch Streptococcus pneumoniae	2,3,4	2,3
A40.8	Sonstige Sepsis durch Streptokokken	1,2,3,4	1,2,3
A40.9	Sepsis durch Streptokokken, nicht näher bezeichnet	1,2,3,4	1,2,3
A41.0	Sepsis durch Staphylococcus aureus	1,2,3,4	1,2,3
A41.51	Sepsis: Escherichia coli [E. coli]	1,2,3,4	1,2,3
A41.52	Sepsis: Pseudomonas	2,3,4	2,3
B37.1	Kandidose der Lunge	3,4	2,3
B37.5	Candida-Meningitis	3,4	3
B37.6	Candida-Endokarditis	3,4	3
B37.7	Candida-Sepsis	3,4	2,3
B37.88	Kandidose an sonstigen Lokalisationen	1,2,3,4	1,2,3
B95.2	Streptokokken, Gruppe D, und Enterokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	1,2	1,2
B95.3	Streptococcus pneumoniae als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	1,2	1,2
B95.42	Streptokokken, Gruppe G, als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	1,2	1,2
B95.6	Staphylococcus aureus als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	1,2	1,2
B96.5	Pseudomonas und andere Nonfermenter als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	1,2,3,4	1,2,3
D69.40	Sonstige primäre Thrombozytopenie, als transfusionsrefraktär bezeichnet	1,2,3	1,2,3
D69.41	Sonstige primäre Thrombozytopenie, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet	1,2,3	1,2,3
D69.52	Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ I	1,2,3	1,2,3
D69.53	Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ II	1,2,3	1,2,3
D69.57	Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, als transfusionsrefraktär bezeichnet	2,3	1,2,3





Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Einleitung
& Überblick

Beatmung

Intensivmedizin

Infektionen

Literatur, Links
& Abkürzungen

ICD-Kode	Beschreibung	CCL-OP	CCL-MED
D69.58	Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet	1,2,3	1,2,3
D69.80	Hämorrhagische Diathese durch Thrombozytenaggregationshemmer	1,2,3	1,2
D69.88	Sonstige näher bezeichnete hämorrhagische Diathesen	1,2,3	1,2
E87.0	Hyperosmolalität und Hyponatriämie	1,2	1,2,3
E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	1,2	
E87.5	Hyperkaliämie	1	1
E87.6	Hypokaliämie	1,2	1
G00.1	Pneumokokkenmeningitis	3,4	3
G00.2	Streptokokkenmeningitis	3,4	3
G00.3	Staphylokokkenmeningitis	3,4	3
G00.8	Sonstige bakterielle Meningitis	3,4	3
G01	Meningitis bei anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten	3,4	2,3
G02.0	Meningitis bei anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten	3,4	2,3
G02.1	Meningitis bei anderenorts klassifizierten Mykosen	3,4	3
G40.3	Generalisierte idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome	1,2,3,4	1,2
G40.6	Grand-Mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet (mit oder ohne Petit-Mal)	1,2,3,4	1,2
G41.0	Grand-Mal-Status	1,2,3,4	1,2,3
G41.1	Petit-Mal-Status	1,2,3,4	1,2,3
G41.2	Status epilepticus mit komplexfokalen Anfällen	1,2,3,4	1,2,3
G41.8	Sonstiger Status epilepticus	1,2,3,4	1,2,3
J13	Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae	1,2,3,4	1,2,3
J14	Pneumonie durch Haemophilus influenzae	1,2,3,4	1,2,3
J15.0	Pneumonie durch Klebsiella pneumoniae	3,4	2,3
J15.1	Pneumonie durch Pseudomonas	1,2,3,4	2,3
J15.2	Pneumonie durch Staphylokokken	1,2,3,4	2,3
J15.3	Pneumonie durch Streptokokken der Gruppe B	1,2,3,4	1,2,3
J15.4	Pneumonie durch sonstige Streptokokken	2,3,4	1,2,3





Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Einleitung
& Überblick

Beatmung

Intensivmedizin

Infektionen

Literatur, Links
& Abkürzungen

ICD-Kode	Beschreibung	CCL-OP	CCL-MED
J15.5	Pneumonie durch Escherichia coli	2,3,4	1,2,3
J15.6	Pneumonie durch andere gramnegative Bakterien	1,2,3,4	1,2,3
J15.7	Pneumonie durch Mycoplasmapneumoniae	2,3,4	1,2,3
J15.8	Sonstige bakterielle Pneumonie	1,2,3,4	1,2,3
J15.9	Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet	1,2,3,4	1,2,3
J17.2	Pneumonie bei Mykosen	2,3,4	2,3
J17.3	Pneumonie bei parasitären Krankheiten	3,4	3
J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet	1,2,3,4	1,2,3
J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	1,2,3,4	1,2,3
J18.2	Hypostatische Pneumonie, nicht näher bezeichnet	1,2,3,4	1,2,3
J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	1,2,3,4	1,2,3
J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	1,2,3,4	1,2,3
J90	Pleuraerguss, anderenorts nicht klassifiziert	1,2,3	1,2,3
J91	Pleuraerguss bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	1,2,3	1,2,3
J96.00	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch]	1,2,3,4	1,2,3
J96.01	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ II [hyperkapnisch]	1,2,3,4	1,2,3
K72.0	Akutes und subakutes Leberversagen	1,2,3,4	1,2,3
N17.91	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 1	1,2,3,4	1,2,3
N17.92	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 2	1,2,3,4	1,2,3
N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	1,2,3,4	1,2,3
N17.99	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium nicht näher bezeichnet	1,2,3	1,2,3
R18	Aszites	1,2	1,2,3
R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	1,2	1,2
R40.2	Koma, nicht näher bezeichnet	1,2,3,4	1,2,3
R56.0	Fieberkrämpfe	1,2	1,2
R57.0	Kardiogener Schock	1,2,3,4	1,2,3
R57.1	Hypovolämischer Schock	1,2,3,4	1,2,3





Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Einleitung
& Überblick

Beatmung

Intensivmedizin

Infektionen

Literatur, Links
& Abkürzungen

ICD-Kode	Beschreibung	CCL-OP	CCL-MED
R57.2	Septischer Schock	1,2,3,4	1,2,3
R64	Kachexie	1,2	1,2,3
R65.0	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese ohne Organkomplikationen	1,2,3,4	1,2,3
R65.1	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese mit Organkomplikationen	1,2,3,4	1,2,3
R65.2	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] nichtinfektiöser Genese ohne Organkomplikationen	1,2,3,4	1,2,3
R65.3	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] nichtinfektiöser Genese mit Organkomplikationen	1,2,3,4	1,2,3
U07.1!	COVID-19, Virus nachgewiesen Coronavirus-Krankheit-2019, Virus nachgewiesen Benutze diese Schlüsselnummer, wenn COVID-19 durch einen Labortest nachgewiesen ist, ungeachtet des Schweregrades des klinischen Befundes oder der Symptome. Benutze zunächst Schlüsselnummern, um das Vorliegen einer Pneumonie oder anderer Manifestationen oder von Kontaktanlässen anzugeben.	2	2
U07.2!	COVID-19, Virus nicht nachgewiesen COVID-19 o.n.A. Benutze diese Schlüsselnummer, wenn COVID-19 klinisch-epidemiologisch bestätigt ist und das Virus nicht durch Labortest nachgewiesen wurde oder kein Labortest zur Verfügung steht. Benutze zunächst Schlüsselnummern, um das Vorliegen einer Pneumonie oder anderer Manifestationen oder von Kontaktanlässen anzugeben.	0	0
U08.9	COVID-19 in der Eigenanamnese, nicht näher bezeichnet Benutze diese Schlüsselnummer, um eine frühere, bestätigte Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) zu kodieren, die den Gesundheitszustand einer Person beeinflusst oder zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führt, die Person aber nicht mehr an COVID-19 leidet.	0	0
U09.9!	Post-COVID-19-Zustand, nicht näher bezeichnet Diese Schlüsselnummer ist zu verwenden, wenn bei einer anderenorts klassifizierten Störung angegeben werden soll, dass sie in Zusammenhang mit einer vorausgegangenen Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) steht. Diese Schlüsselnummer ist nicht anzuwenden, wenn COVID-19 noch vorliegt.	0	0
U10.9	Multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19, nicht näher bezeichnet „Kawasaki-like“-Syndrom Multisystem inflammatory syndrome in children (MIS-C) Paediatric inflammatory multisystem syndrome (PIMS) Zytokinsturm zeitlich assoziiert mit COVID-19 Exkl.: Mukokutanes Lymphknotensyndrom [Kawasaki-Krankheit] (M30.3) Zytokinfreisetzungs-Syndrom [Cytokine release syndrome] (D76.4)	0	0





Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Einleitung
& Überblick

Beatmung

Intensivmedizin

Infektionen

Literatur, Links
& Abkürzungen

U80.00	Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Oxacillin oder Methicillin [MRSA]	1,2,3,4	1,2,3
U81.20	Escherichia coli mit Multiresistenz 3MRGN	1,2,3,4	1,2,3
U81.21	Klebsiellapneumoniae mit Multiresistenz 3MRGN	1,2,3,4	1,2,3
Z43.0	Versorgung eines Tracheostomas	1,2	1,2
Z93.0	Vorhandensein eines Tracheostomas	1,2	1,2

Tabelle 27: Häufige ICD-Kodes in der Intensivmedizin

Alle gelisteten ICD-Kodes besitzen eine Relevanz im Rahmen der Berechnung des PCCLs (Patient Clinical Complexity Level) und können damit einen Einfluss auf den Erlös haben.

Bei der Kodierung ist nach den Vorgaben der DKR ein entsprechender Aufwand zu dokumentieren.



Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Einleitung
& Überblick

Beatmung

Intensivmedizin

Infektionen

Literatur, Links
& Abkürzungen

2.5 Häufige OPS in der Intensivmedizin

OPS-Kode	Beschreibung
5-311	Temporäre Tracheostomie
5-312	Permanente Tracheostomie
8-390.0	Lagerung im Spezialbett
8-701	Einfache endotracheale Intubation
8-704	Intubation mit Doppellumentubus
8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung
8-718	Beatmungsentwöhnung (Weaning) bei maschineller Beatmung
8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße
8-853	Hämofiltration
8-854	Hämodialyse
8-855	Hämodiafiltration
8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes
8-932	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Pulmonalarteriendruckes
8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)

Tabelle 28: Häufige OPS-Kodes in der Intensivmedizin

Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Einleitung
& Überblick

Beatmung

Intensivmedizin

Infektionen

Literatur, Links
& Abkürzungen

3. LITERATUR- & QUELLENVERZEICHNIS

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information: ICD-10-GM Version 2022.

Online verfügbar unter: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/>,
abgerufen am 27.01.2022.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information: OPS Katalog 2022. Online verfügbar unter:

<https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2022/>,
abgerufen am 27.01.2022.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information: Berechnung der Aufwandspunkte für die Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Erwachsenen (SAPS, TISS).

Online verfügbar unter: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2022/zusatz-06-anh-aufwandspunkte-intensivmedizin-erwachsene.htm>,
abgerufen am 27.01.2022.

Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG).

Online verfügbar unter: <https://www.gesetze-im-internet.de/khentgg/>,
abgerufen am 27.01.2022.

Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz-KHG).

Online verfügbar unter: <https://www.gesetze-im-internet.de/khg/>,
abgerufen am 27.01.2022.

Hagel, S., Pletz, M., Brunkhorst, F. et al.: Bakteriämie und Sepsis. In: Der Internist (2013) 54: 399.

Online verfügbar unter: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00108-012-3185-4>,
abgerufen am 27.01.2022.

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus: Deutsche Kodierrichtlinien 2022.

Online verfügbar unter: https://www.g-drg.de/aG-DRG-System_2022/Kodierrichtlinien/Deutsche_Kodierrichtlinien_2022
abgerufen am 27.01.2022.





Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus: Fallpauschalenkatalog 2022.
Online verfügbar unter: https://www.g-drg.de/aG-DRG-System_2022/Fallpauschalen-Katalog
abgerufen am 027.01.2022.

Einleitung
& Überblick

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung.
Online verfügbar unter: <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/1.html>,
abgerufen am 27.01.2022.

Vincent JL, de Mendonça A, Cantraine F, et al. Use of the SOFA score to assess the incidence of organ dysfunction/failure in intensive care units: results of a multicenter, prospective study. Working group on "sepsis-related problems" of the European Society of Intensive Care Medicine. Critical Care Medicine. 1998;26(11):1793-1800.

Online verfügbar unter: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=9824069&site=eds-live>.
abgerufen am 27.01.2022.

Beatmung

Intensivmedizin

Infektionen

Literatur, Links
& Abkürzungen



Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Einleitung
& Überblick

Beatmung

Intensivmedizin

Infektionen

Literatur, Links
& Abkürzungen

4. WICHTIGE LINKS

Zum Zeitpunkt der Broschüreneerstellung waren noch nicht alle Landesbasisfallwerte für 2022 vereinbart.

Die aktuellen Landesbasisfallwerte entnehmen Sie bitte der Internetseite der AOK:

<http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/krankenhaus/lbfw/index.html>

Hinweise zum aG-DRG-System 2022 auf der Website des InEK

http://www.g-drg.de/cms/aG-DRG-System_2022

Kodierkataloge auf der Website des BfArM

<https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/index.html>

Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Einleitung
& Überblick

Beatmung

Intensivmedizin

Infektionen

Literatur, Links
& Abkürzungen

ABKÜRZUNGS VERZEICHNIS

aG-DRG	German Diagnosis Related Groups (nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten)	IntK	Intensivmedizinische Komplexbehandlung
ASB	Assisted Spontaneous Breathing	LBFW	Landesbasisfallwert
BBFW	Bundesbasisfallwert	MD(K)	Medizinischer Dienst der Krankenversicherer
BWR	Bewertungsrelation	MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
CC	Komplikationen und/oder Komorbiditäten	MRSA	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus
CPAP	Continuous Positive Airway Pressure	MVD	Mittlere Verweildauer
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information	ND	Nebendiagnose
DRG	Diagnosis Related Group	OGVD	Obere Grenzverweildauer
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab	OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
FPV	Fallpauschalenvereinbarung	OR-Prozedur	Operating Room-Prozedur
G-DRG	German Diagnosis Related Group	PCCL	Patient Clinical Complexity Level (Patientenbezogener klinischer Gesamtschweregrad)
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte	SAPS	Simplified Acute Physiology Score
HA	Hauptabteilung	SIRS	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom
HD	Hauptdiagnose	SOFA	Sequential Organ Failure Assessment
HFNC	High-Flow Nasal Cannulae	TISS	Therapeutic Intervention Scoring System
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems	UGVD	Untere Grenzverweildauer
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus	ZE	Zusatzentgelt

Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Einleitung
& Überblick

Beatmung

Intensivmedizin

Infektionen

Literatur, Links
& Abkürzungen

Medtronic

Medtronic GmbH
Earl-Bakken-Platz 1
40670 Meerbusch

Telefon: +49-2159-81 49-0
Telefax: +49-2159-81 49-100
E-Mail: rs.dusreimbursement@medtronic.com

www.medtronic-reimbursement.de

© Medtronic GmbH
All Rights Reserved. 01/2022

Rechtlicher Hinweis

Dieses Dokument ist eine mit ausgewählten Beispielen ergänzte Kodierhilfe. Medtronic erhebt weder Anspruch auf Vollständigkeit noch Richtigkeit der gemachten Angaben. Entsprechend sind irgendwelche Ansprüche aus dieser Kodierhilfe gegen Medtronic ausgeschlossen. Medtronic weist darauf hin, dass die Kodierhilfe insbesondere in Bezug auf die erwähnten Diagnosen nicht vollständig sein kann, da sich jeder Patient unterscheidet, eine DRG-Zuordnung sich ändern kann (je nach internistischer oder postoperativer Nebendiagnose). Die Kodierhilfe enthält insbesondere keine Angaben zu allgemeinen Vergütungsfragen oder Therapien anderer Hersteller.

Eine vollständige oder auszugsweise Reproduktion ist ohne vorgängige schriftliche Zustimmung von Medtronic verboten.