

# KODIERUNG UND VERGÜTUNG IN DER STATIONÄREN VERSORGUNG 2020

---

Reimbursement  
und Gesundheits-  
ökonomie

---

Einleitung  
& Überblick

---

Beatmung

---

**Beatmung &  
Intensivmedizinische  
Zusammenhänge**

Intensivmedizin

---

Infektionen

---

Literatur, Links  
& Abkürzungen

---



## VORWORT



**Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,**

Das aG-DRG-System 2020 stellt uns vor viele neue Herausforderungen: Die Größte ist ohne Zweifel die Herauslösung der Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen (und damit auch auf Intensivstationen) aus dem G-DRG System. Von nun an arbeiten wir mit s.g. Rumpf- bzw. DRGs und separaten Pflegerelativgewichten für die Pflegepersonalkostenvergütung. Mit 1.292 Fallpauschalen, rund 13.700 kodierbaren Diagnose-Kodes (ICD) und ca. 32.100 kodierbaren Operationen- und Prozeduren-Schlüsseln (OPS) ist die Komplexität abseits der Pflegepersonalkostenausgliederung jedoch auch weiterhin äußerst hoch.

Zu den wesentlichsten Änderungen im Abrechnungsjahr 2020 gehören sicherlich die Anpassung der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) 1001s hinsichtlich der Beatmungsdefinition, -kodierung und Berechnung der Dauer einer maschinellen Beatmung sowie die Anpassung des klassifikatorischen Umgangs mit der Sepsis an die medizinische Definition. Beide Änderungen haben relevante Auswirkungen auf die Kodierpraxis im Alltag. Dieses interaktive Dokument führt Sie neben den wichtigsten Informationen rund um die Kodierung und Vergütung der Medtronic Systeme in der Beatmungs- und Intensivmedizin im aG-DRG Jahr 2020 daher auch durch diese ganz aktuellen Änderungen. Dazu gehören neben Kodierbeispielen für die Beatmung und intensivmedizinischen Komplexbehandlungen viele nützliche Hinweise zu den zur Aufwands- und Abrechnungsdokumentation genutzten Systemen SAPS und TISS, zu Infektionen unterschiedlicher Genesen sowie den Regeln bei der Sepsis Verschlüsselung. Somit wird Ihnen ein exaktes dokumentieren und schließlich aufwandsäquivalentes Abrechnen erleichtert. Ein Blick in die Definitionshandbücher des aG-DRG Systems 2020, die Informationen zur Leistungsplanung und schließlich die DKR bleibt jedoch unerlässlich.

Bitte erlauben Sie mir den Hinweis, dass diese Broschüre trotz größt möglicher Sorgfalt keinen Anspruch auf Richtigkeit und Vollständigkeit erhebt. Auch deshalb freue ich mich auf Ihre Hinweise, Fallbeispiele oder Kritik zur zweiten Auflage dieses Leitfadens. Schreiben Sie mir dazu doch einfach eine E-Mail: [jan.spierling@medtronic.com](mailto:jan.spierling@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 2020 wünscht Ihnen

**Jan Spierling**

Manager

Reimbursement & Health economics





Reimbursement  
und Gesundheits-  
ökonomie

Einleitung  
& Überblick

Beatmung

Intensivmedizin

Infektionen

Literatur, Links  
& Abkürzungen

## INHALTS VERZEICHNIS



[Reimbursement und Gesundheitsökonomie](#)



[Einleitung & Überblick](#)



[Kodierung in der Intensivmedizin](#)

[Beatmung](#)

[Intensivmedizinische Komplexmaßnahmen](#)

[Infektionen](#)

[Nützliche Codes und Hinweise](#)



[Literatur & Glossar](#)



[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 und Kodierleitfäden, 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

### 1.1 Wichtig in 2020

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 **1001s** Maschinelle Beatmung.

### 1.2 Einführung in die Abrechnung stationär versorgter Fälle in Deutschland im aG-DRG-System 2020

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.

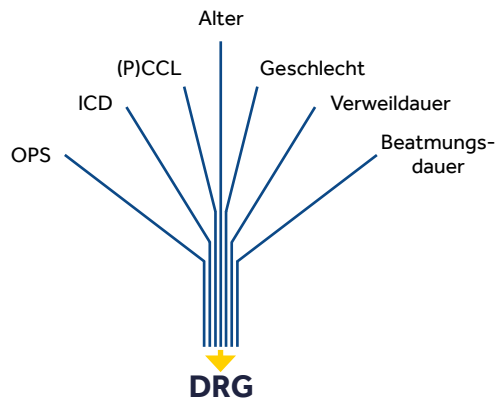


Abbildung 1: Vereinfachte Darstellung der DRG-Gruppierung

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), Beatmungstunden 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 Beatmungstunden, 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) 2020

### Sachkostenfinanzierung im G-DRG-System 2019

Die jährliche Anpassung des G-DRG-Systems und das damit einhergehende Studium der Änderungen wird 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 2020“ vom Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed) befasst sich mit den Fragen zu den Auswirkungen des Pflegepersonalstärkungsgesetz (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:

Mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) wird die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten am Bett im Krankenhaus erstmals für 2020 umgesetzt. Mehr als 20 Prozent der Leistungen (ca. 15 Mrd. Euro) 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 selbstkostendeckenden krankenhausindividuellen und tagesbezogenen Pflegeentgelte.

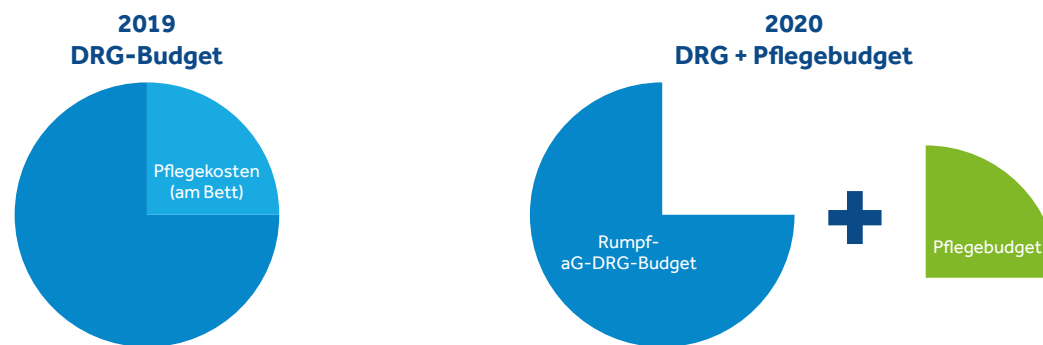


Abbildung 2: Die Zusammensetzung des Krankenhausbudgets ab 2020



Reimbursement  
und Gesundheits-  
ökonomie

Einleitung  
& Überblick

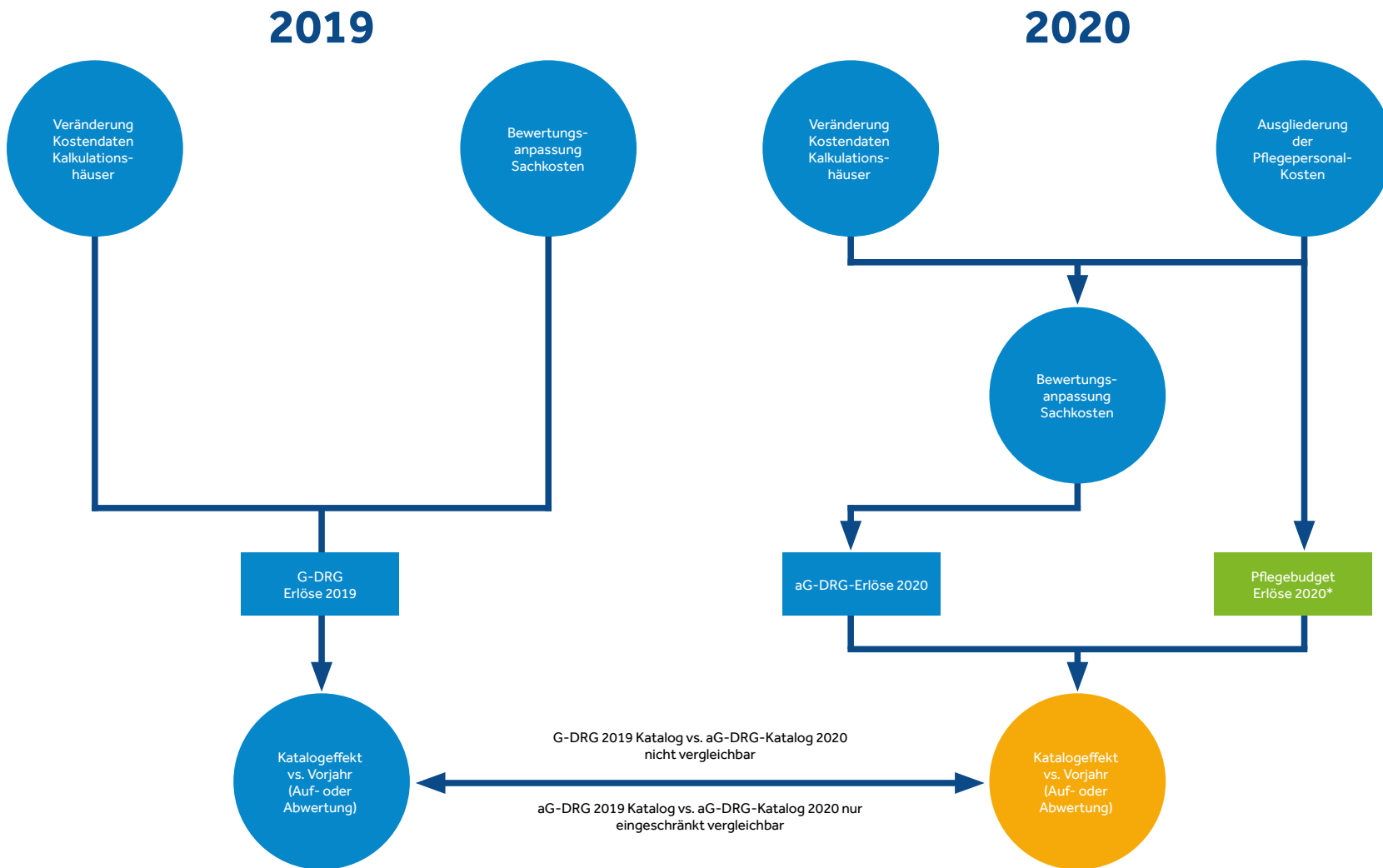
Beatmung

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.



\* 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 2019/2020



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 2020

„Spaltenlösung“



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 sind nicht vergleichbar

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.



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.

## Fiktives Beispiel zur Erlösbetrachtung im aG-DRG System 2020 (vereinfachte Darstellung)

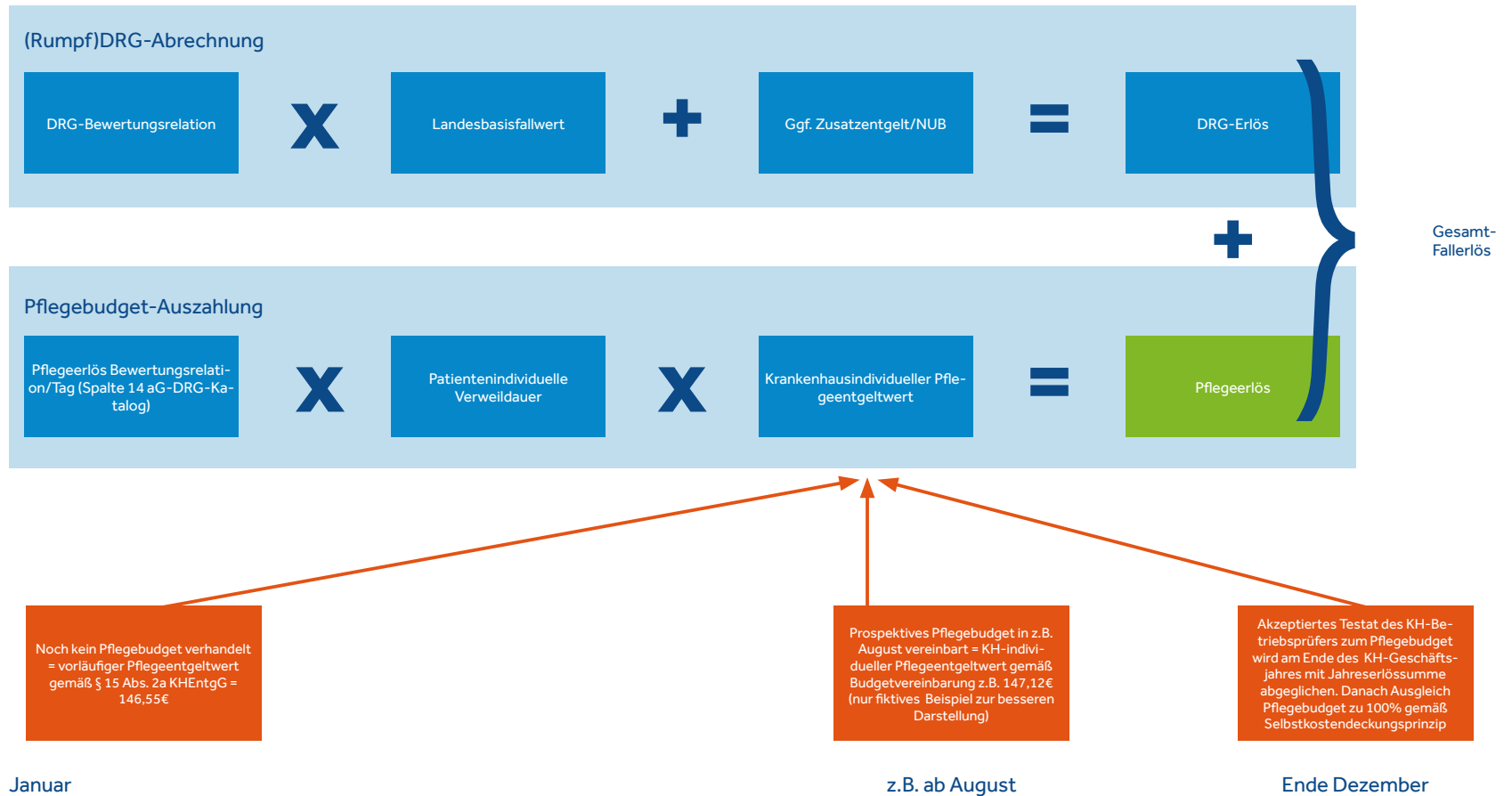


Abbildung 5: Erlösbetrachtung im aG-DRG System 2020



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.
- Der bisherige G-DRG-Report-Browser 2019 und auch der neue aG-DRG-Report-Browser 2020 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 wird ab 2020 differenziert in ein „Rumpf“-aG-DRG-Budget und dem Pflegekostenbudget (Ist-Pflegepersonalkosten).
- Unterschied DRG-Fallkollektive 2019/2020
- 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 146,55 €.
- 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.

Weitere Informationen finden Sie unter:

<https://www.bvmed.de/de/bvmed/publikationen/broschueren-gesundheitsversorgung/sachkostenfinanzierung-ag-drg-system-2020>





Reimbursement  
und Gesundheits-  
ökonomie

Einleitung  
& Überblick

Beatmung

Intensivmedizin

Infektionen

Literatur, Links  
& Abkürzungen


## 1.4 Abbildung der Intensivmedizin im aG-DRG-System 2020

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) 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, 2020).

<b>A09A (2020)</b>	
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: 23,149	
<b>Erlös: 85.179,52 €</b>	<b>Pflege-Relativgewicht: 3.8824</b> 

*Tabelle 1: Beispiel einer spezifischen intensivmedizinischen Fallpauschale*

Schon der Worttext der Bezeichnung weist auf intensivmedizinisch relevante Kriterien hin (Beatmung; Intensivmedizinische Komplexbehandlung).

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

Es besteht kein Anspruch auf Richtigkeit und Vollständigkeit. Eine eigene Recherche in den definierten Regelwerken ist daher immer zu empfehlen. Alle Beispiele stellen jeweils den betrachteten Tatbestand explizit dar und erheben keinen Anspruch auf vollumfängliche Kodierung und werden bei einer Verweildauer ohne Zu- und Abschlüsse dargestellt.



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





Reimbursement  
und Gesundheits-  
ökonomie

Einleitung  
& Überblick

Beatmung

Intensivmedizin

Infektionen

Literatur, Links  
& Abkürzungen

## 1.6 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

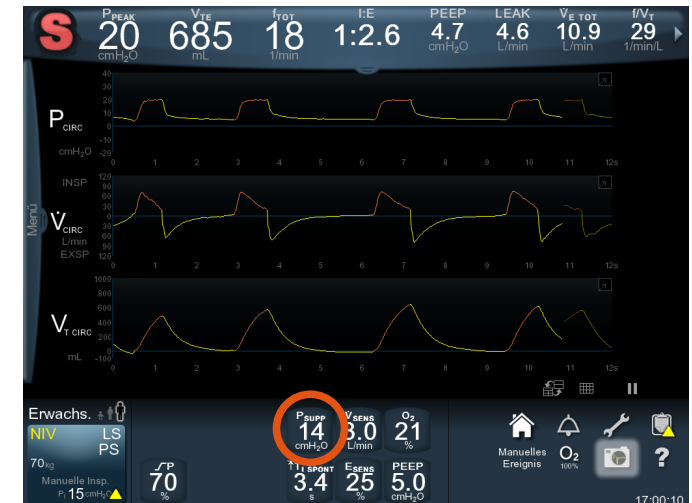


Abbildung 8: Screenshot NIV Beatmung PB980



## 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 10: BISTM Elektroden und Monitor



Abbildung 9: Invos 7100™ Optoden und Monitor Vorverstärker

### BISTM™-System

Das BISTM™-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 BISTM™-System:  
[Brain Monitoring](#)



Den Kodierleitfaden für Invos™ und BISTM™ sowie weitere Kodierleitfäden zu den Medtronic Produkten und Therapien finden sie auf unserer Webseite: [www.medtronic-reimbursement.de](https://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.

### 2.1 Maschinelle Beatmung

Die in der Abrechnung anzusetzende Anzahl von Beatmungsstunden ist ein wesentlicher Zuordnungsfaktor in der Erlösermittlung bei intensivmedizinisch versorgten Patienten. Dabei wird das für die Abrechnung relevante Vorgehen bei der Erfassung in den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) 2020 (spezielle Kodierrichtlinie „Maschinelle Beatmung“ 1001s) festgelegt (vereinfachte Darstellung siehe [Abbildung 6](#)).

**DKR 1001s:** Die Kodierrichtlinie für Maschinelle Beatmung wurde hinsichtlich der Definition einer maschinellen Beatmung, der Kodierung, der Berechnung der Dauer einer maschinellen Beatmung sowie der Berücksichtigung von CPAP und High-Flow-Nasenkanülen (HFNC/HHFNC) als Atemunterstützung umfangreich überarbeitet. Dies bedeutet z.B. für die Berechnung von Beatmungsstunden, dass bei Patienten, die das 6. Lebensjahr vollendet haben, nur Verfahren heranzuziehen sind, „[...] bei denen bei positiver Druckbeatmung eine Druckdifferenz zwischen Inspiration und Expiration von mindestens 6 mbar besteht [...]“. Zusätzlich wird die Kodierung von Beatmungsstunden an die Bedingung geknüpft, dass die Patienten intensivmedizinisch versorgt werden. Darüber hinaus wurde die Berechnung der Dauer einer Beatmung vereinheitlicht, sodass eine Definition des Endes einer maschinellen Beatmung sowie gesonderte Regelungen zur Zählung von Beatmungsstunden in einer Phase der Entwöhnung zukünftig nicht mehr erforderlich sind. Im Ergebnis kann die Zahl der 2020 zu erfassenden Beatmungsstunden im Vergleich zu einem vergleichbaren Fall im Jahr 2019 nach oben oder unten abweichen. An dieser Stelle sei daher auf die Hinweise zur Leistungsplanung/Budgetverhandlung für 2020 verwiesen ([https://www.g-drg.de/G-DRG-System\\_2020/Hinweise\\_zur\\_Leistungsplanung/Budgetverhandlung\\_G-DRG/Hinweise\\_zur\\_Leistungsplanung\\_Budgetverhandlung\\_fuer\\_2020](https://www.g-drg.de/G-DRG-System_2020/Hinweise_zur_Leistungsplanung/Budgetverhandlung_G-DRG/Hinweise_zur_Leistungsplanung_Budgetverhandlung_fuer_2020))

Quelle: Abschlussbericht aG-DRG System2020-InEK, S.133-134





Reimbursement  
und Gesundheits-  
ökonomie

Einleitung  
& Überblick

Beatmung

Intensivmedizin

Infektionen

Literatur, Links  
& Abkürzungen

## 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 $P_{\text{Supp}}$ in ihrem Puritan Bennett (PB) Beatmungsgerät

Ihr PB Beatmungsgerät zeigt die Druckdifferenz zwischen Inspiration und Expiration in den Einheiten Zenitmeter Wassersäule (cmH<sub>2</sub>O) 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.





Reimbursement  
und Gesundheits-  
ökonomie

Einleitung  
& Überblick

Beatmung

Intensivmedizin

Infektionen

Literatur, Links  
& Abkürzungen

*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 1001s)

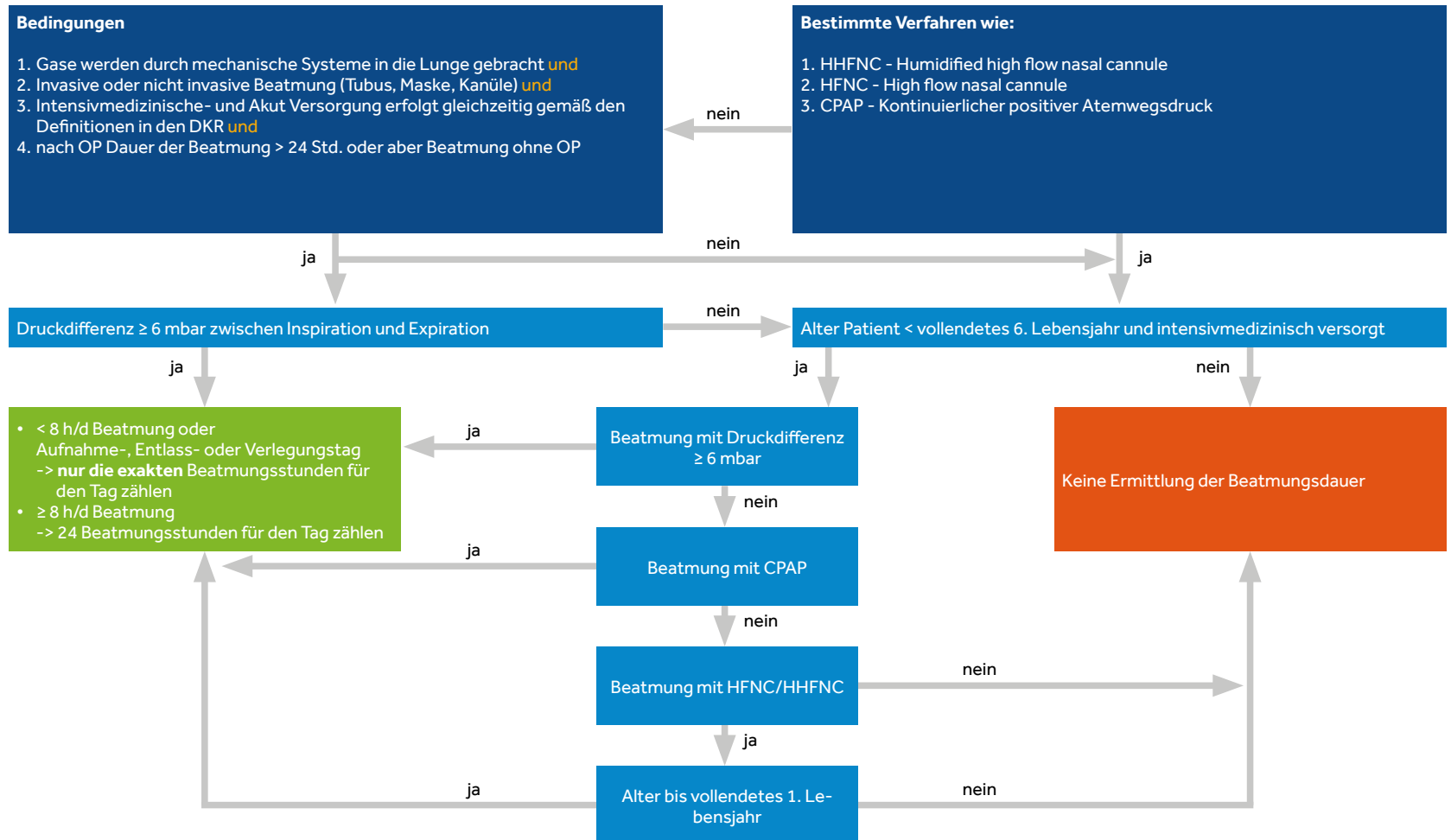


Abbildung 11, Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an: Vortrag Frau Dr. Schlothmann anlässlich des 42. Deutschen Krankenhaustag





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 1001s 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.

*Quelle: Hinweise zur Leistungsplanung, S.4*



## 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 2020.

### Beispiel 1

Ein Patient mit der Hauptdiagnose Pneumonie wird seit dem 05.01.2020, 10:00 Uhr bis zum 06.01.2020, 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	
<b>Diagnose</b>		
J18.9	Pneumonie nicht näher bezeichnet	
<b>Beatmung</b>		
21 Stunden		
DRG	Text	Relativgewicht
E79C	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komp. Diagnose, ohne äußerst schwere CC od. ein Belegungstag, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne best. mäßig aufwend. Behandlung	0,571
<b>Erlös*</b>		<b>2.101,06 €</b>
 <b>Pflege-Relativgewicht: 0,8852</b>		

Tabelle 3: Beispiel Beatmungsstunden 21 Std.

\* Berechnet mit dem Bundesbasisfallwert 2020 von 3.679,62 €.

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		
05.01.2020	A	10:00	24:00			14	14
06.01.2020		00:00	07:00			7	21
07.01.2020							
08.01.2020	E						21

anrechenbare Beatmungsstunden

nicht anrechenbare Beatmungsstunden

Tabelle 4: Ermittlung der anrechenbaren Beatmungsstunden



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 05.01.2020, 10:00 Uhr bis zum 07.01.2020, 08:00 Uhr durchgehend maschinell beatmet. Danach ist eine spontane Atmung möglich. Es werden 46 Stunden Beatmung in der Abrechnung angesetzt.


Kode	Text	
<b>Diagnose</b>		
J18.9	Pneumonie nicht näher bezeichnet	
<b>Beatmung</b>		
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	1,555
<b>Erlös*</b>		<b>5.721,81 €</b>
 <b>Pflege-Relativgewicht: 2,1276</b>		

Tabelle 5: Beispiel Beatmungsstunden 46 Std.

\* Berechnet mit dem Bundesbasisfallwert 2020 von 3.679,62 €.

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		
05.01.2020	A	10:00	24:00			14	14
06.01.2020		00:00	24:00			24	38
07.01.2020	V	00:00	08:00			8	46

anrechenbare Beatmungsstunden

nicht anrechenbare Beatmungsstunden

Tabelle 6: Ermittlung der anrechenbaren Beatmungsstunden



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



Reimbursement  
und Gesundheits-  
ökonomie

Einleitung  
& Überblick

Beatmung

Intensivmedizin

Infektionen

Literatur, Links  
& Abkürzungen

### Beispiel 3

Ein Patient am 05.01.2020 aufgenommen und ab 06:00 beatmet. Am 08.01.2020 um 09:00 Uhr wird der Patient extubiert und anschließend weiter nichtinvasiv intermittierend beatmet. Am 09.01.2020 wird die intermittierende Beatmung aus Weaning-Gründen um 10h auf eine Druckdifferenz auf 4,5 mbar reduziert. Am 10.01.2020 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	
<b>Diagnose</b>		
J18.9	Pneumonie nicht näher bezeichnet	
<b>Beatmung</b>		
120 Stunden		
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	2,299
<b>Erlös*</b>	<b>8.459,45 €</b>	
	<b>Pflege-Relativgewicht: 2,8483</b>	

Tabelle 7: Beispiel Beatmungsstunden 120 Std.

\* Berechnet mit dem Bundesbasisfallwert 2020 von 3.679,62 €.

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		
05.01.2020	A	06:00	24:00			18	18
06.01.2020		00:00	24:00			24	42
07.01.2020		00:00	24:00			24	66
08.01.2020		00:00	24:00			24	90
09.01.2020		00:00	10:00	10:00	24:00	24	114
10.01.2020	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- relativegewicht
24 h	E79C	0,571	2.101,06 €	0,8852
25 - 95 h	E40C	1,555	5.721,81 €	2,1276
ab 96 h	A13H	2,299	8.459,45 €	2,8483

Abbildung 12, Abhängigkeit der DRG von der Beatmungsdauer

\* Berechnet mit dem Bundesbasisfallwert 2020 von 3.679,62 €.



## 2.1.6 Weaning-Kodierung

Seit dem 01.01.2019 ist das Weaning mit OPS-Kodes gemäß der Anzahl der Tage zur Entwöhnung verschlüsselbar.

### Mindestmerkmale

- Mindestens ein täglich dokumentierter Spontanatmungsversuch (inklusive Atemunterstützung mit z.B. CPAP oder HFNC) oder schriftlicher Begründung bei Nichtdurchführung oder Versagen des Spontanatmungsversuches.
- Ein Weaningprotokoll pro Behandlungstag (Mindestanforderung: Dokumentation von Beatmungsstrategie, Sedierung, Monitoring)  
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. Die Einleitung einer häuslichen maschinellen Beatmung während desselben stationären Aufenthaltes ist gesondert zu kodieren (8-716 ff.).

OPS-Kode	Beschreibung
<b>8-718</b>	Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung Hinw.: Diese Codes sind nur für Patienten, die bei stationärer Aufnahme das 14. Lebensjahr vollendet haben, anzugeben
<b>8-718.0</b>	Mindestens 1 bis höchstens 2 Behandlungstage
<b>8-718.1</b>	Mindestens 3 bis höchstens 5 Behandlungstage
<b>8-718.2</b>	Mindestens 6 bis höchstens 10 Behandlungstage
<b>8-718.3</b>	Mindestens 11 bis höchstens 20 Behandlungstage
<b>8-718.4</b>	Mindestens 21 bis höchstens 40 Behandlungstage
<b>8-718.5</b>	Mindestens 41 bis höchstens 75 Behandlungstage
<b>8-718.6</b>	Mindestens 76 Behandlungstage

Tabelle 9: Übersicht OPS 8-718 für das Weaning

Der in 2019 erstmals 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.



Laut DKR 1001s 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 1001s nicht mehr erforderlich, da fortan einheitliche Regelungen zur Verfügung stehen.





Reimbursement  
und Gesundheits-  
ökonomie

Einleitung  
& Überblick

Beatmung

Intensivmedizin

Infektionen

Literatur, Links  
& Abkürzungen

## 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 <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> * [mmHg]	Peripherer arterieller Katheter
Ausfuhr Urin [l/d]	Linksvorhof-Katheter / Pulmonalis-Katheter
Harnstoff im Serum [g/l]	Hämofiltration / Dialyse
Leukozyten [10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> ]	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 10: 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.





Reimbursement  
und Gesundheits-  
ökonomie

Einleitung  
& Überblick

Beatmung

Intensivmedizin

Infektionen

Literatur, Links  
& Abkürzungen

## OPS 8-98d

### Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur)

- Die patientennahe Pflege erfolgt durch 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 2020 eine vergleichbare fünfjährige Erfahrung in der pädiatrischen Intensivpflege ausreichend
- Die Behandlung erfolgt auf einer für die Behandlung von intensivpflichtigen Kindern und Jugendlichen spezialisierten Einheit unter fachärztlicher Behandlungsleitung: Leitung und Stellvertretung werden entweder durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin/Kinderchirurgie mit der Zusatzweiterbildung Pädiatrische Intensivmedizin wahrgenommen oder durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin/Kinderchirurgie mit der Zusatzweiterbildung Pädiatrische/ Kinderchirurgische Intensivmedizin und einen Facharzt für Anästhesie mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin und mindestens 2 Jahren Erfahrung in der intensivmedizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen
- Kontinuierliche 24-stündige Überwachung (Monitoring von mindestens folgenden Parametern: Herzfrequenz, EKG, Blutdruck, Sauerstoffsättigung, Temperatur, Urinausscheidung) und akute Behandlungsbereitschaft durch ein Team von Pflegepersonal und Ärzten, die in der pädiatrischen Intensivmedizin erfahren sind und die aktuellen Probleme ihrer Patienten kennen
- Eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation muss gewährleistet sein
- Folgende Dienstleistungen/Konsiliardienste stehen zur Verfügung (eigene Abteilung oder fester Kooperationspartner mit kurzfristiger (max. 30-minütiger) Einsatzbereitschaft: Kinderchirurgie, Kinderkardiologie, Radiologie mit Computertomographie und/oder Magnetresonanztomographie und Erfahrung in der Beurteilung von kinderradiologischen Fragestellungen, Neuropädiatrie, Labor und Mikrobiologie
- 24-Stunden-Verfügbarkeit von röntgenologischer und sonographischer Diagnostik und bettseitiger Routinelabor Diagnostik (z.B. Blutgasanalysen, Bestimmung von Elektrolyten, Laktat)
- 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**

- Kontinuierliche 24-stündige Überwachung und akute Behandlungsbereitschaft durch ein Team von Pflegepersonal und Ärzten, die in der Intensivmedizin erfahren sind und die aktuellen Probleme ihrer Patienten kennen
- Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“, der den überwiegenden Teil seiner ärztlichen Tätigkeit auf der Intensivstation ausübt
- Ein Facharzt mit der Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“ (die Behandlungsleitung oder ein anderer Facharzt mit der Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“) muss werktags (Montag bis Freitag) zwischen 8 und 18 Uhr mindestens 7 Stunden auf der Intensivstation anwesend sein. Außerhalb dieser Anwesenheitszeit muss ein Facharzt mit der Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“ innerhalb von 30 Minuten am Patienten verfügbar sein
- Ein Facharzt mit der Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“ (die Behandlungsleitung oder ein anderer Facharzt mit der Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“) muss täglich mindestens eine Visite durchführen
- 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 im eigenen Klinikum:
  - 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 drei der folgenden vier Verfahren im eigenen Klinikum:
  - 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





Reimbursement  
und Gesundheits-  
ökonomie

Einleitung  
& Überblick

Beatmung

Intensivmedizin

Infektionen

Literatur, Links  
& Abkürzungen

- Mindestens 6 von den 8 folgenden Fachgebieten sind innerhalb von maximal 30 Minuten im Krankenhaus als klinisch Konsiliardienste (klinikzugehörig oder aus benachbarten Kliniken) verfügbar: Kardiologie, Gastroenterologie, Neurologie, Anästhesiologie, Viszeralchirurgie, Unfallchirurgie, Gefäßchirurgie, Neurochirurgie
- Tägliche Verfügbarkeit (auch am Wochenende) von Leistungen der Physiotherapie
- 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





Reimbursement  
und Gesundheits-  
ökonomie

Einleitung  
& Überblick

Beatmung

Intensivmedizin

Infektionen

Literatur, Links  
& Abkürzungen

## OPS 8-980

### Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)

- Kontinuierliche 24-stündige Überwachung und akute Behandlungsbereitschaft durch ein Team von Pflegepersonal und Ärzten, die in der Intensivmedizin erfahren sind und die aktuellen Probleme ihrer Patienten kennen
- Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“
- 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
- 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

#### Hinweis:

Die gesamten Kriterien sind im Anhang des OPS-Katalog 2020 zu finden.



## 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	
<b>Diagnose</b>		
J18.9	Pneumonie nicht näher bezeichnet	
<b>Prozeduren</b>		
8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	
<b>Beatmung</b>		
-		
DRG	Text	Relativgewicht
E79C	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komp. Diagnose, ohne äußerst schwere CC od. ein Belegungstag, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne best. mäßig aufwend. Behandlung	0,571
<b>Erlös*</b>	<b>2.101,06 €</b>	
 <b>Pflege-Relativgewicht: 0,8852</b>		

Tabelle 11: Intensivmedizinische Komplexbehandlung 1

### 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	
<b>Diagnose</b>		
J18.9	Pneumonie nicht näher bezeichnet	
<b>Prozeduren</b>		
8-980.11	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 369 bis 552 Aufwandspunkte	
<b>Beatmung</b>		
-		
DRG	Text	Relativgewicht
E77D	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane, Alter > 9 Jahre	1,319
<b>Erlös*</b>	<b>4.853,42 €</b>	
 <b>Pflege-Relativgewicht: 1,2200</b>		

Tabelle 12: Intensivmedizinische Komplexbehandlung 2

\* Berechnet mit dem Bundesbasisfallwert 2020 von 3.679,62 €.



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	
<b>Diagnose</b>		
J18.9	Pneumonie nicht näher bezeichnet	
<b>Prozeduren</b>		
8-980.20	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1104 Aufwandspunkte: 553 bis 828 Aufwandspunkte	
<b>Beatmung</b>		
-		
DRG	Text	Relativgewicht
E36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	5,349
<b>Erlös*</b>		<b>19.682,29 €</b>
 <b>Pflege-Relativgewicht: 2,3105</b>		

Tabelle 13: 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 Bundesbasisfallwert 2020 von 3.679,62 €.



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





## 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**

- **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**
- **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 14: 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 tiefere Auseinandersetzung mit den Themen empfohlen wird.





Reimbursement  
und Gesundheits-  
ökonomie

Einleitung  
& Überblick

Beatmung

Intensivmedizin

Infektionen

Literatur, Links  
& Abkürzungen

## 2.3.1 Bakteriämie

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
<b>A49.9</b>	<b>Bakterielle Infektion, nicht näher bezeichnet inkl. Bakteriämie</b>

Tabelle 15: 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
<b>A54.9</b>	<b>Gonokokkeninfektion, nicht näher bezeichnet</b>

Tabelle 16: 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
<b>A39.4</b>	<b>Meningokokkensepsis, nicht näher bezeichnet inkl. Meningokokken-Bakteriämie o.n.A.</b>

Tabelle 17: ICD-10-GM Kode A39.4 Bakteriämie



## 2.3.2 Sepsis, SOFA & SIRS

### Neu in 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. Von nun an 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  $\geq 2$  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 nun 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 ( $\geq 2$  Punkte) in der Patientenakte ist sowohl für die Diagnosestellung als auch zur Abrechnung und damit im Zweifel 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	PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub>	mmHg (kPA)	$\geq 400$ (53,3)	< 400 (53,3)	< 300 (40)	< 200 (26,7) mit Beatmung	< 100 (13,3) mit Beatmung
Hämostase	Thrombozyten	1000/mm <sup>3</sup>	$\geq 150$	< 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	MAP $\geq 70$	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 18: SOFA Kriterien, in Anlehnung an Vincent, J-L et al. (1998)



## Kodierung der Sepsis

Die Kodierung der Sepsis orientiert sich wie oben beschrieben im 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-)Kodes 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	<b>A41.51</b> 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.	<b>R57.2</b> Septischer Schock
3. Ggf. weitere Organkomplikationen	Weitere Organdysfunktionen sind ebenfalls zu dokumentieren	Zum Beispiel: N17.- akutes Nierenversagen

Tabelle 19: Reihenfolge zur Kodierung einer Sepsis

## Hinweis zum SIRS

Das InEK verweist in den Hinweisen zur Leistungsplanung darauf, dass sich **hinsichtlich der SIRS** (Systematic Inflammatory Response Syndrom) **Definition keine Änderungen** ergeben haben und die **Kodierung wie bislang** erfolgt (vgl. [Abbildung 13](#)). Die Kopplung der R65.-! Kodes 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	<b>J15.5</b> 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	<b>R65.0!</b> 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	<b>U81.20</b> Escherichia coli mit Multiresistenz 3MRGN

Tabelle 20: Reihenfolge bei der Kodierung nach den SIRS Kriterien





Reimbursement  
und Gesundheits-  
ökonomie

Einleitung  
& Überblick

Beatmung

Intensivmedizin

Infektionen

Literatur, Links  
& Abkürzungen

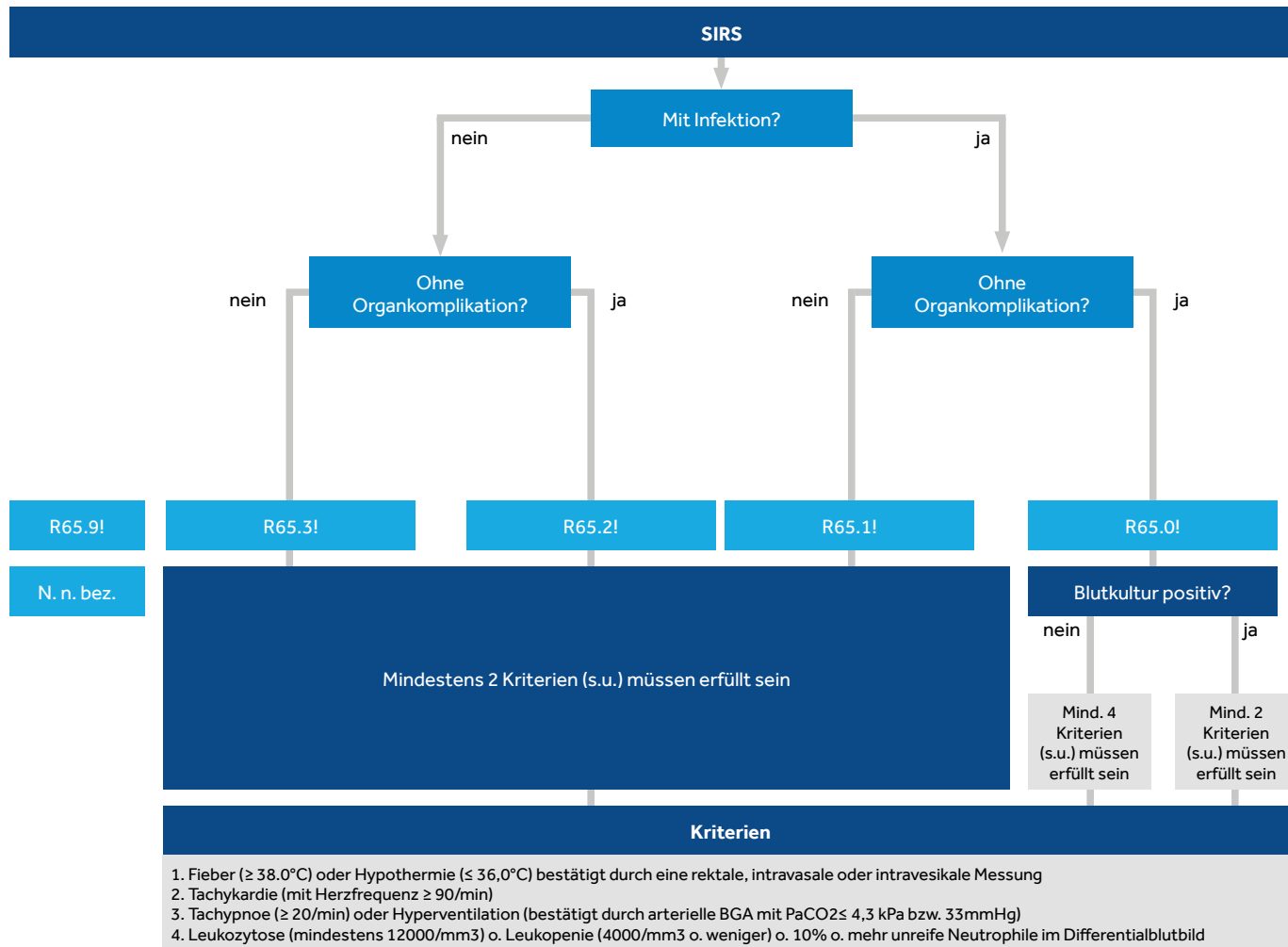


Abbildung 13: SIRS Kriterien gemäß klassifikatorischem Umgang im aG-DRG System 2020



## 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
<b>T80.2</b>	Infektionen nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken Inkl.: Sepsis nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken
<b>T81.4</b>	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert Inkl.: Sepsis nach medizinischen Maßnahmen
<b>T88.0</b>	Infektion nach Impfung [Immunsierung] Inkl.: Sepsis nach Impfung [Immunsierung]

Tabelle 21: ICD-Kodierung möglicher Komplikationen bei Sepsis

### Organkomplikation bei Sepsis

Komplikation	ICD-10	Beschreibung
<b>Arterielle Hypotension; Septischer Schock</b>	<b>R57.2</b>	Systolischer Blutdruck $\leq 90$ mmHg oder mittlerer arterieller Blutdruck $\leq 70$ mmHg oder weniger für min. eine Stunde trotz adäquater Volumenzufuhr; andere Schockursachen ausgeschlossen. ODER: - Für wenigstens zwei Stunden systolischer arterieller Blutdruck $\leq 90$ mmHg bzw. mittlerer arterieller Blutdruck $\leq 70$ 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-	PaO <sub>2</sub> $\leq 10$ kPa ( $\leq 75$ mmHg) unter Raumluft oder ein PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> -Verhältnis von $\leq 33$ kPa ( $\leq 250$ 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 22: ICD Kodierung bei Organkomplikation bei Sepsis



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

- Explizite Sepsis-G-DRGs mit Nennung in G-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 G-DRGs aus dem Fallpauschalenkatalog 2020. Die Erlöse sind kalkuliert mit dem Bundesbasisfallwert 2020 i.H.v. 3.679,62 €.

DRG	Beschreibung	Relativgewicht	DRG-Erlös	Pflegeerlös Bewertungsrelation/Tag
<b>T60A</b>	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation, mit äußerst schweren CC oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte	2,900	10.670,90 €	1,6257
<b>T60B</b>	Sepsis mit kompliz. Konst. od. b. Z.n. Organ-Tx, oh. auß. schw. CC, oh. IntK > 392 / 368 / - Punkte od. oh. kompliz. Konst., auß. b. Z.n. Organ-Tx, m. kompl. Diag. od. auß. schw. CC, Alt. < 18 J. od. m. Para- / Tetrapl. od. kompliz. ERCP od. schwerste CC	1,899	6.987,60 €	1,5802
<b>T60C</b>	Sepsis m. kompliz. Konst. od. b. Z.n. Organ-Tx, oh. auß. schw. CC, oh. IntK > 392 / 368 / - Punkte od. oh. kompliz. Konst., auß. b. Z.n. Organ-Tx, m. kompl. Diag. od. auß. schw. CC, Alt. > 17 J., oh. Para- / Tetrapl., oh. kompliz. ERCP, oh. schwerste CC	1,596	5.872,67 €	1,2718
<b>T60D</b>	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter < 10 Jahre oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte	1,446	5.320,73 €	1,8478
<b>T60E</b>	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	0,772	2.840,67 €	0,9581
<b>T60F</b>	Sepsis, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196/ 184 / - Aufwandspunkte	0,389	1.431,37 €	2,0017
<b>T60G</b>	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	0,246	905,19 €	1,3118

Tabelle 23: Übersicht Sepsis G-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.-!	<b>Grampositive</b> Erreger mit bestimmten Antibiotikaresistenzen, die besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen erfordern
U81.-!	<b>Gramnegative</b> 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 24: 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 25: 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	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	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	1,3,4	2,3
B37.5	Candida-Meningitis	3,4	3
B37.6	Candida-Endokarditis	3,4	3
B37.7	Candida-Sepsis	3,4	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	2,3	1,2,3
D69.53	Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ II	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
<b>D69.58</b>	Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet	1,2,3	1,2,3
<b>D69.80</b>	Hämorrhagische Diathese durch Thrombozytenaggregationshemmer	1,2,3	1,2
<b>D69.88</b>	Sonstige näher bezeichnete hämorrhagische Diathesen	1,2,3	1,2
<b>E87.0</b>	Hyperosmolalität und Hyponatriämie	1,2	1,2,3
<b>E87.1</b>	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	1,2	
<b>E87.5</b>	Hyperkaliämie	1	1
<b>E87.6</b>	Hypokaliämie	1,2	1
<b>G00.1</b>	Pneumokokkenmeningitis	3,4	3
<b>G00.2</b>	Streptokokkenmeningitis	3,4	3
<b>G00.3</b>	Staphylokokkenmeningitis	3,4	3
<b>G00.8</b>	Sonstige bakterielle Meningitis	3,4	3
<b>G01</b>	Meningitis bei anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten	3,4	3
<b>G02.0</b>	Meningitis bei anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten	3,4	2,3
<b>G02.1</b>	Meningitis bei anderenorts klassifizierten Mykosen	3,4	3
<b>G40.3</b>	Generalisierte idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome	1,2,3,4	1,2
<b>G40.6</b>	Grand-Mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet (mit oder ohne Petit-Mal)	1,2,3,4	1,2
<b>G41.0</b>	Grand-Mal-Status	1,2,3,4	1,2,3
<b>G41.1</b>	Petit-Mal-Status	1,2,3,4	1,2,3
<b>G41.2</b>	Status epilepticus mit komplexfokalen Anfällen	1,2,3,4	1,2,3
<b>G41.8</b>	Sonstiger Status epilepticus	1,2,3,4	1,2,3
<b>J13</b>	Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae	1,2,3,4	1,2,3
<b>J14</b>	Pneumonie durch Haemophilus influenzae	1,2,3,4	1,2,3
<b>J15.0</b>	Pneumonie durch Klebsiellapneumoniae	3,4	2,3
<b>J15.1</b>	Pneumonie durch Pseudomonas	1,3,4	2,3
<b>J15.2</b>	Pneumonie durch Staphylokokken	2,3,4	3
<b>J15.3</b>	Pneumonie durch Streptokokken der Gruppe B	1,2,3,4	1,2,3
<b>J15.4</b>	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	3,4	2,3
J15.6	Pneumonie durch andere gramnegative Bakterien	2,3,4	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	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	1,2,3,4	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
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	1,2,3	1,2
Z93.0	Vorhandensein eines Tracheostomas	1,2	1,2

Tabelle 26: 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 27: 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 2020.

Online verfügbar unter: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/>,  
abgerufen am 04.03.2020.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information: OPS Katalog 2020. Online verfügbar unter:

<https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2020/>,  
abgerufen am 04.03.2020.

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/opshtml2020/zusatz-06-anh-aufwandspunkte-intensivmedizin-erwachsene.htm>,  
abgerufen am 04.03.2020.

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

Online verfügbar unter: <https://www.gesetze-im-internet.de/khentgg/>,  
abgerufen am 04.03.2020.

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 04.03.2020.

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 04.03.2020.

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus: Deutsche Kodierrichtlinien 2020.

Online verfügbar unter: [https://www.g-drg.de/G-DRG-System\\_2020/Kodierrichtlinien/Deutsche\\_Kodierrichtlinien\\_2020](https://www.g-drg.de/G-DRG-System_2020/Kodierrichtlinien/Deutsche_Kodierrichtlinien_2020)  
abgerufen am 04.03.2020.





Reimbursement  
und Gesundheits-  
ökonomie

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus: Fallpauschalenkatalog 2019.

Online verfügbar unter: [https://www.g-drg.de/G-DRG-System\\_2020/Fallpauschalen-Katalog/Fallpauschalen-Katalog\\_2020](https://www.g-drg.de/G-DRG-System_2020/Fallpauschalen-Katalog/Fallpauschalen-Katalog_2020)  
abgerufen am 04.03.2020.

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung.

Online verfügbar unter: <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/1.html>,  
abgerufen am 04.03.2020.

Einleitung  
& Überblick

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 04.03.2020.

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 2020 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 2020 auf der Website des InEK**

[http://www.g-drg.de/cms/G-DRG-System\\_2020](http://www.g-drg.de/cms/G-DRG-System_2020)

**Kodierkataloge auf der Website des DIMDI**

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



Reimbursement  
und Gesundheits-  
ökonomie

Einleitung  
& Überblick

Beatmung

Intensivmedizin

Infektionen

Literatur, Links  
& Abkürzungen

## ABKÜRZUNGS VERZEICHNIS

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

[www.medtronic-reimbursement.de](http://www.medtronic-reimbursement.de)

© Medtronic GmbH  
All Rights Reserved. 03/2020

### 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.