

Dr. Boris Rapp

# Intensivmedizin im DRG-System 2008

## Konsequente Weiterentwicklung – ein Überblick

*Die Verbesserung der Abbildung der Intensivmedizin stellte von Beginn des deutschen DRG-Systems an einen entscheidenden Schwerpunkt dar. Wesentliche Meilensteine in diesem Prozess waren die Ausdifferenzierung der Beatmungs-DRGs in der Prä-MDC (2004 und 2005), die Etablierung der Funktion Komplizierende Prozeduren im Jahr 2005 sowie die Einbindung der intensivmedizinischen Komplexbehandlung (Aufwandspunkte nach TISS und SAPS) 2006 und 2007. Wie bereits in den Jahren 2005 bis 2007 stellt der Autor nachfolgend die DRG-Änderungen im Jahr 2008 vor, die die Intensivmedizin betreffen. Für das laufende Jahr wurde die Abbildung dieses Bereiches weiter verfeinert und präzisiert. Gemessen an den Umbauten der Vorjahre sind die Veränderungen im Bereich der Intensivmedizin für 2008 allerdings weniger umfangreich.*

### Intensivmedizinische Komplexbehandlung

Die Intensivmedizinische Komplexbehandlung wurde erstmals im Jahr 2005 – zunächst ohne Erlösrelevanz – in das DRG-System aufgenommen. In den Jahren 2006 und 2007 wurde diese Funktion weiterentwickelt. Das Problem hierbei war, dass in 2006 die Abbildung der intensivmedizinischen Komplexbehandlung ausschließlich auf der Basis einer ergänzenden Datenbereitstellung erfolgte und auch in der letztjährigen Kalkulation die Verschlüsselung dieser Codes noch teilweise unvollständig oder fehlerhaft erfolgte. Daher war die Etablierung spezifischer DRGs für aufwendig intensivmedizinisch versorgte, aber nicht (oder nur kurz) beatmete Patienten in 2007 laut InEK zunächst nur in sieben fallzahlstarken Hauptdiagnosegruppen außerhalb der Prä-MDC möglich: B36, E36, F36, G36, H36, L36, W36. Für 2008 wurden in vier weiteren Hauptdiagnosegruppen neue DRGs eingeführt, bei denen die Komplexbehandlung ab 553 (Basis-DRGs I26, T36)<sup>1)</sup> respektive 1 105 Aufwandspunkten (Basis-DRG R36) gruppierungsrelevant wird.

In den verbleibenden Hauptdiagnosegruppen konnte das InEK bei der Kalkulation ebenfalls teure Fälle identifizieren, aber aufgrund geringerer Fallzahlen keine eigenen DRGs kalkulieren. Daher wurde für diese Fälle eine gemeinsame DRG in der Prä-MDC eingeführt (DRG A36Z: Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen).

Auch innerhalb der Prä-MDC hat es Veränderungen gegeben. Zwar wurde bei langzeitbeatmeten Patienten die TISS/SAPS-Einstufung lediglich als höhergruppierendes Merkmal eingesetzt, primäres Ordnungskriterium bleiben nach wie vor die Beatmungsstunden. In zwei Basis-DRGs wurden aber neue TISS/SAPS-Splits eingebaut (Basis-DRGs A09 und A13).

Die Schwelle für die Erlösrelevanz der Komplexbehandlung wurde auch für 2008 bei 552 Aufwandspunkten belassen. Insgesamt ist bei nun 26 DRGs die Intensivmedizinische Komplexbehandlung ein Gruppierungskriterium (► **Tabelle 1**, Seite 230). Somit werden im Jahr 2008 Fälle aller MDCs bei Vorliegen einer aufwendigen Intensivmedizinischen Komplexbehandlung in spezifischen DRGs abgebildet, allerdings mit zwei Ausnahmen:

- MDC 15 Neugeborene – Grund: die OPS-Kodes aus 8-980 Intensivmedizinische Komplexbehandlung dürfen erst ab dem vollendeten 14. Lebensjahr verschlüsselt werden.
- MDC 22 Verbrennungen – Grund: betroffene Fälle sind mehrheitlich der unbewerteten DRG Y01Z Operative Eingriffe oder Beatmung > 95 Stunden bei schweren Verbrennungen zugeordnet bzw. innerhalb der Basis-DRG Y02 Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation ist ein hoher TISS/SAPS-Score bereits direkt gruppierungsrelevant.

Ab 2008 werden 9 DRGs (2007: 6) ab einem Schwellenwert von mindestens 553 Punkten angesprochen. Eine Übersicht über die Verteilung der Anzahl der DRGs je Schwellenwert gibt

► **Tabelle 2**, Seite 232.

Laut InEK ist mit der G-DRG-Version 2008 der im Jahr 2006 begonnene Umbau des G-DRG-Algorithmus zur Abbildung hochaufwendiger Intensivpatienten auf der Basis der OPS-Kodes Intensivmedizinische Komplexbehandlung weitgehend abgeschlossen, sodass hier in den nächsten Jahren nur mit geringen Änderungen gerechnet werden muss.

Für die Berechnungen zur Intensivmedizinischen Komplexbehandlung im DRG-System 2008 standen dem InEK Falldaten aus 143 Krankenhäusern und insgesamt 127 745 Fälle zur Verfügung.

Tabelle 1: Übersicht DRGs mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung

Veränderung zu 2007	DRG in 2008	DRG-Text	RG 2008
Text wie 2007	A06A	Beatmung > 1.799 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, mit hochkomplexem Eingriff oder IKB > <b>3.680 P.</b>	62,282
Text wie 2007	A07A	Beatmung > 999 und < 1.800 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, mit hochkomplexem oder dreizeitigem komplexen Eingriff oder IKB > <b>3.680 P.</b>	37,832
Text wie 2007	A07C	Beatmung > 999 und < 1.800 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, ohne Polytrauma, ohne komplizierende Prozeduren, Alter > 15 Jahre oder ohne komplexe OR-Prozedur oder Polytrauma, Alter > 15 Jahre, mit IKB > <b>2.208 P.</b>	28,298
Neu in 2008	A09C	Beatmung > 499 und < 1.000 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, Polytrauma oder IKB > <b>3.220 P.</b> , ohne hochkomplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Prozeduren, ohne sehr komplexen Eingriff	17,786
Neu in 2008	A09D	Beatmung > 499 und < 1.000 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, ohne angeborene Fehlbildung oder Tumorerkrankung oder Alter > 2 Jahre, mit komplizierenden Prozeduren, IKB 2.209 bis 3.220 P. oder Alter < 16 Jahre	18,467
Text wie 2007	A09E	Beatmung > 499 und < 1.000 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, ohne angeborene Fehlbildung oder Tumorerkrankung oder Alter > 2 Jahre, ohne komplizierende Prozeduren, Alter > 15 Jahre, mit IKB <b>1.381 bis 2.208 P.</b>	15,904
Text zu 2007 verändert	A11A	Beatmung > 249 und < 500 Stunden mit hochkomplexem Eingriff oder intensivmed. Komplexbeh. > 1.656 P. oder mit Eingriff bei angeborener Fehlbildung, Alter < 2 Jahre oder mit bestimmter OR-Proz. und kompliz. Proz., mit IKB > <b>1.656 P.</b>	17,680
Text wie 2007	A11E	Beatmung > 249 und < 500 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, mit bestimmter OR-Prozedur oder komplizierenden Prozeduren oder IKB > <b>1104 P.</b> oder Alter < 6 Jahre	10,404
Text zu 2007 verändert	A13A	Beatmung > 95 und < 250 Stunden mit hochkomplexem Eingriff oder IKB > <b>1.656 P.</b> oder > <b>1.105 P.</b> mit komplexer OR-Prozedur oder komplizierenden Prozeduren und bestimmter OR-Prozedur oder bei Lymphom und Leukämie	13,242
Neu in 2008	A13B	Beatmung > 95 und < 250 Stunden ohne hochkompl. Eingriff, ohne int. Komplexbeh. > 1.104 P., mit kompliz. Proz. od. sehr kompl. Eingriff oder bei angeb. Fehlbild., Alter < 2 J. oder ohne kompl. OR-Proz., mit IKB > <b>1.104 P.</b> , mit kompliz. Proz.	10,309
Neu in 2008	A13C	Beatmung > 95 und < 250 Stunden ohne kompl. OR-Proz., mit IKB <b>1.105 bis 1.656 P.</b> , außer bei Leukämie und Lymphom, ohne komplizierende Prozeduren oder mit bestimmter OR-Proz. und kompliz. Proz., ohne IKB > 1.104 P.	9,194
Text zu 2007 verändert	A13E	Beatmung > 95 und < 250 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Eingriff bei angeborener Fehlbildung od. Alter > 1 Jahr, mit bestimmter OR-Proz. oder komplizierenden Proz. oder IKB <b>553 bis 1.104 P.</b> oder Alter < 16 Jahre	6,620
Neu in 2008	A36Z	IKB > <b>552 P.</b> bei bestimmten Krankheiten und Störungen	11,384
Text wie 2007	B36A	IKB > <b>1.656 P.</b> oder > <b>1.104 P.</b> mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems	19,128
Text wie 2007	B36B	IKB > <b>1.104 P.</b> und < <b>1.657 P.</b> ohne bestimmte OR-Prozedur oder > 552 P. und < 1.105 P. mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems	11,052
statt E36A und E36B in 2007	E36Z	IKB > <b>552 P.</b> bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	7,498
Text wie 2007	F36A	IKB > <b>1.104 P.</b> bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, mit bestimmter OR-Prozedur	18,459
Text wie 2007	F36B	IKB > <b>552 P.</b> und < <b>1.105 P.</b> bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, mit bestimmter OR-Prozedur	11,668
Text wie 2007	G36Z	IKB > <b>1.104 P.</b> bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	17,259
Text wie 2007	H36Z	IKB > <b>552 P.</b> bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	9,620
Neu in 2008	I26Z	IKB > <b>552 P.</b> bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	11,317
Text wie 2007	L36Z	IKB > <b>552 P.</b> bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane	7,387
Neu in 2008	R36Z	IKB > <b>1.104 P.</b> bei hämatologischen und soliden Neubildungen	18,636
Neu in 2008	T36Z	IKB > <b>552 P.</b> bei infektiösen und parasitären Krankheiten	7,869
Text wie 2007	W36Z	IKB > <b>1.104 P.</b> bei Polytrauma	19,283
Neu in 2008	Y02A	Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation bei Sepsis oder mit komplizierenden Prozeduren, hochkomplexem Eingriff, vierzeitigen bestimmten OR-Prozeduren oder IKB > <b>552 P.</b>	14,943

Bei der A06B besteht im Vergleich zu 2007 keine Relevanz der IKB mehr

Abkürzungen: IKB = Intensivmedizinische Komplexbehandlung, P. = Aufwandspunkte, RG = Relativgewicht

## Komplizierende Prozeduren

Die Funktion „Komplizierende Prozeduren“ wurde für das DRG-System 2008 weiterentwickelt. Wie schon in den vergangenen Jahren werden von dieser Funktion aufwendige Fälle anhand einer Kombination folgender Parameter identifiziert:

- Schwerwiegende Intensiv-Diagnosen (unter anderem Disseminierte intravasale Gerinnung); für 2008 wurde als weitere Diagnose die schwere Gerinnungsstörung *D69.53 Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ II* aufgenommen.
- Beatmung > 24 und < 96 Stunden

- Gabe von Blutprodukten oberhalb einer Schwellendosis
- Dialysemaßnahmen, Apherese und verwandte Verfahren
- Bestimmte Drainagen
- Invasive Monitoringverfahren
- Strahlen- und Chemotherapie
- Reanimationsmaßnahmen
- Lagerungsbehandlungen

**Tabelle 2: Verteilung der Schwellenwerte (Intensivmedizinische Komplexbehandlung)**

>552 P.	>1.104 P.	>1.380 P.	>1.656 P.	>2.208 P.	>3.220 P.	>3.680 P.
9 DRGs	8 DRGs	1 DRG	3 DRGs	2 DRGs	1 DRG	2 DRGs

Dabei müssen weiterhin stets mindestens zwei Parameter vorliegen, wobei nicht jede Konstellation bereits als schweregradsteigernd im Sinne der Funktion „Komplizierende Prozeduren“ gewertet wird. Darüber hinaus war das InEK bemüht, die Definition dieser Funktion in Abhängigkeit von dem zu erwartenden Erlössprung enger oder weiter zu fassen, insbesondere was die Unterscheidung der Funktion innerhalb einer Prä-MDC bzw. außerhalb der Prä-MDC betrifft.

► **Tabelle 3** gibt einen Überblick über die unterschiedliche Schweregradrelevanz der oben genannten Parameter in Abhängigkeit von der MDC bzw. der Basis-DRG innerhalb der Prä-MDC.

Vorschläge aus dem Vorschlagsverfahren, welche die Streichung einzelner Parameter (zum Beispiel der Lagerungsbehandlung) aus der Funktion „Komplizierende Prozeduren“ beinhalteten, konnten über diesen Mechanismus berücksichtigt werden. Im Definitionshandbuch wurden 2008 erstmals die Funktionen „Komplizierende Prozeduren“ in Prä-MDC ([KPP]) und Nicht-Prä-MDC ([KP]) aufgeteilt, was die Übersichtlichkeit und Transparenz weiter erschwert.

Die ► **Tabellen 4 und 5** geben einen Überblick über die 53 DRGs, in denen die Funktion „Komplizierende Prozeduren“ eine Schweregradrelevanz besitzt.

## Beatmung

Bei intensivmedizinischen Patienten mit einer Beatmungszeit über 95 Stunden bleibt weiterhin die Beatmungsdauer das primäre Gruppierungsmerkmal. Die bereits bestehende Einteilung der Zeitklassen wurde 2008 unverändert beibehalten:

**Tabelle 3: Unterschiedliche Gruppierungsrelevanz verschiedener Parameter im Rahmen der Funktion „Komplizierende Prozeduren“ (Quelle: InEK)**

Prozedur	Prä-MDC > 499 Beatmungsstunden	Prä-MDC < 500 Beatmungsstunden	Außerhalb der Prä-MDC
6 bis 11 Erythrozytenkonzentrate	kein Einfluss	schweregradsteigernd	schweregradsteigernd
Lagerungsbehandlung	kein Einfluss	schweregradsteigernd	schweregradsteigernd
Chemotherapie mittlerer und hoher Komplexität	kein Einfluss	schweregradsteigernd	kein Einfluss <sup>2)</sup>
Heparininduzierte Thrombozytopenie (HIT II)	kein Einfluss	schweregradsteigernd	schweregradsteigernd

**Tabelle 4: DRGs der Prä-MDC mit Komplizierenden Prozeduren als Splitkriterium**

MDC	DRGs mit Komplizierenden Prozeduren [KPP] als Splitkriterium	Neu in 2008
Prä-MDC	A07B, A09B, A09D, A11A, A11B, A11C, A11E, A13A, A13B, A13C, A13E, A13F	

- Basis-DRG A06: 1 800 Stunden und mehr
- Basis-DRG A07: 1 000 bis unter 1 800 Stunden
- Basis-DRG A09: 500 bis unter 1 000 Stunden
- Basis-DRG A11: 250 bis unter 500 Stunden
- Basis-DRG A13: 96 bis unter 250 Stunden

Insgesamt finden sich im Katalog 2008 24 DRGs (minus 1) für über 95 Stunden beatmete Patienten, mit einer im Vergleich zu 2007 gestiegenen Relativgewicht-Spreizung von 3,85 (niedrigstes Relativgewicht – RG) bis ca. 62,28 (höchstes RG).

Bei den Splitkriterien wurde in 2008 auf Bewährtes zurückgegriffen, aber die Kriterien laut InEK im Detail weiterentwickelt:

- Intensivmedizinische Komplexbehandlung (TISS/SAPS)
- Komplizierende Prozeduren
- Diagnosen (Polytrauma, Neubildungen, Fehlbildungen)
- Alter (Kindersplits in allen oben genannten 5 Basis-DRGs)
- Operative Eingriffe (Staffelung nach Komplexität)

## Multiresistente Erreger

Bereits für 2006 hatte man neue OPS-Schlüssel zur Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern eingeführt (OPS 8-987.-, vergleiche Dr. Boris Rapp, DRG-Update Intensivmedizin 2006, das Krankenhaus, 1/2006, Seite 32 ff.). Im Jahr 2007 wurden diese Codes erstmals erlösrelevant:

- Es wurden fünf neue DRGs (F77Z, G77Z, K25Z, K77Z, T77Z) eingeführt, bei denen die Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern DRG-gruppierungsrelevant ist.
- Bei zwei weiteren DRGs (E77A, L63A) wurde die Komplexbehandlung als höher gruppierendes Merkmal (Schweregradparameter) eingeführt.

Da man die OPS-Kodes unter 8-987 *Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]* bereits für das Jahr 2006 eingeführt hatte,

lag der Kode für die Berechnungen des DRG-Systems 2008 erstmalig in den regulären Daten vor. Hier zeigte sich aber nun die Komplexbehandlung nicht als ausreichend differenzierter Kostentrenner zur Etablierung neuer DRGs. Zur Vermeidung unnötiger Komplexität hat das InEK für 2008 auf die Ausweitung der Relevanz dieses Parameters verzichtet.

### Chirurgische Komplexbehandlung bei schweren Infektionen

Bereits im Jahr 2007 wurden für die komplexe chirurgische Behandlung bei schweren Infektionen inklusive septischer Komplikationen neue OPS-Schlüssel (8-989.-) in den Katalog aufgenommen, welche gleichzeitig zu einer intensivmedizinischen Komplexbehandlung und/oder der Durchführung einer Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion durch multiresistente Erreger kodiert werden können.

Sämtliche mit dem OPS-Katalog kodierbare Maßnahmen, wie zum Beispiel die Gabe von Blutprodukten und Medikamenten, die Behandlung durch Vakuumversiegelung oder Lagerungsbehandlungen, können ebenfalls gesondert kodiert werden.

An Mindestmerkmalen für die Schlüssel wurden für 2007 definiert (in 2008 unverändert):

- Leitung der chirurgischen Komplexbehandlung durch einen Facharzt einer chirurgischen Disziplin
- Mehrzeitiges operatives Vorgehen in Narkose oder Regionalanästhesie zur Therapie der Infektion und/oder Sicherung der Behandlungsergebnisse (inklusive Revisions- und Folgeeingriffe)
- Einsatz aufwendiger Versorgungsformen an jedem Behandlungstag (durchschnittlich 30 Minuten/Tag) wie zum Beispiel durchgeführte Operationen, aufwendige Verbandwechsel, offene Wundbehandlung oder Debridement-Bad, Spül-(Saug-)Drainage oder Anwendung einer Vakuumversiegelung
- Hygiene- bzw. Infektionsmonitoring mit 24-stündigem Zugriff (auch extern) auf Leistungen und Befunde

Die Unterteilung des 8-989 erfolgt nach den Behandlungstagen:

- 8-989.0 Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage
- 8-989.1 Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage
- 8-989.2 Mindestens 21 bis höchstens 27 Behandlungstage
- 8-989.3 Mindestens 28 bis höchstens 34 Behandlungstage
- 8-989.4 Mindestens 35 bis höchstens 41 Behandlungstage
- 8-989.5 Mindestens 42 bis höchstens 48 Behandlungstage
- 8-989.6 Mindestens 49 Behandlungstage

**Tabelle 5: DRGs außerhalb der Prä-MDC mit Komplizierenden Prozeduren als Splitkriterium**

MDC	DRGs mit Komplizierenden Prozeduren [KP] als Splitkriterium	Neu in 2008
01 (Nervensystem)	B02A, B02B, B02C, B02D	B39A, B66A
04 (Atmungsorgane)	E62A, E62B	
05 (Herz-Kreislaufsystem)	F03Z, F05Z, F06Z, F07Z, F08Z, F09Z, F14A, F14B, F15Z, F53A	
06 (Verdauungsorgane)	G03A, G16A, G19A, G46A, G46B, G46C	G48A, G48B, G48C
07 (Hepatobiliäres System/Pankreas)	H07A	
08 (Muskel-Skelett-System/Bindegewebe)	I02A, I02B, I02C, I22A, I22B	
18B Infektiöse und parasitäre Erkrankungen)	T01A, T60A, T60B, T60C, T61A	
21A Polytrauma	W02A, W04A	
21B Verletzungen/Vergiftungen/toxische Wirkungen		X01A
22 (Verbrennungen)	Y02A	Y02B

Das InEK hat für den Katalog 2008 versucht, die neuen OPS-Schlüssel mit Hilfe einer ergänzenden Datenbereitstellung durch speziell von der Fachgesellschaft benannte Kalkulationskrankenhäuser als Splitkriterium einzuführen. Aufgrund einer geringen Fallzahl aus wenigen Krankenhäusern war jedoch eine Etablierung dieses Attributs als Kostentrenner in der diesjährigen Weiterentwicklung nicht möglich. Dieser nach der Behandlungsdauer unterteilte Komplexcode könnte aber künftig eine noch differenziertere Abbildung von septischen Komplikationen ermöglichen.

### Intensivmedizinische Behandlung von Kindern

Die Abbildung der intensivmedizinischen Behandlung von Kindern war bislang im DRG-System nicht ausreichend umgesetzt. Dies lag insbesondere daran, dass die bestehenden Prozeduren für intensivmedizinische Komplexbehandlung (OPS 8-980.-) nur für Patienten ab 14 Jahren angegeben werden konnten. Intensivmedizinisch versorgte Kinder konnten daher bisher nur über Alterssplits oder kinderspezifische Diagnosesplits abgebildet werden. ▶

– Anzeige –

## Wirtschaftlicher bauen?

Mit ALHO Kliniken in Systembauweise



www.alho.de



Um diese Lücke zu schließen, wurde für 2008 ein neuer OPS-Schlüssel 8-98c *Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter* eingeführt, der in den nächsten Jahren (unter Umständen schon über eine ergänzende Datenlieferung im Jahr 2009) erlösrelevant werden kann. Für Kinder führt man aber nicht die TISS/SAPS-Dokumentation ein, sondern hat andere Mindestmerkmale definiert und insbesondere eine Aufteilung nach der Behandlungsdauer vorgenommen (siehe ► **Kasten rechts**).

## ICD 10-Diagnosen und CCL-Matrix

Die Weiterentwicklung des ICD-10-GM-Kataloges scheint weitgehend abgeschlossen. Die Menge der jährlichen Änderungen ist überschaubar. Intensivmedizinisch relevant für 2008 sind unter anderem:

- Die Einführung eines eigenen Diagnoseschlüssels für die Infektion des Verdauungstraktes durch Zytomegalieviren (B25.80†)
- Die Einführung eines Codes zur Kodierung der Kalziphylaxie (E83.50)
- Ein neuer ICD-Kode zur Kodierung der Fallot-Pentalogie (Q21.80)
- Die Einführung einer 5. Stelle für die Kodierung der Adipositas (E66.0-E66.9), die eine Klassifizierung nach Body-Mass-Index möglich macht. Die fünften Stellen 0, 1, 2 und 9 sind für Patienten von 18 Jahren und älter anzugeben:
  - 0 Body-Mass-Index [BMI] von 30 bis unter 35
  - 1 Body-Mass-Index [BMI] von 35 bis unter 40
  - 2 Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr
  - 9 Body-Mass-Index [BMI] nicht näher bezeichnet

Für Patienten von 0 bis unter 18 Jahren ist die 5. Stelle 9 anzugeben.

Eine wesentliche Neuerung ist die Schaffung eines ICD-Kodes zur Dokumentation einer nosokomialen Pneumonie. Bislang war es nicht möglich, nosokomiale Infektionen als solche zu kennzeichnen.

Unter dem Kapitel „U69.0! Sekundäre Schlüsselnummern für Zwecke der externen Qualitätssicherung“ wurde der Code „U69.00! Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie bei Patienten von 18 Jahren und älter“ als Zusatzcode eingeführt, das heißt, dieser Schlüssel kann zusätzlich zu einer kodierten Haupt- oder Nebendiagnose aus dem Bereich Pneumonie dokumentiert werden.

Folgende Hinweise wurden zu diesem neuen ICD-Kode aufgenommen:

„Unter einer im Krankenhaus erworbenen Pneumonie versteht man eine Pneumonie, deren Symptome und Befunde die CDC-Kriterien (siehe ► **Kasten** auf Seite 235) erfüllen und frühestens 48 Stunden nach der Aufnahme in ein Krankenhaus auftreten oder sich innerhalb von 28 Tagen nach der Entlassung aus einem Krankenhaus manifestieren. Die Einstufung als im Krankenhaus erworbene Pneumonie bedeutet nicht automatisch, dass ein kausaler Zusammenhang zwi-

## 8-98c Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur)

Hinweis: Dieser Kode gilt für Patienten, die bei stationärer Aufnahme älter als 28 Tage und schwerer als 2 500 Gramm sind, bis unterhalb des vollendeten 14. Lebensjahres Mindestmerkmale:

- Behandlung auf einer auf die Behandlung von intensivpflichtigen Kindern spezialisierten Einheit unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung „Pädiatrische Intensivmedizin“). Die Stellvertretung muss auch die Zusatzweiterbildung „Pädiatrische Intensivmedizin“ besitzen. (Sofern die Zusatzweiterbildung für die Stellvertretung noch nicht vorliegt, ist zur Aufrechterhaltung bereits bestehender Versorgungsangebote Übergangsweise bis zum Jahresende 2009 eine vergleichbare mehrjährige Erfahrung in der pädiatrischen Intensivmedizin ausreichend.)
- 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 maximal 30-minütiger Einsatzbereitschaft): Kinderchirurgie, Kinderkardiologie, Kinderradiologie mit Computertomographie, Neuropädiatrie, Labor und Mikrobiologie.
- 24-Stunden-Verfügbarkeit von röntgenologischer und sonographischer Diagnostik und bettseitiger Routinelabor Diagnostik (zum Beispiel Blutgasanalysen, Bestimmung von Elektrolyten, Laktat).
- Spezielle intensivmedizinische Prozeduren wie Transfusion von Plasma und Plasmabestandteilen, Plasmaferese und Immunadsorption, Maßnahmen im Rahmen der Reanimation unter anderem sind gesondert zu kodieren.

8-98c.0 Bis 24 Stunden

8-98c.1 Mehr als 24 bis höchstens 72 Stunden

8-98c.2 Mehr als 72 bis höchstens 120 Stunden

8-98c.3 Mehr als 120 bis höchstens 240 Stunden

8-98c.4 Mehr als 240 bis höchstens 480 Stunden

8-98c.5 Mehr als 480 bis höchstens 720 Stunden

8-98c.6 Mehr als 720 Stunden

schen der medizinischen Behandlung und dem Auftreten der Infektion existiert, es ist auch kein Synonym für ärztliches oder pflegerisches Verschulden. Die Schlüsselnummer ist nur von Krankenhäusern, die zur externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V verpflichtet sind und nur für vollstationäre Fälle anzugeben. Die Schlüsselnummer dient als Abgrenzungskriterium in der Qualitätssicherung ambulant erworbener Pneumonien.“ (Quelle: www.dimdi.de, OPS Katalog 2008)

### Definition der Pneumonie nach CDC-Kriterien<sup>3)</sup>

Röntgenuntersuchung des Thorax weist ein neues oder progressives und persistierendes Infiltrat, eine Verdichtung, Kavitation oder einen pleuralen Erguss auf und mindestens eines der folgenden Kriterien:

- Fieber ( $\geq 38,3$  °C) ohne andere mögliche Ursachen
- Leukopenie ( $< 4\,000$  Leukozyten/mm<sup>3</sup>) oder Leukozytose ( $> 12\,000$  Leukozyten/mm<sup>3</sup>)
- Für Erwachsene  $> 70$  Jahre: veränderter mentaler Status, der keine anderen Ursachen haben kann (pneumoniebedingte Desorientierung) und mindestens zwei der folgenden Kriterien:
  - neues Auftreten von eitrigem Sputum oder Veränderung der Charakteristika des Sputums
  - neu aufgetretener oder verschlimmter Husten, Dyspnoe oder Tachypnoe
  - Rasselgeräusche oder bronchiale Atemgeräusche
  - Verschlechterung des Gasaustausches ( $PaO_2/FiO_2 \leq 240$ ), gesteigerter Sauerstoffbedarf oder Beatmungsnötigkeit

Wie bereits im Jahr 2007 begonnen, wurde vom InEK an der Überarbeitung der so genannten CCL-Matrix<sup>4)</sup> weitergearbeitet. Hier lag ein Schwerpunkt in der Abwertung bzw. Streichung zahlreicher ICD-Kodes in der Liste erlösrelevanter Nebendiagnosen.<sup>5)</sup> Hiervon betroffen sind insbesondere viele unspezifische Diagnosen internistischer Krankheitsbilder (zum Beispiel Herz-, Niereninsuffizienz, Diabetes, COPD), nur bei der spezifischen Kodierung wurde die Erlösrelevanz belassen. Darüber hinaus sind auch zahlreiche Laborauffälligkeiten (unter anderem Hypo- und Hyperosmolalität, Azidose [bereits 2007], Hypo- und Hyperkaliämie, Flüssigkeitsüberschuss, Aszites, Blutungsanämie), kardiologische Befunde (Angina pectoris [bereits 2007], Vorhofflimmern) und pflegerelevante Diagnosen (unter anderem Harninkontinenz, Harnwegsinfektion, Stuhlinkontinenz, Kachexie und Demenz [bereits 2007]) aus der CCL-Matrix gestrichen oder abgewertet worden.

Aber die CCL-Matrix wurde punktuell auch ausgeweitet. Eine Übersicht über intensivmedizinisch relevante in die CCL-Matrix aufgenommene bzw. aufgewertete ICD-Kodes gibt

► **Tabelle 6** auf Seite 236.<sup>6)</sup>

## OPS-Katalog/Prozeduren

Im Bereich der Prozeduren hat es für die Intensivmedizin 2008 ebenfalls nur kleinere Änderungen gegeben. Bereits oben wurde die intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter vorgestellt. Darüber hinaus hat es unter anderem die folgenden intensivmedizinisch relevanten Anpassungen gegeben:

- Einführung weiterer OPS-Kodes für die Lagerungsbehandlung:
  - 8-390.5 Lagerung im Weichlagerungsbett mit programmierbarer automatischer Lagerungshilfe
  - 8-390.6 Lagerung im Spezialweichlagerungsbett für Schwerebrandverletzte
- Neuer Schlüssel zur Dokumentation der (Analgo-)Sedierung (8-903) bei Patienten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres
- Differenzierung des Kodes „8-931 Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes“ in
  - 8-931.0 Ohne kontinuierliche reflektionspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung und
  - 8-931.1 Mit kontinuierlicher reflektionspektrometrischer Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung

Auch ein OPS-Schlüssel für die Obduktion „9-990 Klinische Obduktion bzw. Obduktion zur Qualitätssicherung“ (nur Obduktionen, die nicht von einem Gericht, einem Gesundheitsamt oder einer Versicherung angefordert wurden) wurde in den OPS-Katalog 2008 aufgenommen. Allerdings stellt sich hier die leistungsrechtliche Frage, ob dieser Code überhaupt bei einem Patienten kodiert werden kann, da das Versichertenverhältnis mit dem Tod endet. Insofern können Sachverhalte nach dem Tod für die Abrechnung des Patienten keine Berücksichtigung finden. Da der Schlüssel aber im Jahr 2008 keine Erlösrelevanz besitzt, sollte eine Erfassung dennoch erwogen werden, um die Obduktion als derzeit nicht eigens vergütete Leistung zu dokumentieren. ►

– Anzeige –

reporter - Data Warehouse System



- **integrieren** - Zusammenfassung der Daten aus Ihrem KIS und anderen Quellen
- **sehen** - wahrnehmen, auswerten, erkennen
- **verstehen** - reporter - Ihre Entwicklungsumgebung für richtige Entscheidungen

KIMdata GmbH - Krankenhaus Information Management  
 Telefon: 08021 508813 • Web: [www.kimdata.de](http://www.kimdata.de)

**Tabelle 6: CCL-Matrix: Intensivmedizinisch relevante Aufwertungen und Aufnahmen**

ICD 2006	Text	Status
U80.3	Enterococcus faecium mit Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika, Oxazolidinone, Streptogramine, oder mit High-Level-Aminoglykosid-Resistenz	Aufnahme
U80.5	Enterobacter, Citrobacter und Serratia mit Resistenz gegen Carbapeneme, Chinolone oder Amikacin	Aufnahme
U80.6	Pseudomonas aeruginosa und andere Nonfermenter mit Resistenz gegen Carbapeneme, Chinolone, Amikacin, Ceftazidim oder Piperacillin/Tazobactam	Aufnahme
U80.7	Burkholderia und Stenotrophomonas mit Resistenz gegen Chinolone, Amikacin, Ceftazidim, Piperacillin/Tazobactam oder Cotrimoxazol	Aufnahme
U81	Bakterien mit Multiresistenz gegen Antibiotika	Aufnahme
U84	Herpesviren mit Resistenz gegen Virustatika	Aufnahme
I71.00	Dissektion der Aorta nicht näher bezeichneter Lokalisation, ohne Angabe einer Ruptur	Aufwertung
I71.01	Dissektion der Aorta thoracica, ohne Angabe einer Ruptur	Aufwertung
I71.02	Dissektion der Aorta abdominalis, ohne Angabe einer Ruptur	Aufwertung
I71.03	Dissektion der Aorta, thorakoabdominal, ohne Angabe einer Ruptur	Aufwertung
I71.04	Dissektion der Aorta nicht näher bezeichneter Lokalisation, rupturiert	Aufwertung
I71.05	Dissektion der Aorta thoracica, rupturiert	Aufwertung
I71.06	Dissektion der Aorta abdominalis, rupturiert	Aufwertung
I71.07	Dissektion der Aorta, thorakoabdominal, rupturiert	Aufwertung
I71.1	Aneurysma der Aorta thoracica, rupturiert	Aufwertung
I71.3	Aneurysma der Aorta abdominalis, rupturiert	Aufwertung
I71.5	Aortenaneurysma, thorakoabdominal, rupturiert	Aufwertung
I71.8	Aortenaneurysma nicht näher bezeichneter Lokalisation, rupturiert	Aufwertung
T86.00	Versagen eines Transplantates hämatopoetischer Stammzellen	Aufwertung
T86.01	Akute Graft-versus-host-Krankheit, Grad I und II	Aufwertung
T86.02	Akute Graft-versus-host-Krankheit, Grad III und IV	Aufwertung
T86.10	Akute Funktionsverschlechterung eines Nierentransplantates	Aufwertung
T86.12	Verzögerte Aufnahme der Transplantatfunktion	Aufwertung
T86.19	Sonstige und nicht näher bezeichnete Funktionsstörung, Versagen und Abstoßung eines Nierentransplantates	Aufwertung
T86.2	Versagen und Abstoßung eines Herztransplantates	Aufwertung
T86.3	Versagen und Abstoßung eines Herz-Lungen-Transplantates	Aufwertung
T86.41	Chronische Funktionsverschlechterung eines Lebertransplantates	Aufwertung
T86.49	Sonstige und nicht näher bezeichnete Funktionsstörung, Versagen und Abstoßung eines Lebertransplantates	Aufwertung
T86.81	Versagen und Abstoßung: Lungentransplantat	Aufwertung
T86.82	Versagen und Abstoßung: Pankreastransplantat	Aufwertung
T86.88	Versagen und Abstoßung: Sonstige transplantierte Organe und Gewebe	Aufwertung

## Fazit

Die Abbildung der Behandlung intensivmedizinischer Patienten im DRG-System scheint nahezu abgeschlossen. Die Änderungen für das Jahr 2008 bestehen hauptsächlich in der Detaillierung der bestehenden Parameter.

Hoffnungen von Krankenhäusern, dass die Intensivmedizinische Komplexbehandlung wieder abgeschafft wird, haben sich nicht erfüllt. Vielmehr festigt sich diese durch eine zunehmend bessere Datenbasis. Ähnliches gilt für die Komplizierenden Prozeduren, die inzwischen auch nicht mehr aus dem

DRG-System wegzudenken sind. In der Prä-MDC bleiben die Beatmungsstunden weiterhin das primäre Gruppierungsmerkmal. Die Splitkriterien der Basis-DRGs werden aber immer weiter verfeinert.

In den nächsten Jahren sind noch Änderungen bei der intensivmedizinischen Behandlung von Kindern zu erwarten, was die Einführung eines spezifischen Kodes für die Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Kindern andeutet. Ansonsten ist den Krankenhäusern anzuraten, die bestehenden Parameter und Funktionen optimal umzusetzen, denn gerade im Bereich der Intensivmedizin können Kodiernachlässigkeiten erhebliche Erlöseinbußen zur Folge haben.

Literatur beim Verfasser

## Anmerkungen

- 1) Innerhalb der Basis-DRG Y02 Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation ist ein hoher TISS/SAPS-Score ab 553 Punkten bereits direkt gruppierungsrelevant.
- 2) Da außerhalb der Prä-MDC Patienten typischerweise nicht intensivmedizinisch versorgt werden.
- 3) Quelle: Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung; CDC = Centers for Disease Control, USA
- 4) Mit CCL-Matrix wird die Liste der CCL-bewerteten Diagnosen bezeichnet, die bei der Berechnung des Fallgesamtschweregrades (PCCL) eine Rolle spielen. Der PCCL ist Splitfaktor bei zahlreichen Basis-DRGs.
- 5) Für Details siehe den Beitrag: „Diagnosen-Bumrang“ in diesem Heft.
- 6) Auszug, die komplette Liste kann unter [www.drg.de](http://www.drg.de) heruntergeladen werden. Bereits 2007 wurden andere Kodes für multiresistente Erreger in die CCL-Matrix neu aufgenommen: U80.2 Enterococcus faecalis mit Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika, Oxazolidinone, oder mit High-Level-Aminoglykosid-Resistenz, U80.4 Escherichia, Klebsiella und Proteus mit Resistenz gegen Chinolone, Carbapeneme, Amikacin, oder mit nachgewiesener Resistenz gegen alle  $\beta$ -Lactam-Antibiotika, U82 Mykobakterien mit Resistenz gegen Antituberkulotika, U83 Candida mit Resistenz gegen Fluconazol oder Voriconazol, U85 Humanes Immundefizienz-Virus mit Resistenz gegen Virustatika oder Proteinaseinhibitoren.

## Anschrift des Verfassers

Dr. Boris Rapp, Kaufmännischer Direktor, MediClin Klinik an der Lindenhöhe, Bertha-von-Suttner-Straße 1, 77654 Offenburg, [boris.rapp@web.de](mailto:boris.rapp@web.de)