

Dr. Boris Rapp

Die Intensivmedizin übernimmt ab 2005 eine deutlich erweiterte Rolle im DRG-System

Zu Beginn der Einführung des DRG-Systems in Deutschland war die Intensivmedizin ökonomisch unterrepräsentiert. Nur durch dokumentierte Beatmungsstunden fand eine gering differenzierte Abbildung der intensivmedizinischen Leistungen statt. Mit der schrittweisen Anpassung der Abrechnungspauschalen an die deutsche Behandlungsrealität wurden feinere Kriterien definiert, die eine aufwandsgerechte Darstellung dieser kosten- und ressourcenintensiven Patienten ermöglichen. Nachfolgend werden diese Möglichkeiten erläutert, um einen Überblick über die Thematik zu vermitteln. Entscheidend wird sein, ob tatsächlich alle Leistungen im Abrechnungssystem erfasst werden, denn die nur manuelle Dokumentation in der Krankenakte kann keine Erlössteigerung bewirken.

„Komplizierende Prozeduren“

So genannte komplizierende Prozeduren wurden im deutschen DRG-System erstmalig für 2005 in den Gruppierungsalgorithmus integriert. Dazu wird die Zahl bestimmter Prozeduren und/oder Diagnosen abgefragt, die dann getrennt vom PCCL-Wert¹⁾ in die DRG-Ermittlung eingeht. Gerade sehr aufwändige Fälle, wie sie auf Intensivstationen behandelt werden, sollen mit dem neuen Splitt-Kriterium eine bessere ökonomische Berücksichtigung finden. Hierfür wurden im DRG-Definitionshandbuch des INEK für die DRG-Eingruppierung 3 Tabellen definiert, in denen die neuen komplizierenden Prozeduren aufgeführt sind. Zu dieser Gruppe zählen unter anderem zahlreiche Transfusions- und Plasmapherese-Arten, Dialyse- und Drainagemaßnahmen sowie die Bestrahlungstherapien. Aber auch Monitoring- und Reanimationsmaßnahmen sowie Port- und ZVK-Anlagen finden sich in der Liste wieder. Darüber hinaus werden hierbei Defibrinationssyndrome als Diagnosen mit berücksichtigt. Tabelle 1 gibt einen Überblick.

Der Parameter „komplizierende Prozeduren“ kann im Algorithmus die Ausprägung „ja“ oder „nein“ annehmen. Um

Tabelle 1: Übersicht komplizierende Prozeduren ab 2005

Tabellenbezeichnung lt. Definitionshandbuch	Übersicht über enthaltene Prozeduren
Prozedur TAB-KOM-2	Venöse Katheterverweilsysteme, Transfusionen (Vollblut-, Erythrozyten-, Thrombozytenkonzentrate), Plasmapheresen, Zellapheresen, kontinuierliche Dialyseverfahren, Monitoringmaßnahmen (EEG, hirnvenöse Sauerstoffsättigung), Lagerungsbehandlung
Prozedur TAB-KOM-3	Pleuradrainage (therapeutisch, beidseits)
Prozedur TAB-KOM 4	Therapeutische Drainagen, strahlen- und nuklearmedizinische Therapien, Reanimationsmaßnahmen, intermittierende Dialyseverfahren

den Status „ja“ zu erreichen, müssen unterschiedliche Kriterien erfüllt sein. Insgesamt wurden die folgenden 8 Kombinationsmöglichkeiten vergeben:

- 2 Prozeduren in Tabelle TAB-KOM-2,
- Prozedur (mit Zusatzkennzeichen beidseits) in Tabelle TAB-KOM-3,
- Prozedur in Tabelle TAB-KOM-2 und Prozedur in Tabelle TAB-KOM-4,
- Prozedur in Tabelle TAB-KOM-4 und als Nebendiagnose ein Defibrinationssyndrom,
- Prozedur in Tabelle TAB-KOM-4 und Beatmung zwischen 24 und 96 Stunden,
- Prozedur in Tabelle TAB-KOM-2 und als Nebendiagnose ein Defibrinationssyndrom,
- Prozedur in Tabelle TAB-KOM-2 und Beatmung zwischen 24 und 96 Stunden,
- Beatmung zwischen 24 und 96 Stunden und Defibrinationssyndrom.

Ist der Status „ja“ gesetzt, beeinflussen die „komplizierenden Prozeduren“ das Gruppierungsergebnis von 17 DRGs. Das Problem besteht darin, dass bis 2004 die meisten dieser Prozeduren noch gar keine ökonomische Relevanz besaßen und somit häufig bei der Kodierung vergessen wurden. Hierzu zählen zum Beispiel Reanimationsmaßnahmen, ZVK- und Portanlagen oder spezielle Lagerungsbehandlungen. Auch Erythrozyten- und Thrombozytenkonzentrate finden bereits ab 6 Konzentraten Berücksichtigung. Die fehlende Kodierung kann ab 2005 fatale finanzielle Folgen haben. Für die Häuser, deren Datensätze vollständig sind, bildet dieses neue Kriterium eine deutlich gerechtere Vergütung der meist hochaufwändigen Intensivfälle.

Beatmung

Zur verbesserten Abbildung wurde ab 2005 das System der langzeitbeatmeten Fälle erheblich umgestaltet. Jetzt erfolgt eine Differenzierung nach operierten und nicht operierten Fällen, was zu einer sachgerechteren Leistungsabbildung führt. Es finden sich in der Prä-MDC nur noch 5 (statt bislang 7) nach der Beatmungsdauer differenzierte Basis-DRGs. Da diese allerdings unter Berücksichtigung von über die Beatmung hinausgehenden Leistungen umfassend untergliedert wurden, existieren jetzt 19 statt bisher 9 DRGs zur Abbildung dieses komplexen Patientenspektrums. Als Splitt-Kriterium innerhalb der Beatmungs-DRGs sind ab 2005 erstmals wirksam:

- Operationen am Herzen,
- Implantationen von Herzschrittmachern oder Defibrillatoren,

Tabelle 2: Beispiel für die Relevanz der Diagnosen Sepsis und Agranulozytose

DRG	Partition	DRG-Bezeichnung	Bewertungsrelation
R61B	M	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne Dialyse, mit Sepsis	3,016
R61C	M	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, mit Agranulozytose oder Portimplantation	2,186
R61D	M	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose , ohne Portimplantation, mit äußerst schweren CC	1,723
R61E	M	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose , ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC, mit komplexer Diagnose oder Osteolyse	0,894
R61F	M	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose , ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne Osteolyse	0,867

- Organtransplantationen,
- Status „Komplizierende Prozeduren“,
- weitere Prozeduren, die als komplex definiert sind (Liste großer Operationen sowie die operative Reanimation gemäß Definitionshandbuch²⁾).

Über die genannten reinen Beatmungs-DRGs hinaus existieren noch 29 weitere Gruppen für die Abbildung von Beatmungsfällen in 7 spezifischen Hauptdiagnosekategorien. Hierzu zählen zum Beispiel die Fälle, die bei der konservativen Behandlung des Schlaganfalls über 96 Stunden beatmet werden müssen sowie Beatmungen bei Transplantationen, Polytrauma-Patienten, Schwerbrandverletzten, Patienten mit Erkrankungen der Atmungs- bzw. Kreislauforgane sowie bei Neugeborenen mit zum Teil unterschiedlichen Schwellenwerten der Stunden.

Besonders zu berücksichtigen ist, dass ab 2005 bei insgesamt 5 DRGs die Beatmung bereits über 24 Stunden gruppierungsrelevant ist.³⁾ Darüber hinaus können sie zwischen 24 und 96 Stunden den Status „komplizierende Prozeduren“ beeinflussen. Bei Leber- und Lungentransplantationen wirken sich Beatmungen bereits ab 59 bzw. 47 Stunden als gruppierungsrelevant aus. Die früher noch geltende Maßregel, dass erst ab 96 Stunden eine Kodierrelevanz besteht, gilt für 2005 definitiv nicht mehr.

Tabelle 3: Beispiel für die Relevanz der Diagnose „Zustand nach Organtransplantation“

DRG	Partition	DRG-Bezeichnung	Bewertungsrelation
E77A	M	Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane bei Zustand nach Organtransplantation oder komplexe Diagnose mit schweren CC	1,550
E77B	M	Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane außer bei Zustand nach Organtransplantation , ohne komplexe Diagnose mit schweren CC, mit äußerst schweren CC oder komplexer Diagnose	1,168

Zur Beatmung zählt auch die CPAP-Behandlung⁴⁾ und zwar immer dann, wenn sie im Rahmen der Entwöhnung angewandt wird. In diesen Fällen wird die Dauer der Entwöhnung bei der Berechnung der Beatmungsdauer eines Patienten hinzugezählt. Hierbei kann es mehrere Versuche geben, den Patienten vom Beatmungsgerät zu entwöhnen.⁵⁾

Sepsis, Agranulozytose und SIRS

Nebendiagnosen waren schon zu Beginn als Schweregradkriterium vorhanden. Allerdings wurde nicht auf einzelne Diagnosen abgezielt, sondern eine Gesamtbewertung in Summe durchgeführt. Hierfür wurden alle Diagnosen aus dem ICD-Katalog mit einem so genannten CCL-Wert bewertet. Für jeden Patienten wurde aus allen kodierten Nebendiagnosen ein Gesamtwert bestimmt, der PCCL-Wert. Dieser wird als Gruppierungskriterium für die einzelnen DRG-Pauschalen auch noch in 2005 eingesetzt. Neu hinzugekommen ist, dass auch einzelne Diagnosen eine Eingruppierung steuern können. Hierzu zählen die Sepsis und die Agranulozytose, die bei ausgewählten DRGs eine veränderte Zuordnung bewirken (siehe Tabelle 2).

Sollten diese Codes bei der Kodierung vergessen werden, kann das erhebliche ökonomische Auswirkungen haben. Bei einem Lymphom-Patienten mit sonst nicht relevanten Nebendiagnosen kann allein das Weglassen des ICD-

... Services der GSD -
denn wir sind Berater, keine Jasager
www.gsd.de

Schlüssels für die Sepsis einen geringeren Erlös von fast 5 600 €⁶⁾ bewirken. Ähnliches gilt für die Agranulozytose, die bei dem gleichen Patienten ohne Sepsis bei Weglassen immerhin einen um 3 430 € geringeren Erlös bedeutet.

Andere Diagnosen, die bislang auch eher bei der Kodierung vernachlässigt wurden, zeigen jetzt ebenfalls erhebliches ökonomisches Gewicht. Hierzu zählen die Patienten, die eine Organtransplantation erhalten haben. Dieser Zustand kann als Nebendiagnose mitkodiert werden. Hierzu stehen zum Beispiel die Codes Z94.0 (Zustand nach Nierentransplantation), Z94.1 (Zustand nach Herztransplantation), Z94.2 (Zustand nach Lungentransplantation), Z94.4 (Zustand nach Lebertransplantation) oder Z94.80 bzw. Z94.81 (Zustand nach hämatopoetischer Stammzellentransplantation mit/ohne Immunsuppression) zur Verfügung. Ab 2005 gibt es einige DRGs, bei denen diese Nebendiagnose die Einteilung bestimmt, ein Beispiel zeigt Tabelle 3.

Allein die fehlende Nebendiagnose „Zustand nach Organtransplantation“ würde im Beispielfall ein um 0,382 geringeres Effektivgewicht bringen, was einem Betrag von ca. 990 €⁷⁾ weniger entspricht. Bei jedem organtransplantierten Patienten sollte also eine entsprechende Nebendiagnose kodiert werden. Dabei ist es irrelevant, wann die Transplantation stattgefunden hat. Sie kann auch bereits Jahre zurückliegen. Von der Organtransplantation beeinflusste

Tabelle 4: Kodiermöglichkeiten für das Systemische inflammatorische Response-Syndrom (SIRS)

ICD-Kode	ICD-Text
R65.0!	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese ohne Organkomplikation
R65.1!	SIRS infektiöser Genese mit Organkomplikation
R65.2!	SIRS nichtinfektiöser Genese ohne Organkomplikation
R65.3!	SIRS nichtinfektiöser Genese mit Organkomplikation
R65.9!	SIRS, nicht näher bezeichnet

Basis-DRGs sind neben der genannten E77 darüber hinaus die E62, T01, T60 und die T63.

Neuerdings steht ab Januar auch erstmals ein Kode für das systemische inflammatorische Response-Syndrom zur Verfügung (SIRS), der aber keine der gerade genannten Mechanismen auslöst. Dieser Kode wurde als Zusatzkode eingerichtet und muss immer in Verbindung mit der Sepsis oder der zugrunde liegenden Ursache (zum Beispiel Nekrose, Autoimmunkrankheit oder lokalisierte Entzündung) kodiert werden. Obwohl nur als Zusatzkode vorhanden, wurde dennoch eine hohe CCL-Bewertung zugeordnet, so dass über den beschriebenen Mechanismus der Gesamt-PCCL-Berechnung in einigen Fällen eine Erlösrelevanz besteht. Die für SIRS verfügbaren Codes sind in Tabelle 4 zusammengefasst.

Neben diesen konkreten Diagnosen wurde für viele DRGs auch eine Liste „komplexer Diagnosen“ definiert. Diese Detaillierung findet sich meist schon im DRG-Text. Hier sollten die einzelnen Häuser im DRG-Definitionshandbuch evaluieren, inwieweit diese komplexen Diagnosen jeweils korrekt und vollständig erfasst werden, denn auch hier gilt, dass eine Nichtkodierung mit deutlich geringeren DRG-Erlösen einhergeht.

Polytrauma

Die Abbildung von Polytrauma-Fällen ist über Fallpauschalen nur unbefriedigend möglich. Aus diesem Grund konnten für 2005 für diesen Bereich keine grundlegenden Änderungen erreicht werden. Verbessert hat sich zumindest die Darstellung langzeitbeatmeter Polytraumata ab 2005 durch eine Differenzierung der Langzeitbeatmungs-Basis-DRGs A06, A07 und A09 je nach Vorliegen eines Polytraumas. Wie bereits im Vorjahr sind auch für 2005 die 3 DRG-Pauschalen W01A (Polytrauma mit Beatmung oder Kraniotomie, mit Frührehabilitation), W05Z (Frührehabilitation bei Polytrauma mit OR-Prozedur) sowie W40Z (Frührehabilitation bei Polytrauma) nicht über den Fallpauschalen-Katalog mit festen Relativgewichten vergütet. Diese Gruppen sind krankenhausindividuell mit den Kostenträgern zu vereinbaren. Hier muss von den einzelnen Häusern eine detaillierte Fallkalkulation vorgelegt werden. Gerade dort, wo eine Kostenträgerrechnung noch nicht etabliert ist, kann das zu Schwierigkeiten bei der genauen Berechnung führen.

Eine bundesweite Kalkulation von Relativgewichten ist sehr schwierig, da die Behandlungskosten von Polytraumata deutlich variieren. Das liegt an der vom Erkrankungs-

muster abhängigen Verweildauer und vor allem auch an den unterschiedlichen operativen und nichtoperativen Behandlungsmaßnahmen. In vielen Fällen sind interdisziplinäre und mehrfache Operationen bei diesen Patienten im selben Aufenthalt notwendig. Aus diesem Grund ist auch in den nächsten Jahren nicht mit einer merklichen Verbesserung in diesem Bereich zu rechnen.

Zusatzentgelte

Für Deutschland hatte man erkannt, dass einige Besonderheiten nicht über die DRG-Pauschalen abzubilden sind und so genannte Zusatzentgelte – also zusätzlich abzurechnende Leistungen – eingeführt. Im Fallpauschalenkatalog 2005 wurde das System dieser Entgelte auf zahlreiche Blutprodukte, Antimykotika, Gerinnungsfaktoren, Plasmabestandteile, Immunmodulatoren und Zytostatika ausgeweitet. Zumindest die 5 Erstgenannten spielen für die Intensivmedizin eine wichtige Rolle.

Blutprodukte wie Erythrozyten- und Thrombozytenkonzentrate konnten bislang schon über OPS-Ziffern erfasst werden. Allerdings wurden sie bis zum letzten Jahr über die DRG-Pauschalen vergütet. Ab 2005 ist es erstmals möglich, für diese Produkte Zusatzentgelte abzurechnen. Das betrifft aber hauptsächlich erst Gaben von 16 Konzentraten und mehr pro Gesamtaufenthalt.⁸⁾ Dann ist die zusätzliche Abrechnung neben der DRG-Fallpauschale möglich. Auf Intensivstationen werden diese Mengen häufiger transfundiert, so dass sich auf diesem Wege die hohen Kosten gegebenenfalls decken lassen.

Bei den als Zusatzentgelte abzurechnenden Antimykotika handelt es sich um die Wirkstoffe Caspofungin, liposomales Amphotericin B und Voriconazol, die in der Regel auf Intensivstationen zum Einsatz kommen. Je nach Krankenhaus nehmen sie in der Gruppe der Antimykotika einen Anteil zwischen ca. 10 und 20 Prozent des Gruppenumsatzes ein. Sie lassen sich ab 2005 gesondert mit den Kostenträgern vereinbaren und abrechnen. Ähnlich den Blutprodukten erfolgt eine gestaffelte Rechnungsstellung je nach der verabreichten Menge.

Das gilt auch für Gerinnungsfaktoren und Plasmabestandteile, die ebenfalls in die Gruppe der Zusatzentgelte 2005 fallen. Hierbei handelt es sich um polyvalentes Human-Immunglobulin, Antithrombin III sowie Prothrombinkomplex. Die Immunmodulatoren Filgrastim und Lenograstim lassen sich ab 2005 erst ab einer Gesamtmenge von 250 bzw. 300 Mio. Einheiten abrechnen, was für die wenigsten Patienten zutreffen wird. Auch die Abrechnung dieser Zusatzentgelte muss mit den Krankenkassen in den Budgetverhandlungen vereinbart werden und erfolgt ebenfalls mengenabhängig.

Nosokomiale Infektionen

In 2005 bleiben die nosokomialen Infektionen Stiefkind der Kodierung. Bereits 2004 hatte man hier Codes für Antibiotikaresistenzen eingeführt, diese aber ohne CCL-Bewertung und somit ohne ökonomische Relevanz belassen. Die korrekte Kodierung nosokomialer Infektionen stellt hohe Anforderungen an die dokumentierenden Mitarbeiter. Als

Tabelle 5: Übersicht über die Parameter für die Intensivmedizinische Komplexbehandlung

Parameter	Scoring-System	Mögliche Punktwerte
Alter des Patienten	SAPS II	0, 7, 15, 16, 18
Alveolärer Sauerstoff-Partialdruck (paO ₂ /FiO ₂)	SAPS II	6, 9, 11
Aufnahmestatus (medizinisch, geplante OP, Notfall-OP)	SAPS II	0, 6, 8
Bikarbonat im Serum	SAPS II	0, 3, 6
Bilirubin im Serum	SAPS II	0, 4, 9
Diuresemenge	SAPS II	0, 4, 11
Harnstoff im Serum	SAPS II	0, 6, 10
Herzfrequenz	SAPS II	0, 2, 4, 7, 11
Kalium im Serum	SAPS II	0, 3
Leukozytenzahl	SAPS II	0, 3, 12
Natrium im Serum	SAPS II	0, 1, 5
Systolischer Blutdruck	SAPS II	0, 2, 5, 13
Temperatur	SAPS II	0, 3
Vorerkrankung (Metastasierende oder hämatologische Neoplasie, AIDS)	SAPS II	0, 9, 10, 17
Aktion außerhalb Intensivstation (Diagnostik, OP)	TISS 10	0, 5
Apparative Beatmung	TISS 10	0, 5
Behandlung einer metabolischen Azidose/Alkalose	TISS 10	0, 4
Flüssigkeitsersatz in hohen Mengen (> 5 l/24h)	TISS 10	0, 4
Hämofiltration/ Dialyse	TISS 10	0, 3
Infusion multipler Katecholamine (>1)	TISS 10	0, 4
Intrakranielle Druckmessung	TISS 10	0, 4
Linksvorhof-Katheter/ Pulmonalis-Katheter	TISS 10	0, 8
Peripher arterieller Katheter	TISS 10	0, 5
Spezielle Intervention auf Intensivstation (Intubation, Tracheotomie, Kardioversion, Endoskopie, Bronchoskopie, Pleuradrainagen, Notfall-OP)	TISS 10	0, 5

Beispiel sei die Dokumentation einer nosokomialen Pneumonie angeführt, die sich bei einer Infektion mit MRSA aus 5 zu erfassenden Codes zusammensetzt:

- J15.2 Staphylokokken-Pneumonie (CCL-bewertet),
- B96.6! Erreger: Staph. aureus (CCL-bewertet),
- U80.0! Antibiotikaresistenz (keine CCL-Bewertung),
- Z22.3 MRSA-Keimträger (keine CCL-Bewertung),
- Z29.0 Isolierung einer Person (keine CCL-Bewertung).

Auch wenn nur die beiden ersten Diagnosecodes eine ökonomische Auswirkung haben können, sollte dennoch stets die komplette Kodierung erfolgen, damit diese Date bei der Weiterentwicklung der DRGs berücksichtigt werden. Insgesamt muss für den Bereich der nosokomialen Infektionen festgestellt werden, dass es in 2005 keine Verbesserung gegeben hat.

Intensivmedizinische Komplexbehandlung

Eine besondere Herausforderung stellt die Dokumentation der in 2005 neu eingeführten „Intensivmedizinischen Komplexbehandlung“ dar. Hierbei handelt es sich um ein System von Aufwandspunkten, mit dem Intensivpatienten täglich bewertet werden können. Zum Einsatz kommen die internationalen Scoring-Systeme SAPS II⁹⁾ und Core-10-

TISS.¹⁰⁾ Die Anzahl der Aufwandspunkte für die Intensivmedizinische Komplexbehandlung errechnet sich aus der Summe der täglichen SAPS II-Punkte (ohne Glasgow-Coma-Scale) und der Summe von 10 täglich ermittelten aufwändigen Leistungen aus dem TISS-Katalog, jeweils als Gesamtwert über die Verweildauer auf der Intensivstation. Erfasst werden die jeweils schlechtesten Werte innerhalb der vergangenen 24 Stunden. Eine Übersicht über alle zu dokumentierenden Parameter gibt Tabelle 5. An jedem Tag ist für alle Patienten der Intensivstation jede der genannten Kriterien mit einem Punktwert zu bestimmen.

Einschränkend gilt die Dokumentation nur für Intensivstationen mit kontinuierlicher 24-stündiger Überwachung durch ein Team aus Pflegekräften und Ärzten, die in der Intensivmedizin erfahren sind, mit ständiger ärztlicher Anwesenheit. Darüber hinaus müssen die Patienten mindestens 24 Stunden auf der Intensivstation verblieben sein. Die Punkte aus sämtlichen Intensivtagen werden am Ende des Aufenthalts zu einem Gesamtwert addiert, der dann in Form eines OPS-Schlüssels dokumentiert werden kann.

Für 2005 hat die Dokumentation der intensivmedizinischen Komplexbehandlung noch keine Erlösrelevanz. Es ist aber damit zu rechnen, dass diese Prozedur in den nächsten Jahren als Splitt-Kriterium oder Zusatzentgelt Berücksichtigung findet. Um dann mit den Kostenträgern realistische Mengenplanungen durchzuführen, die meist auf der Basis der kodierten Daten des Vorjahrs erfolgen, sollte zeitnah mit einer vollständigen Bestimmung der Aufwandspunkte

begonnen werden. Die Krankenhausträger stehen in der Verpflichtung, den Ärzten bei der Dokumentation eine funktionierende EDV-Unterstützung an die Hand zu geben, weil eine täglich händische Zusammenstellung der 24 Parameter einen extrem hohen Zeitaufwand darstellt und ohnehin einige Parameter bereits im Krankenhausinformationssystem oder in Subapplikationen zur Verfügung stehen.

Fazit

Vergleicht man die Abbildung der Intensivmedizin in 2005 mit der Einführung des DRG-Katalogs im Jahr 2002, hat sich die Darstellung dieser hochaufwändigen Leistungen deutlich verbessert. Heute stehen zahlreiche neue Differenzierungs- und Splittkriterien zur Verfügung, die über die Beatmungsstunden hinaus eine ökonomische Auswirkung haben können. Auch der Bereich der Zusatzentgelte wirkt sich auf die Intensivmedizin aus. Durch die Einführung neuer OPS-Ziffern wie die „Intensivmedizinische Komplexbehandlung“ wird schließlich angestrebt, auch in den nächsten Jahren geeignetes Datenmaterial zur Verfügung zu haben, um das System gerechter zu gestalten.

Eines darf man allerdings nicht vergessen. Bei beatmeten und unter Umständen polytraumatisierten Patienten sind der pauschalierten Vergütung Grenzen gesetzt. Die Behandlungsverläufe sind so unterschiedlich, dass eine Standardisierung auch langfristig kaum möglich sein wird. Es bleibt abzuwarten, ob hier der Weg einer weiteren Differenzierung der Gruppierungsalgorithmen gegangen wird oder ob der Gesetzgeber andere Finanzierungsmodelle für die Intensivmedizin entwickeln kann.

Literatur/Anmerkungen

- 1) patient complexity and comorbidity level (ergibt sich aus den jeder Nebendiagnose zugewiesenen CCL-Werten)
- 2) Definitionshandbuch des G-DRG-Fallpauschalen-Katalogs Version 2005, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK gGmbH), www.g-drg.de
- 3) Folgende DRGs: E09Z, E40Z, E43Z, F40Z, F43Z
- 4) Kontinuierlicher positiver Atemwegsdruck
- 5) Deutsche Kodierrichtlinien, DKR 1001d
- 6) Unter der Annahme eines Basisfallwerts von 2 600 €
- 7) Unter der Annahme eines Basisfallwerts von 2 600 €
- 8) Geringere Mengen gelten für patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate oder Thrombozytenkonzentrate aus Apherese.
- 9) Simplified Acute Physiology Score
- 10) Core-10-TISS enthält die 10 aufwändigsten Parameter des TISS-28-Katalogs (TISS = Therapeutic Intervention Scoring System).

Anschrift des Verfassers:

Dr. Boris Rapp,
MediClin AG – Stab Strategische Planung,
Okenstraße 27, 77652 Offenburg,
E-Mail: boris.rapp@mediclin.de ■

Die passende Fallpauschale sofort finden!



Krankenhausrecht 2005
2005. XXIII, 222 Seiten. Kartoniert € 14,-
ISBN 3-406-53274-8

Die neue Textausgabe

bietet vor allem die von den Spitzenverbänden der Krankenversicherungen und den Krankenhausträgern vereinbarten **Fallpauschalen zur Abrechnung und Erstattung von Krankenhausleistungen** für das Jahr 2005. Neben den umfangreichen Katalog der Fallpauschalen sind auch alle übrigen Anlagen – etwa zu den Zusatzentgelten – abgedruckt.

Aus dem Inhalt:

- **Krankenhausfinanzierungsgesetz**, zuletzt geändert durch das 2. FPÄndG vom 15.12.2004
- **Krankenhausentgeltgesetz** (Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen), zuletzt geändert durch das 2. FPÄndG
- **Fallpauschalenvereinbarung mit Fallpauschalen-Katalog G-DRG Version 2005 mit Anlage zu Zusatzentgelten und allen weiteren Anlagen.**

Bestellen Sie bei Ihrem Buchhändler oder bei:

Verlag C.H.Beck · 80791 München · beck.de · E-Mail: bestellung@beck.de · Fax: 089/38189-402



Preis inkl. MwSt. / 138113