

Vorwort zur 13. Auflage

Jedes Jahr ändert sich das German DRG-System (G-DRG) auf ein Neues, für 2020 gab es den größten Eingriff in der Geschichte des DRG-Systems mit der Herausnahme der Pflegepersonalkosten aus der DRG-Vergütung. Was dies für das nun aG-DRG-System genannte Fallpauschalensystem bedeutet, ist noch nicht absehbar.

Für die Intensivmedizin gab es mit der längst überfälligen Reform der Beatmungsrichtlinie 1001 ebenfalls eine — allerdings ersehnte — Änderung für 2020. Neben der Zählweise der Beatmungsstunden wurden auch nicht invasive Beatmungen wie HFNC bezüglich der Vergütung definiert. Dies war wegen eines negativen Urteils des BSG vom Juli 2019 dringend geworden. Alle diese Änderungen werden im Leitfaden erläutert, ebenso wie die Erweiterung der Definition des Weaningkodes 8-718. Die größte Änderung der letzten Jahre in der Intensivmedizin betraf die Einführung der „aufwendigen“ intensivmedizinischen Komplexbehandlung (8-98f) ab 2013, die deutlich aufwendigere Mindestmerkmale und Vorhalteleistungen fordert. Seit 2015 führt diese Prozedur zu einer Auftrennung in zwei verschiedene Arten einer intensivmedizinischen Abrechnung: Fälle mit dem aufwendigen Kode führen in deutlich höher vergütete DRGs, teilweise können Splits nur über die aufwendigen Intensivkomplexkodes überhaupt erreicht werden. Das Prinzip wurde für 2020 beibehalten und nur in Details angepasst. Diese Neuerungen werden im Leitfaden ausführlich dargestellt. Die Erlösrelevanz der Intensivmedizin hat in den letzten Jahren noch einmal deutlich zugenommen. Inzwischen führen auch wenige Tage Intensivbehandlung in vielen „normalen“ operativen oder internistischen DRGs zu Mehrerlösen.

Seit 2014 wurden die Intensivkomplexpunkte mit den Beatmungsstunden kombiniert, um eine der Beatmungs-DRGs anzusteuern. Dies führte zu einer Aufwertung der Punkte und einer relativen Abwertung der Beatmungsstunden. Das InEK hat in diese Richtung minimale Änderungen für 2020 vorgenommen



mit dem Ziel, die ausschließliche Beatmungsdauer als Erlösfaktor weiter abzuwerten und in die Gesamtbehandlung einzubetten.

Im Jahr 2016 wurde die medizinische Definition der Sepsis überarbeitet, nun gelten nicht mehr die SIRS-, sondern die SOFA-Kriterien. Die Neuerungen sind im Leitfaden ausführlich erläutert. Bei Redaktionsschluss bestand Unsicherheit, ob die auf SIRS basierenden Abrechnungsregeln weiter Anwendung finden oder bereits in 2020 auf die neue Definition der Sepsis auch für die Abrechnung umgestellt wird.

Sehr herzlich danken möchten wir unserer Kollegin Susanne Leist für die kritische Durchsicht und Ergänzungen des Beatmungskapitels sowie Lutz Frankenstein für die Überlassung des Infarktkapitels aus seinem Leitfaden „Kardiologie“, den wir zur Vertiefung der kardiologischen Kodierung sehr empfehlen. Ein ausdrücklicher Dank gilt Jannis Radeleff, der diesen Leitfaden begründet hat, inzwischen aber aufgrund beruflicher Neuorientierung die Weiterführung in unseren Händen belassen hat. Wir werden alles tun, uns dieser Verantwortung würdig zu erweisen. Für ihn ist als Autor und Spezialist für Beatmung Claus-Peter Kreutz eingestiegen.

Nehmen Sie bei Fragen und Verbesserungsvorschlägen wie üblich Kontakt mit den Autoren auf: nur durch Ihr Feedback lebt dieser Kodierleitfaden und richtet sich an die praktischen Anwender im Krankenhaus. Ein Dank voran an alle Leser für Ihre Kommentare und Hinweise.

Heidelberg, Januar 2020
Die Autoren

