

## Vorwort zur 12. Auflage

Jedes Jahr ändert sich das German DRG-System (G-DRG) auf ein Neues, in den letzten Jahren sind jedoch nur noch wenige systemweite Anpassungen erfolgt, was für die zunehmende Reife des Systems spricht.

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 Intensivkomplexcodes überhaupt erreicht werden. 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 weitere Änderungen für 2019 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. Trotzdem finden weiterhin die alten, auf SIRS basierenden Abrechnungsregeln Anwendung. Die Umstellung bedeutet einen größeren Eingriff in das DRG-System.

Weiterhin ist die Dauer der Beatmung aufgrund der neuen und nicht invasiven Beatmungsformen sowie des zunehmend aus-

schleichenden Endes der Beatmung zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern strittig. Ebenso werden neue, nicht invasive Verfahren von den MDKen als Beatmung hinterfragt, so die High Flow Nasenkanüle bei Säuglingen. Möglicherweise werden erst der Bundesschlichtungsausschuss oder der BSG hier eine Klarstellung vornehmen. Diese werden für 2019 erwartet.

Im Bereich der Beatmung ist der neue OPS-Kode für das Weaning erwähnenswert, der erstmals Mindestkriterien für ein korrektes Weaning aus Sicht der Selbstverwaltung definiert. Der neue Kode wird ausführlich dargestellt, auch im Kontext der Zählung der Beatmungsstunden.

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. Neu begrüßen dürfen wir dafür als Autoren und Spezialisten für Beatmung Claus-Peter Kreutz!

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, März 2019  
Die Autoren