

Hinweise zu Kodierung und Vergütung - **Update 2024**

# Erweitertes hämodynamisches Monitoring PulsioFlex Monitoring Plattform



Das Monitoring physiologischer Parameter ist ein entscheidender Faktor für das zielgerichtete Management kritisch kranker Patienten. Lange Zeit beherrschten stark invasive Monitoring-Methoden die klinische Praxis. Diese werden aktuell seltener, dafür aber indikationsgerecht eingesetzt. Je nach Anforderung und Zustand des Patienten kann mithilfe der unterschiedlichen Technologien zum hämodynamischen Monitoring von Getinge eine zielgerichtete wenig bis nicht invasive individuelle Überwachung erfolgen.

Neben der medizinischen Versorgung der Patientinnen und Patienten, sind eine Vielzahl administrativer Aufgaben Bestandteil des klinischen Alltags. In besonderem Maße relevant ist hier die Erlössicherung, die von der Zusammenarbeit zwischen den medizinischen Leistungserbringern und der administrativen Umsetzung abhängt. Grundlage einer aufwandsgerechten Vergütung ist eine korrekte medizinische Dokumentation und fachgerechte Kodierung. Um dies zu erreichen, möchten wir Ihnen mit dieser Broschüre eine Orientierungshilfe zur Verfügung stellen. Sie finden auf den folgenden Seiten Informationen zu Kodierung relevanter Prozeduren-Kodes und Hinweise zur Abbildung der Überwachungslösungen von Getinge im DRG-System. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass die Broschüre trotz größtmöglicher Sorgfalt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, Richtigkeit und Aktualität erhebt.

Wenn im Rahmen dieser Broschüre von der PulsioFlex Plattform gesprochen wird, sind damit alle Getinge Technologien des erweiterten hämodynamischen Monitorings gemeint. Das schließt den Vorgänger PiCCO<sub>2</sub> sowie die Anwendung unserer Technologien in Überwachungssystemen anderer Hersteller im Rahmen so genannter OEM-Module mit ein. Bei der Nutzung dieser Module ist ein möglicherweise abweichender Leistungsumfang im Einzelfall zu prüfen.

### Relevante Prozeduren

Die Erlösrelevanz eines medizinischen Verfahrens oder Produkts innerhalb des Fallpauschalen-Systems kann nur beurteilt werden, wenn dessen Anwendung in dem vorgegebenen Klassifikationssystem (OPS-Katalog) abbildbar ist, d.h. hinreichend dokumentiert werden kann. Da die

### Abkürzungsverzeichnis

BWR	Bewertungsrelation	HZV	Herzeitvolumen	OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
BBFW	Bundesbasisfallwert	IABP	Intraaortale Ballonpumpe	PBWR	Pflege-Bewertungsrelation
CM	Case Mix	ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten	PCI	Percutaneous coronary intervention - Perkutane Koronarintervention
CMI	Case Mix Index	InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH	PECLA	Pumpenlose Extrakorporale Membranoxygenierung
DRG	Diagnosis Related Groups – Diagnosebezogene Fallgruppen	LBFW	Landesbasisfallwert	Prä-MDC	den MDCs vorgeschaltete Hauptdiagnosegruppe
DKR	Deutsche Kodierrichtlinien	MD	Medizinischer Dienst (vormals Medizinischer Dienst der Krankenkassen)	SAPS	Simplified Acute Physiology Score
ECLS	Extracorporeal Life Support System	MDC	Major Diagnostic Group – Hauptdiagnosegruppe	TISS	Therapeutic Intervention Scoring System
ECMO	Extrakorporale Membranoxygenierung	ND	Nebendiagnose	VWD	Verweildauer
FoKa	Fachausschuss für die ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung	OEM	Original Equipment Manufacturer (Hersteller des Originalerzeugnisses)	ZE	Zusatzentgelt
G-DRG	German Diagnosis Related Groups				
HD	Hauptdiagnose				
HLM	Herz-Lungen-Maschine				

Auswahl einer DRG neben der Hauptdiagnose jedoch maßgeblich von den durchgeführten (und dokumentierten) Prozeduren abhängt, kann ein im OPS-Katalog nicht adäquat abgebildetes Verfahren keine direkte Erlösrelevanz entwickeln.

Leider ist die explizite Kodierung der Monitoring-Technologien im aktuellen OPS-Katalog nicht immer ausreichend möglich. Grund hierfür ist in erster Linie das Prinzip der monokausalen Kodierung:

Mit einem Einzelcode sollen neben der eigentlichen Prozedur alle im Zusammenhang stehenden, notwendigen Komponenten abgebildet sein. Im Fall eines operativen Eingriffs sind daher damit verbundene Tätigkeiten, wie die Vorbereitung, Lagerung, Anästhesie oder auch die intraoperative Überwachung im OPS-Code des Eingriffs bereits enthalten. Für den Einsatz eines Monitoring-Systems im Rahmen der perioperativen Überwachung bedeutet das jedoch, dass eine explizite Kodierung für diesen Anwendungsbereich nicht möglich ist. [1]

Im Zentrum der Betrachtungen hinsichtlich der Erlösrelevanz steht deshalb der Einsatz der Technologien zur Überwachung intensivmedizinisch versorgter Patienten. In erster Linie kommt hier die PiCCO Technologie zum Einsatz. Dabei handelt es sich um eine weniger invasive und kosteneffiziente Überwachungsform für die Bestimmung wichtiger hämodynamischer Parameter kritisch kranker Patienten. Das System ermöglicht eine transpulmonale Thermodilution, mit deren Hilfe die arterielle Pulsconturanalyse zusätzlich präzise kalibriert wird. Dieses Monitoringinstrument ist über eine OPS-Kodierung nicht direkt gruppierungsrelevant, im Rahmen der intensivmedizinischen Komplexbehandlungen entfaltet es aber weitreichende Erlöswirkung.

Auch wenn nicht alle PulsioFlex Technologien adäquat kodiert werden können, ist die Dokumentation im Rahmen der bestehenden Möglichkeiten des OPS-Katalogs dennoch sinnvoll und notwendig um eine bestmögliche Leistungsabbildung zu gewährleisten. Neben dem Zweck der Abrechnung, existieren natürlich noch weitere Dokumentationsgründe, die nicht zu vernachlässigen sind. Der Schwerpunkt dieser Broschüre liegt jedoch auf Fragen der Kodierung und Vergütung, sodass zunächst die grundsätzlich in Frage kommenden OPS-Kodes betrachtet werden.

Bei Anwendung der PiCCO sowie der CeVOX Technologie ist die Anlage eines zentralvenösen Katheters notwendig. Für die Kodierung des Zugangs stehen die Codes der folgenden Gruppe zur Verfügung:

<b>8-831</b>	<b>Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße</b>
8-831.0	Legen
8-831.1	Wechsel
8-831.x	Sonstige
8-831.y	N. n. bez

Der Anwendungsbereich der PulsioFlex Monitoring Plattform erstreckt sich von prä-, intra- und postoperativer HZV-Überwachung bis hin zum komplexen hämodynamischen Management kritisch erkrankter Patientinnen und Patienten auf Intensivstationen. Im Rahmen einer intensivmedizinischen Versorgung ist es möglich OPS-Kodes für das Patientenmonitoring zu kodieren. Zur Begriffsklärung der intensivmedizinischen Versorgung existiert im OPS-Katalog keine Definition. Ersatzweise kann die Deutsche Kodierrichtlinie des InEK herangezogen werden. Die darin enthaltene spezielle Kodierrichtlinie zur maschinellen Beatmung wurde im Rahmen der weitreichenden Überarbeitung für das Jahr 2020 um eine Definition dieses Begriffs erweitert. Dort heißt es, dass es sich um Patienten handelt, 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 (...)“ [1]. Des Weiteren ist als Mindestvoraussetzung für die intensivmedizinische Versorgung neben der akuten Behandlungsbereitschaft ein Monitoring von Atmung und Kreislauf genannt. Zur Kodierung der verschiedenen Überwachungsverfahren steht im OPS-Katalog die Gruppe 8-93 Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf zur Verfügung. Für alle im Folgenden vorgestellten OPS-Kodes dieser Gruppe gilt, dass sie nur einmal pro stationärem Aufenthalt und nur für intensivmedizinisch versorgte Patienten anzugeben sind.

8-930 Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes

Diese Prozedur beinhaltet [3]:

- kontinuierliches EKG-Monitoring
- Blutdruckmonitoring
- Messung der Atemfrequenz
- Sauerstoffsättigung
- sonstige Vitalparameter sowie deren Bilanzierung

Mit diesem OPS-Kode kann auch der Einsatz der ProAQT Technologie erfasst werden. Der ProAQT-Sensor wird in das bestehende Blutdruckmesssystem integriert und erlaubt eine minimalinvasive, zuverlässige und physiologische Auswertung des hämodynamischen Status des Patienten.

ProAQT eignet sich insbesondere zur perioperativen Überwachung von Patienten. Aufgrund des bereits erläuterten Prinzip der monokausalen Kodierung (siehe Seite 3) kann ein Monitoring in diesem Zusammenhang jedoch nicht zusätzlich zur operativen Prozedur kodiert werden. Ist allerdings eine intensivmedizinische Betreuung über die übliche postoperative Überwachung hinaus notwendig, sollte an die Kodierung eines entsprechenden OPS-Kodes gedacht werden.

Zusätzliche, kontinuierliche Überwachung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung mit Hilfe der CeVOX Technologie:

8-931.1 Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes mit kontinuierlicher reflektionspektrometrischer Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung

Zu berücksichtigen ist, dass die Messung des zentralvenösen Venendruckes Bestandteil des Kodes ist. Der für die CeVOX-Sonde benötigte Zugang kann über einen standardmäßigen zentralvenösen Katheter erfolgen. Die Umsetzung beider Messungen ist somit über einen Zugang gleichzeitig möglich.

Bestimmung des Herzzeitvolumens (HZV) mit Hilfe der PiCCO Technologie:

8-932 Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Pulmonalarteriendruckes

Gemäß den ergänzenden Erläuterungen beinhaltet dieser OPS-Kode, neben der Messung des zentralen Venendruckes, den Einsatz der Pulswellenkonturanalyse und der Pulsdruckanalyse zur Bestimmung des HZV. Damit ist davon auszugehen, dass die PiCCO Technologie, die mit der Pulskonturanalyse arbeitet, mit diesem Kode abgebildet ist. Ergänzend ist allerdings darauf hinzuweisen, dass zur Anwendbarkeit dieses OPS-Kodes bei Einsatz der PiCCO Technologie unterschiedliche Auffassungen bestehen können. Die abweichende Auslegung von Formulierungen von OPS-Kodes sind generell häufige Gründe für einen Dissens zwischen Krankenhäusern und dem Medizinischen Dienst (MD) im Rahmen eines Prüfverfahrens.

Hinsichtlich der DRG-Gruppierung haben die eben dargestellten OPS-Kodes zum Patientenmonitoring keinen direkten Einfluss und können auch die Höhe der Erlöse daher nicht beeinflussen. Im Bereich der intensivmedizinischen Versorgung gibt es allerdings noch eine weitere Gruppe von OPS-Kodes, die weitreichende Erlösrelevanz aufweisen: die intensivmedizinischen Komplexbehandlungen. Im Rahmen dieser Komplexkodes kann das erweiterte hämodynamische Monitoring mit Hilfe der PiCCO Technologie abgebildet werden und beeinflusst dann die Erlöse. Informationen hierzu finden Sie im nächsten Kapitel.

## Intensivmedizinische Komplexbehandlungen

Die OPS-Kodes für Komplexbehandlungen haben die Aufgabe besonders aufwendige Fälle zu identifizieren, für die die üblichen DRG-Splitt-Kriterien (z. Bsp. Nebendiagnosen oder Prozeduren) nicht greifen sowie deren Schweregrad nicht adäquat abbilden. Den Komplexbehandlungen liegen Mindestvoraussetzungen zu Grunde, die bei Kodierung zu erfüllen sind. Sie spiegeln damit den Aufwand bei der Behandlung gewisser Krankheitsbilder oder im Rahmen bestimmter Behandlungsbereiche wider.

In diesem Sinne bilden die Intensivmedizinischen Komplexbehandlungen den hohen Betreuungs- und Behandlungsaufwand von intensivmedizinisch versorgten Patienten ab. Um den Mehraufwand schließlich auch bei der Eingruppierung einer DRG einfließen zu lassen, haben die OPS-Kodes der intensivmedizinischen Komplexbehandlungen Gruppierungs- und Erlösrelevanz bei einer Reihe von DRGs.

Seit dem Jahr 2022 gelten die Regelungen des § 275d SGB V, nach dem Krankenhäuser die Einhaltung von Strukturmerkmalen aus dem OPS-Katalog durch den Medizinischen Dienst begutachten lassen müssen, bevor sie entsprechende Leistungen abrechnen bzw. in die Abrechnung einfließen lassen. Davon betroffen sind auch die OPS-Kodes der intensivmedizinischen Komplexbehandlung. Die strukturellen Voraussetzungen dieser Leistungskomplexe müssen regelmäßig vom MD bestätigt werden. Einerseits entfallen damit redundante Überprüfungen auf Einzelfallebene, andererseits sind durch die Prüfung ganze Leistungsbereiche gefährdet. Welche weiteren OPS-Kodes der Prüfung unterliegen und weitergehende Informationen hierzu finden sich in der Richtlinie des Medizinischen Dienst Bund (vormals MDS). [4]

### **Intensivmedizinische Komplexbehandlungen bei Erwachsenen**

Im Bereich der Versorgung von Erwachsenen werden zwei Komplex-Kodes unterschieden: die intensivmedizinische Komplexbehandlung und die aufwändige intensivmedizinische Komplexbehandlung\*. Die „einfache“ Komplexbehandlung ist durch OPS-Kodes der Gruppe 8-980 – Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) zu dokumentieren. Die Gruppe enthält insgesamt 22 Kodes, die die Anzahl an Aufwandspunkten differenzieren:

#### **Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)**

8-980.0	1 bis 184 Aufwandspunkte
8-980.10	185 bis 368 Aufwandspunkte
8-980.11	369 bis 552 Aufwandspunkte
8-980.20	553 bis 828 Aufwandspunkte
8-980.21	829 bis 1104 Aufwandspunkte
8-980.30	1105 bis 1380 Aufwandspunkte
8-980.31	1381 bis 1656 Aufwandspunkte
8-980.40	1657 bis 1932 Aufwandspunkte
8-980.41	1933 bis 2208 Aufwandspunkte
8-980.50	2209 bis 2484 Aufwandspunkte
8-980.51	2485 bis 2760 Aufwandspunkte
8-980.60	2761 bis 3220 Aufwandspunkte
8-980.61	3221 bis 3680 Aufwandspunkte
8-980.7	3681 bis 4600 Aufwandspunkte
8-980.8	4601 bis 5520 Aufwandspunkte
8-980.9	5521 bis 7360 Aufwandspunkte

8-980.a	7361 bis 9200 Aufwandspunkte
8-980.b	9201 bis 11040 Aufwandspunkte
8-980.c	11041 bis 13800 Aufwandspunkte
8-980.d	13801 bis 16560 Aufwandspunkte
8-980.e	16561 bis 19320 Aufwandspunkte
8-980.f	19321 oder mehr Aufwandspunkte

\* Zur eindeutigen Abgrenzung der beiden Komplexbehandlungen ohne wiederholte Nennungen der OPS-Kodes verwenden wir in diesem Text den Zusatz „einfache“ intensivmedizinische Komplexbehandlung, wenn es um Kodes der Gruppe 8-980 geht.

Seit dem Jahr 2013 existiert zusätzlich der Komplex-Kode der Gruppe 8-98f – Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur). Die Unterteilung der endstelligen Kodes erfolgt analog der „einfachen“ intensivmedizinischen Komplexbehandlung nach Aufwandspunkten.

### **Struktur- und Mindestmerkmale**

Für beide Komplexbehandlungen sind Struktur- und Mindestmerkmale definiert. Die bisher als Mindestmerkmale definierten Kriterien werden seit der OPS-Version 2021 differenziert nach Struktur- und Mindestmerkmalen. Diese Aufteilung wurde für alle Komplexbehandlungen vorgenommen. Inhaltliche Änderungen haben sich dadurch nicht ergeben. Die Bezeichnung der aufwändigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung deutet bereits darauf hin, dass die Struktur- bzw. Mindestmerkmale für diese Komplexbehandlung umfangreicher sind. Die folgende Tabelle zeigt eine kurze Zusammenfassung der Voraussetzungen. Die vollständige Beschreibung der Mindestmerkmale finden Sie im aktuellen OPS-Katalog [3]. Es ist zu empfehlen, die Merkmale regelmäßig im jeweils aktuellen Katalog nachzulesen, um eventuelle Veränderungen nachverfolgen zu können.



**Ausgeschlossen für:**

- Intensivüberwachung ohne akute Behandlung bzw. kurzfristiger Stabilisierung von Patienten (unter 24 Stunden)
- Patientinnen und Patienten unter 14 Jahren

**Strukturmerkmale:**

- Behandlungsleitung durch Facharzt mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin

- Team aus Pflege und Ärzten in akuter Behandlungsbereitschaft

- ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation (Abwesenheit aufgrund kurzfristigem Notfalleinsatz innerhalb des Krankenhauses möglich)

**Strukturmerkmale:**

- Behandlungsleitung durch Facharzt mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin, der auch den überwiegenden Teil seiner Tätigkeit auf der Intensivstation ausübt

- Team aus Pflege und Ärzten in akuter Behandlungsbereitschaft

- Facharzt mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin muss werktags 6 - 22 Uhr mindestens 7 Stunden auf der Intensivstation anwesend sein, außerhalb dieser Zeiten muss ein Facharzt mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin innerhalb von 30 Min. am Patienten verfügbar sein

- ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation (Abwesenheit aufgrund kurzfristigem Notfalleinsatz innerhalb des Krankenhauses möglich)

- 24-stündige Verfügbarkeit am Standort von

- apparativer Beatmung
- nicht invasivem und invasivem Monitoring
- kontinuierliche und intermittierende Nierenersatzverfahren
- Endoskopie Gastrointestinaltrakts und Tracheobronchialsystem
- intrakranielle Druckmessung oder Hybrid-OP für kardiovaskuläre Eingriffe
- transösophageale Echokardiographie

- 24-stündige Verfügbarkeit am Standort von 3 der 4 folgenden Verfahren

- 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 (z.B. Blutgasanalysen, Differenzialblutbild, Gerinnung, Tox-Screen), spezialisierte Labordiagnostik darf auch in Fremdlabors erfolgen

- Verfügbarkeit innerhalb von 30 Min. als klinisches Konsil (durch das eigene oder benachbarte KH) min. 6 von 8 Fachgebieten: Kardiologie, Gastroenterologie, Neurologie, Anästhesiologie, Viszeralchirurgie, Unfallchirurgie, Gefäßchirurgie, Neurochirurgie

- tägliche Verfügbarkeit (auch Wochenende) von Leistungen der Physiotherapie

**Mindestmerkmale:**

- Kontinuierliche, 24-stündige Überwachung

**Mindestmerkmale:**

- Kontinuierliche, 24-stündige Überwachung
- Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin muss täglich mindestens eine Visite durchführen

Tabelle 1: Struktur- und Mindestmerkmale der intensivmedizinischen Komplexbehandlung und der aufwändigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung [9].

## Aufwandspunkte

Sind die Struktur- und Mindestmerkmale erfüllt, werden für intensivversorgte Patientinnen und Patienten täglich Aufwandspunkte erfasst (für beide Komplexbehandlungen in gleicher Weise). Am Ende des stationären Aufenthalts werden die Punkte zu einer Gesamtsumme addiert. Die Summe der Aufwandspunkte bestimmt anschließend den endstelligen OPS-Kode (z. Bsp. 8-980.11 - 369 bis 552 Aufwandspunkte). Bei den Aufwandspunkten handelt es sich um so genannte SAPS II- und TISS-Punkte, zwei Scoring-Systeme, die einerseits den physiologischen Zustand der Patientinnen und Patienten beurteilen und andererseits die Leistungen bewerten, die bei deren Versorgung täglich erbracht werden.

Der erstgenannten Score, der SAPS II (Simplified Acute Physiology Score) ist ein Bewertungsschema, in dem für eine Reihe von medizinischen Parametern (z. Bsp. Herzfrequenz oder systolischer Blutdruck) Punktwerte entsprechend der ermittelten Messwerte vergeben werden (siehe Tabelle 2). Zusätzlich werden für diesen Score auch das Alter der Patientinnen und Patienten sowie eventuelle chronische Leiden berücksichtigt. Die vollständige Übersicht aller Parameter findet sich im Anhang zum OPS-Katalog [3].

Variable	Punkte												
	0	1	2	3	4	5	6	7	9	10	11	12	13
Herzfrequenz [1/min]	70-119		40-69		12-159			≥ 160			< 40		
Systolischer Blutdruck [mmHg]	100-199		≥ 200			70-99							< 70
Körpertemperatur [°C]	< 39			≥ 39									
PaO <sub>2</sub> / FiO <sub>2</sub> [mmHg] (nur bei maschineller Beatmung)							≥ 200		100- < 200		< 100		
Ausfuhr Urin [l/d]	≥ 1,0				0,5-< 1,0						< 0,5		
Harnstoff im Serum [g/l]	< 0,6						0,6- < 1,8			≥ 1,8			
Leukozyten [10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> ]	1,0- < 20			≥ 20								< 1,0	
Kalium im Serum [mmol/l]	3,0- < 5,0			≥ 5,0 <3,0									
Natrium im Serum [mmol/l]	125- < 145	≥ 145				< 125							
Bicarbonat im Serum [mmol/l]	≥ 20			15- < 20			< 15						
Bilirubin im Serum [µmol/l]	< 68,4				68,4- < 102,6				≥ 102,6				

Tabelle 2: Vital- bzw. Laborparameter zur Erfassung der SAPS II, Auszug aus dem Anhang des OPS-Katalogs [3]

Der SAPS II-Score spiegelt den physiologischen Zustand der Patientinnen und Patienten wider. Ergänzend werden aus dem TISS-28 (Therapeutic Intervention Scoring System) die 10 aufwendigsten Merkmale täglich erfasst und entsprechend einer vorgegebenen Skala bewertet. Im Rahmen dieses Scores findet das erweiterte hämodynamische

Monitoring Berücksichtigung. Eine Aufstellung der TISS-Parameter mit Erläuterung und Beispielen hat das DIMDI mit den „Dokumentationsvorgaben zur Erfassung der Intensivmedizinischen Komplexbehandlung“ formuliert [5]. Bewertet werden die folgenden Merkmale:

Leistung	Punkte pro Tag
Apparative Beatmung	5
Infusion multipler Katecholamine (> 1)	4
Flüssigkeitsersatz in hohen Mengen (> 5 L / 24 h)	4
Peripherer arterieller Katheter	5
Linksvorhof-Katheter / Pulmonalis-Katheter	8
Hämofiltration / Dialyse	3
Intrakranielle Druckmessung	4
Behandlung einer metabolischen Azidose / Alkalose	4
Spezielle Interventionen auf der ITS (z. Bsp. Tracheotomie, Kardioversion)	5
Aktionen außerhalb der Station (Diagnostik / Operation)	5

Tabelle 3: Die 10 aufwendigsten Merkmale aus dem TISS-28 zur Ermittlung der täglichen TISS-Punkte [5]



Beim Einsatz der PiCCO Technologie ist die Wertung der beiden Parameter

- peripherer arterieller Katheter
- Linksvorhofkatheter / Pulmonalkatheter

zu prüfen.

Bezüglich des peripheren arteriellen Katheters konkretisiert das DIMDI in seinen Dokumentationsvorgaben, dass damit die Durchführung eines intraarteriellen Blutdruckmonitorings gemeint ist. Ein solches Monitoring ist in der Regel der Grundbaustein eines intensivstationären Überwachungskonzepts und ist Bestandteil der PiCCO Technologie.

Zusätzlich ist auch der Parameter „Linksvorhofkatheter / Pulmonalkatheter“ mit 8 Punkten pro Tag zu werten. Das DIMDI hat die PiCCO Technologie in seinen Dokumentationsvorgaben der intensivmedizinischen Komplexbehandlung mit dem Einsatz eines Pulmonalkatheter gleichgestellt. Dort wird konkretisiert, dass mit der Leistung „Linksvorhofkatheter / Pulmonalkatheter“ der Einsatz invasiver, hämodynamischer Monitoringmaßnahmen gemeint ist. Die Ausführungen in den Dokumentationsvorgaben lassen den Schluss zu, dass es weniger auf die Lage des Katheters ankommt, sondern vielmehr auf dessen Funktion. Beim Einsatz der PiCCO Technologie ist das Legen eines Pulmonalkatheters zur Messung wichtiger hämodynamischer Parameter nicht notwendig, die Messung erfolgt über den speziellen arteriellen Zugang.

In diesem Zusammenhang wurde in Fachkreisen die Frage diskutiert, ob die Durchführung beider Monitoringmaßnahmen auch als zwei eigenständige TISS-Leistungen mit ihren jeweiligen Punktwerten gewertet werden können, obwohl beide Messungen unter Einsatz ein und desselben PiCCO-Katheters erfolgen, dies wurde vom Medizinischen Dienst in Frage gestellt. Der Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung (FoKa) der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling e.V. hat sich hierzu klar geäußert:

„Wenn ein PiCCO-System sowohl für ein hämodynamisches Monitoring als auch für ein Blutdruckmonitoring genutzt wird, können in Summe 13 Punkte für die Berechnung des TISS/SAPS-Wertes angesetzt werden. An Tagen, an denen kein hämodynamisches Monitoring erfolgt, sind nur 5 Punkte für das Blutdruckmonitoring zu berücksichtigen.“ [6]

Auch in diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass es sich bei den zitierten Einschätzungen um individuelle Auslegungen handelt, die allerdings keine Rechtssicherheit herstellen. Der Medizinische Dienst kann im individuellen Fall zu einer anderen Auffassung kommen.

## Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Kindern

Eine eigene Komplexbehandlung existiert für intensivmedizinisch betreute Kinder. Eine Unterscheidung der Komplexbehandlungen nach Aufwand wie bei der Versorgung Erwachsener, existiert bei Kindern aktuell nicht. Es findet die OPS-Gruppe 8-98d - Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur) Anwendung. Die Punkteverteilung der endstelligen OPS-Kodes unterscheidet sich zu den Komplex-Kodes für Erwachsene:

### Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur)

8-98d.0	1 bis 196 Aufwandspunkte
8-98d.1	197 bis 392 Aufwandspunkte
8-98d.2	393 bis 588 Aufwandspunkte
8-98d.3	589 bis 784 Aufwandspunkte
8-98d.4	785 bis 980 Aufwandspunkte
8-98d.5	981 bis 1176 Aufwandspunkte
8-98d.6	1177 bis 1470 Aufwandspunkte
8-98d.7	1471 bis 1764 Aufwandspunkte
8-98d.8	1765 bis 2058 Aufwandspunkte
8-98d.9	2059 bis 2352 Aufwandspunkte
8-98d.a	2353 bis 2646 Aufwandspunkte
8-98d.b	2647 bis 2940 Aufwandspunkte
8-98d.c	2941 bis 3430 Aufwandspunkte
8-98d.d	3431 bis 3920 Aufwandspunkte
8-98d.e	3921 bis 4410 Aufwandspunkte
8-98d.f	4411 bis 4900 Aufwandspunkte
8-98d.g	4901 bis 5880 Aufwandspunkte
8-98d.h	5881 bis 6860 Aufwandspunkte
8-98d.j	6861 bis 7840 Aufwandspunkte
8-98d.k	7841 bis 9800 Aufwandspunkte
8-98d.m	9801 bis 11760 Aufwandspunkte
8-98d.n	11761 bis 13720 Aufwandspunkte
8-98d.p	13721 bis 16660 Aufwandspunkte
8-98d.q	16661 bis 19600 Aufwandspunkte
8-98d.r	19601 oder mehr Aufwandspunkte

Auch die Struktur- und Mindestvoraussetzungen sind abweichend zu denen der Komplexbehandlungen für Erwachsene, unterliegen jedoch ebenso den regelmäßigen Strukturprüfungen durch den MD nach § 275d SGB V. Die einzelnen Merkmale stellen wir Ihnen hier nur in Kurzform dar, eine vollständige Übersicht ist dem aktuellen OPS-Katalog zu entnehmen [3]:

- Fachärztliche Behandlungsleitung mit der Zusatzbezeichnung Pädiatrische / Kinderchirurgische Intensivmedizin
- Team aus Pflege und Ärzte in akuter Behandlungsbereitschaft
- Fachweiterbildungsquote im Bereich der pädiatrischen Intensivpflege von 40% (Übergangsweise eine vergleichbare 5-jährige Erfahrung)
- Die Behandlung erfolgt in einer Einheit, die spezialisiert ist auf intensivpflichtige Kinder und Jugendliche und unter fachärztlicher Behandlungsleitung
- 24 Stunden Überwachung und akute Behandlungsbereitschaft durch ein in der pädiatrischen Intensivmedizin erfahrenes Team (ärztlich und pflegerisch), das die aktuellen Probleme ihrer Patienten kennt
- Gewährleistung einer ständigen ärztlichen Anwesenheit auf der Intensivstation
- Verfügung über bestimmte Dienstleistungen / Konsiliardienste (in eigener Abteilung oder feste Kooperationspartner mit max. 30-minütiger Einsatzbereitschaft)
- 24 Stunden Verfügbarkeit von radiologischer, sonographischer Diagnostik und bettseitiger Routinelabordiagnostik
- 24 Stunden Verfügbarkeit von apparativer Beatmung sowie nicht invasives und invasives Monitoring

Der Punktekatalog für den SAPS II-Score ist etwas umfangreicher als derjenige für Erwachsene, da die Parameter zum Teil zusätzlich nach dem Alter des Kindes unterschiedlich bewertet werden. Die Punkte gemäß TISS-10 unterscheiden sich nicht wesentlich. Wir verweisen auch hier auf den aktuellen OPS-Katalog für eine vollständige Übersicht. [3]

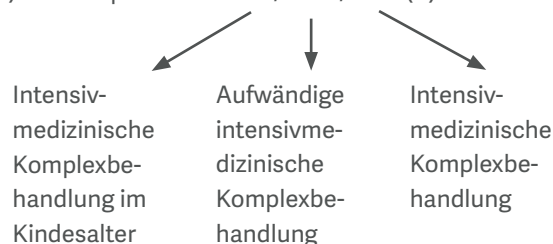
## Schreibweise im Fallpauschalen-Katalog

Noch eine Anmerkung zum Lesen der Aufwandspunkte innerhalb einer DRG-Bezeichnung: In der Bezeichnung von DRGs bzw. in den Kurzdefinitionen im Definitionshandbuch finden sich für die intensivmedizinischen Komplexbehandlungen immer 3 Angaben (bzw. Platzhalter, nicht zwangsläufig sind 3 Punktwerte genannt). Zum Beispiel

A13A Beatmung > 95 Std. mit hochkompl. Eingriff oder **mit int. Komplexbeh. > 1176 / 1380 / - P.** oder mit kompl. OR-Prozedur oder bei Lymphom und Leukämie und int. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 P. oder mit kompliz. Konst. u. best. OR-Proz., Alter < 16 Jahre [7]

Die 3 Werte stehen für die Aufwandspunkte der unterschiedlichen Komplexbehandlungen und werden immer in folgender Reihenfolge genannt (beispielhafter Auszug aus der Bezeichnung der DRG A13A):

„(...) int. Komplexbeh. > 1176 / 1104 / 1104 (...)“



Aus dieser abgekürzten Schreibweise wird ersichtlich welche Anzahl an Aufwandspunkten aus welcher Komplexbehandlung notwendig ist, um die jeweilige DRG zu erreichen. Nicht immer sind jedoch für alle 3 Komplexbehandlungen Punktwerte angegeben. Im Beispiel der DRG A13A lautet eine der Bedingungen

„(...) int. Komplexbeh. > 1176 / 1380 / (-) (...)“

An der 3. Stelle der Aufwandspunkte ist kein Wert angegeben. Das bedeutet, dass diese Bedingung mit den Aufwandspunkten aus der „einfachen“ Komplexbehandlung nicht zu erfüllen ist.

## Wirkung auf die DRG-Gruppierung

Wie bereits erwähnt haben die OPS-Kodes der verschiedenen Monitoringverfahren (Gruppe 8-93) keine Auswirkungen auf die DRG-Gruppierung. Im Gegensatz dazu weisen die intensivmedizinischen Komplexbehandlungen, die die PiCCO Technologie berücksichtigen, eine nicht unerhebliche Erlösrelevanz auf.

Die Ermittlung der Gesamtsumme an Aufwandspunkten eines Falls erfolgt durch die Aufsummierung der täglich dokumentierten TISS- und SAPS-Punkte während des gesamten Intensivaufenthalts. Die Gesamtsumme bestimmt anschließend den endstelligen OPS-Kode. Neben den Beatmungszeiten sind insbesondere die intensivmedizinischen Aufwandspunkte für die Eingruppierung eines intensivmedizinischen Falls von großer Bedeutung. Zunächst ist hier an die typischen

Intensiv- bzw. Beatmungs-DRGs der Prä-MDC zu denken. Die Aufwandspunkte sind häufige Bedingungen in diesen DRGs.

Allerdings haben die Komplexbehandlungen auch Einfluss auf DRGs in anderen MDC-Gruppen. In diesem Zusammenhang entfalten die Komplexbehandlungen jedoch meist erst ab einer gewissen Mindestanzahl an Aufwandspunkten Gruppierungsrelevanz.

Die Wirkung der Aufwandspunkte auf DRGs verschiedener MDC-Gruppen, ergibt sich, da die intensivmedizinische

Komplexbehandlung selbstverständlich keinen festen Bezug zu einer bestimmten Diagnosegruppe aufweist. Betrachtet man die Leistungsdaten der Krankenhäuser im InEK Datenbrowser (§21-Datenlieferung der Krankenhäuser, vorläufige Datenlieferung 2023) [5] ist eine deutliche Streuung ersichtlich. Die folgende Tabelle zeigt, dass sich rund 70% der dokumentierten OPS-Kodes aus der Gruppe 8-980. - Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) auf 5 verschiedene MDC-Gruppen verteilen:

MDC	MDC Bezeichnung	% Anteil kodierter OPS-Kodes aus der Gruppe 8-980
05	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	21 %
04	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	16 %
Prä-MDC	Von der Hauptdiagnose abweichende MDC-Zuordnung (bezgl. der OPS-Gruppe 8-980.* in dieser Analyse sind vor allem Beatmungs-DRGs enthalten)	15 %
06	Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	12 %
08	Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	8 %
	übrige	28 %

Tabelle 4: Prozentuale Verteilung der OPS-Kodes 8-980 nach MDCs in den §21-Daten (Datenjahr 2023) [8]

## Kodierbeispiel

Folgendes Beispiel zeigt, in welcher Form sich die Kodierung der intensivmedizinischen Komplexbehandlung auswirken kann. Hierzu wurde bewusst ein sehr einfaches Beispiel konstruiert und auf die Darstellung von Nebendiagnosen und

weiterer Prozeduren verzichtet. Ziel ist die Verdeutlichung der Gruppierungsrelevanz und des Erlöspotenzials der intensivmedizinischen Komplexbehandlung.

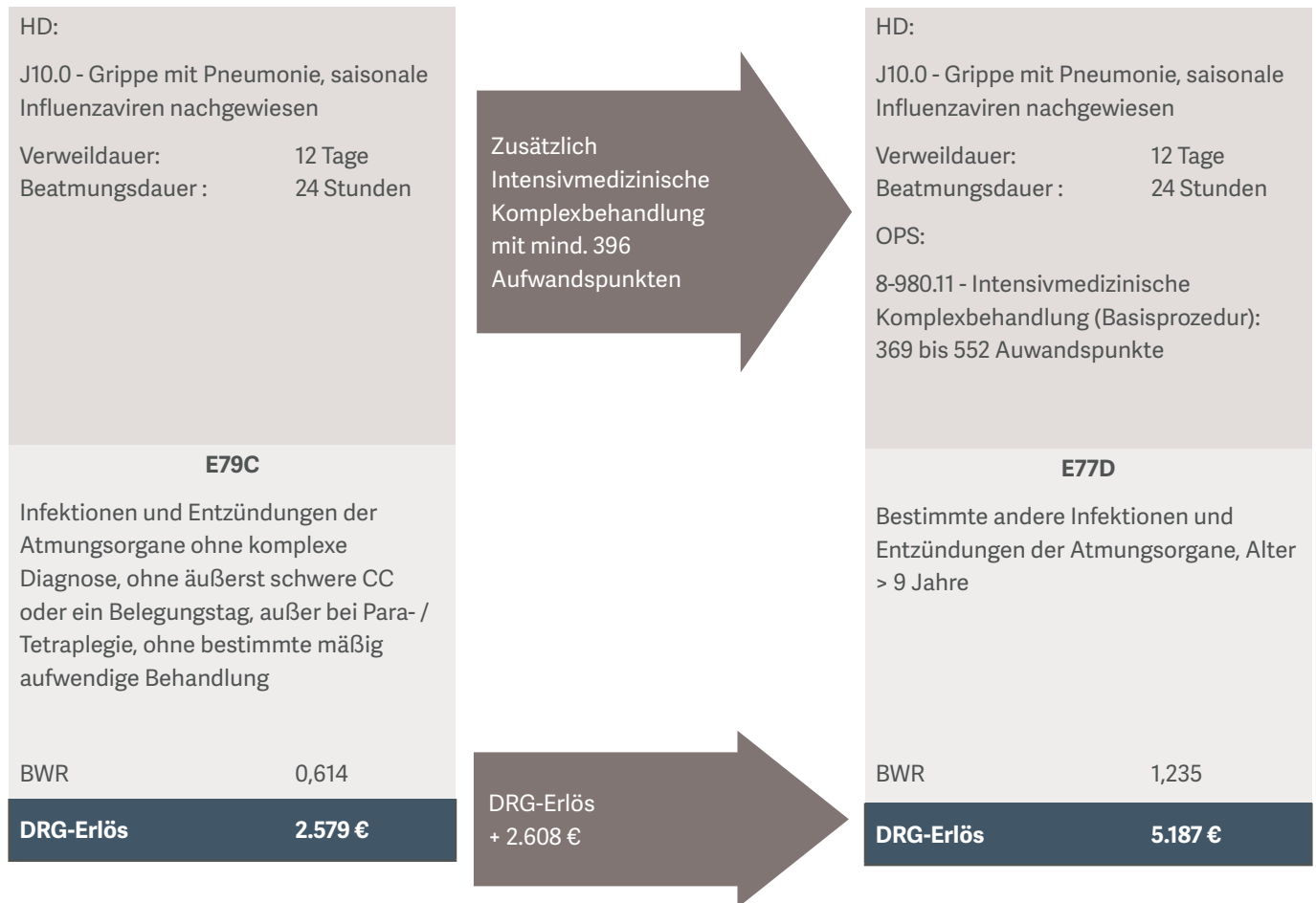


Abbildung 1: Vereinfachtes Beispiel zur Gruppierungsrelevanz der intensivmedizinischen Komplexbehandlung. DRG-Angaben aus dem Fallpauschalen-Katalog 2024 [7]. Die Berechnung der DRG-Erlöse erfolgte mit dem Bundesbasisfallwert in Höhe von 4.200 €. Die krankenhausesindividuellen Erlöskalkulationen sollten davon unabhängig mit dem jeweils geltenden Landesbasisfallwert erfolgen.

## Übersicht relevanter OPS-Kodes

In dieser Tabelle finden Sie die relevanten Prozeduren nochmals kurz und knapp in einer Übersicht zusammengefasst.

	<b>8-831</b>	<b>8-930</b>	<b>8-931.1</b>	<b>8-932</b>	<b>8-980 oder 8-98d oder 8-98f</b>
	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarterien-druckes und des zentralen Venen-druckes	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venen-druckes, mit kontinuierlicher reflektions-spektrometrischer Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Pulmonalarteriendruckes (inkl. Einsatz der Pulswellenkonturanalyse und Pulsdruckanalyse zur Bestimmung der HZV)	Intensivmedizinische Komplexbehandlungen: Bewertung mit TISS-Punkten für die Ermittlung der Aufwandspunkte
Bei Kodierung zu berücksichtigen		Ein Kode aus diesem Bereich ist jeweils nur einmal pro stationärem Aufenthalt zu kodieren und nur für intensivmedizinisch versorgte Patienten anwendbar			Struktur- und Mindestvoraussetzungen intensivmedizinische Komplexbehandlungen
PiCCO	<b>X</b> ein zentralvenöser Zugang wird benötigt			<b>X</b> Bestimmung des HZV sowie weiterer Parameter	<b>X</b> Wertung als peripherer arterieller Katheter mit 5 Pt. und / oder Linksvorhofkatheter / Pulmonalkatheter mit 8 Pt.
ProAQT		<b>X</b> minimalinvasive, zuverlässige und physiologische Auswertung des hämodynamischen Status			
CeVOX	<b>X</b> ein zentralvenöser Zugang wird benötigt		<b>X</b> kontinuierliche Überwachung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung		

## **Rechtliche Hinweise**

Die Ausführungen und Erläuterungen in dieser Broschüre zu Getinge Produkten dienen lediglich als Orientierungshilfe hinsichtlich der Vergütungssituation in der stationären Versorgung in Deutschland.

Die Broschüre wurde mit großer Sorgfalt zusammengestellt. Für die Inhalte, insbesondere zu Vollständigkeit, Richtigkeit und Aktualität kann jedoch keine Haftung und Gewähr übernommen werden. Die einschlägigen gesetzlichen Grundlagen, Regelungen und Vereinbarungen werden in dieser Broschüre nicht vollständig dargestellt und unterliegen zudem fortlaufenden Änderungen, sodass die hier bereitgestellten Informationen nicht das Studium dieser Vorschriften ersetzen können. Die Broschüre soll lediglich als Hilfestellung im Rahmen der Abrechnung dienen.

Wir weisen außerdem darauf hin, dass es sich bei den in der Broschüre dargestellten DRGs, Fall- und Gruppierungsbeispielen nur um vereinfachte Darstellungen handelt. Zur besseren Verständlichkeit wurden Konstellationen angenommen, die sich auf vergleichsweise wenige Parameter beziehen (z. Bsp. Hauptdiagnose, einzelne Prozeduren). Eine Allgemeingültigkeit ist aus den dargestellten Beispielen nicht ableitbar. Bei Kodierung weiterer Diagnosen oder Prozeduren sind insbesondere abweichende Gruppierungsergebnisse möglich. Die Abrechnung von Leistungen und Produkten ist daher in jedem Fall gesondert zu überprüfen.

Die individuelle therapeutische Entscheidung in Bezug auf die Auswahl medizinischer Verfahren und Medizinprodukten soll ausdrücklich unberührt bleiben. Auch die Einhaltung aller im Zusammenhang mit der Anwendung der Produkte stehenden Vorschriften ist vom Anwender zu berücksichtigen.



## Quellenangaben

- [1] InEK (Hrsg.) (2023); Deutsche Kodierrichtlinien Version 2024; <https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2024/kodierrichtlinien/deutsche-kodierrichtlinien-2024> [zuletzt aufgerufen am 18.01.2024]
- [2] InEK (Hrsg.) (2023); Spezielle Kodierrichtlinie 1001w Maschinelle Beatmung; aus: Deutsche Kodierrichtlinie Version 2024 S. 125 - 131; URL: <https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2024/kodierrichtlinien/deutsche-kodierrichtlinien-2024> [zuletzt aufgerufen am 18.01.2024]
- [3] BfArM (Hrsg.) (2023); OPS Version 2024, Systematisches Verzeichnis, Operationen- und Prozedurenschlüssel, Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (OPS), Stand: 20.10.2023; URL: <https://klassifikationen.bfarm.de/ops/kode-suche/htmlops2024/index.htm> [zuletzt aufgerufen am 15.01.2024]
- [4] Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) (Hrsg.) Richtlinie des Medizinische Dienstes Bund nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V; [https://www.medizinischerdienst.de/fileadmin/MD-zentraler-Ordner/Downloads/11\\_Leistungserbringer\\_Behandlung\\_im\\_Krankenhaus/OPS\\_SAB\\_2024/STROPS\\_2024\\_GESAMT.pdf](https://www.medizinischerdienst.de/fileadmin/MD-zentraler-Ordner/Downloads/11_Leistungserbringer_Behandlung_im_Krankenhaus/OPS_SAB_2024/STROPS_2024_GESAMT.pdf) [zuletzt aufgerufen am 26.02.2024]
- [5] DIMDI (Hrsg.) (o.J.); Dokumentationsvorgaben zur Erfassung der Intensivmedizinischen Komplexbehandlung; URL: <https://www.dimdi.de/static/downloads/deutsch/ops-anleitung-intensivmedizin-8009.pdf> [zuletzt aufgerufen am 04.03.2024]
- [6] Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung (FoKa) der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling e.V. (Hrsg.); (2019); URL: [https://foka.medizincontroller.de/index.php?title=Anfrage\\_0197&oldid=16937](https://foka.medizincontroller.de/index.php?title=Anfrage_0197&oldid=16937) [zuletzt aufgerufen am 04.03.2024]
- [7] InEK (Hrsg.) (2023); Fallpauschalen-Katalog 2024; URL: <https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2024/fallpauschalen-katalog/fallpauschalen-katalog-20242> [zuletzt aufgerufen am 15.01.2024]
- [8] InEK (Hrsg.) (2023); InEK DatenBrowser - Unterjährige Datenlieferung Januar -Dezember 2023; URL: <https://datenbrowser.inek.org/> [zuletzt aufgerufen am 04.03.2024]

Wir bei Getinge sind davon überzeugt, dass jede Person und Gesellschaft Zugang zur bestmöglichen Versorgung haben sollte, und bieten daher Krankenhäusern und Life-Science-Einrichtungen Produkte und Lösungen, welche die klinischen Ergebnisse verbessern und die Arbeitsabläufe optimieren sollen. Das Angebot umfasst Produkte und Lösungen für die Intensivmedizin, kardiovaskuläre Eingriffe, Operationssäle, Sterilgutaufbereitung und Life Science. Getinge beschäftigt über 10.000 Mitarbeiter weltweit und die Produkte werden in mehr als 135 Ländern verkauft.

Ihren lokalen Getinge-Vertriebspartner finden Sie unter der folgenden Adresse:

**Getinge Deutschland GmbH** · Kehler Str. 31 · 76437 Rastatt · Deutschland  
**Getinge Österreich GmbH** · Lemböckgasse 49 · 1230 Wien · Österreich  
**Getinge Schweiz AG** · Quellenstrasse 41B · 4310 Rheinfelden · Schweiz