

## G-DRG-Version 2015 – Its impact on our specialty

H. Mende<sup>1</sup> · D. Olenik<sup>2</sup> · A. Schleppers<sup>3</sup>

## G-DRG-Version 2015 – Auswirkungen auf unser Fachgebiet

- 1 Klinik für Neurologie, Neurophysiologie, Frührehabilitation und Schlaftmedizin, Neurologische Intensivstation Klinikum Christophsbad, Göppingen
- 2 Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin, Universitätsmedizin Mannheim
- 3 Ärztlicher Geschäftsführer Berufsverband Deutscher Anästhesisten, Nürnberg

### Weitere Informationen:

[www.g-drg.de](http://www.g-drg.de)

G-DRG-Katalog Version 2015,  
Deutsche Kodierrichtlinien 2015  
Abschlußbericht G-DRG-System 2015

[www.dimdi.de](http://www.dimdi.de)

ICD 10 Version 2015,  
OPS Version 2015

[www.bda.de](http://www.bda.de)

Erklärung und Kodervorschrift  
OPS 8-980

[www.dgai.de](http://www.dgai.de) und

**Fachkommentar DRG 2015**

### \*Interessenkonflikt:

Der Autor H. Mende versichert, dass die Präsentation des Themas unabhängig ist und kein Interessenkonflikt besteht.

### Schlüsselwörter

Diagnosis-Related-Groups (DRGs) – Super-SAPS – Anästhesie – Intensivmedizin

### Keywords

Diagnosis-Related Groups (DRGs) – Super-SAPS – Anaesthesia – Intensive Care Medicine

### Zusammenfassung

Der DRG-Katalog 2015 enthält nur moderate Anpassungen der DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte. Es stehen nun 1.200 DRGs und 170 Zusatzentgelte zur Verfügung. Schwerpunkte in der klassifikatorischen Weiterentwicklung waren insbesondere die Bereiche Intensivmedizin, Extremkosten, Behandlung von Kindern und der Abbau von Konfliktpotenzial bei der Kodierung.

Gemessen an den Veränderungen der letzten Jahre ergeben sich 2015 nur wenige, aber zum Teil bedeutsame Neuerungen für unser Fachgebiet. Die wichtigste Neuerung ist die Entgeltrelevanz der aufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung (Super-SAPS). Um auch im Jahr 2015 unser Fachgebiet leistungsgerecht im DRG-System darstellen zu können, müssen die Änderungen der Kodervorschriften in die Dokumentationsroutine übernommen werden.

### Summary

The DRG-2015 catalogue contains only moderate adjustments of DRGs and additional fees. 1.200 DRGs and 170 additional charges are now available. Priorities in the classificatory development were particular areas of intensive care, extreme costs, the treatment of children and the reduction of conflict potential in the encoding.

As measured by the changes during the past few years, only sparse innovations for our specialty will ensue from this

year's DRG-catalogue. The main novelty is the consideration of the relevance of expensive intensive care complex treatment (Super-SAPS). In order to be able to represent our area of expertise in the DRG system according to our performances in 2015 as well, the changes of this year's system must be integrated into our documentary routine.

### Einleitung

Die jährliche Weiterentwicklung der stationären Krankenhausvergütung hat inzwischen die zwölfte DRG-Version gebracht. Die jährliche Überarbeitung ergab im Entwurf des DRG-Katalogs 2015 erneut nur moderate Änderungen in den DRG-Fallpauschalen und den Zusatzentgelten.

Der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) haben sich am 26.09.2014 auf das Fallpauschalsystem für Krankenhäuser für das Jahr 2015 verständigt.

Eine für unser Fachgebiet relevante Änderung ist die Einführung des sogenannten „Super-SAPS“.

Die aktuelle Version des ICD-10- und des OPS-Katalogs wurden im Oktober 2014 veröffentlicht. Die Auswertung der Daten nach § 21 KHEntgG zeigt weiterhin einen Rückgang der mittleren Verweildauer. Diese beträgt nun auf der Datenbasis des Jahres 2013 für Hauptabteilungen 6,47 Tage (2012: 6,57 Tage).

**Tabelle 1**

Entwicklung der Anzahl der DRGs seit Einführung des DRG-Systems.

|             | 2003 | 2004          | 2005         | 2006         | 2007           | 2008          | 2009          | 2010         | 2011         | 2012         | 2013         | 2014         | 2015         |
|-------------|------|---------------|--------------|--------------|----------------|---------------|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| DRGs gesamt | 664  | 824<br>(+160) | 878<br>(+54) | 954<br>(+76) | 1082<br>(+128) | 1137<br>(+55) | 1192<br>(+55) | 1200<br>(+8) | 1194<br>(-6) | 1193<br>(-1) | 1187<br>(-6) | 1196<br>(+9) | 1200<br>(+4) |

Die erforderliche Leistungsdifferenzierung erfolgte auch in diesem Jahr. Die Überarbeitung der DRG-Systematik führt 2015 zu einem geringen Anstieg der DRG-Anzahl. Die Zahl der Basis-DRGs blieb stabil auf dem Niveau der Vorjahre (Tab. 1).

Die Bewertungsrelationen des DRG-Katalogs 2015 wurden erneut so justiert, dass der effektive Gesamt-Casemix auf Bundesebene bei identischer Datenlage durch den Katalogwechsel nur unwesentlich verändert wird.

Die DRG-Version 2015 zeichnet sich durch eine weitere Systemverbesserung aus.

Beispiele hierfür sind die klassifikatorische Überarbeitung verschiedener Bereiche, wie z.B. der Extremkosten, der Abdominalchirurgie, der Kinderheilkunde, der Zusatzentgelte, der Gerinnungsfaktoren und des „Super-SAPS“ sowie die Auflösung streitbefangener Konstellationen. Es werden 2015 erneut weitere Zusatzentgelte geschaffen und Leistungen aus dem Verfahren für „Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)“ in das System integriert. Die Überarbeitung der Schweregrad-Matrix (CCL) wurde, wie bereits 2007 begonnen, weitergeführt. Die Methodik der Überarbeitung der CCL-Matrix wurde 2013 geändert. Die Bewertung von Nebendiagnosen erfolgte spezifischer, d.h. globalere Änderungen (Zeilenverschiebungen in der CCL-Matrix) wurden durch DRG-spezifische Anpassungen abgelöst. Dieses Vorgehen wurde 2014 weiterverfolgt und zum Beispiel das Vorhandensein einer inhaltlichen Nähe bestimmter Diagnosen zum typischen DRG-Inhalt oder Kodierbesonderheiten (streitbefangene Kodierung) untersucht. Da die Auswirkungen des umfangreichen Umbaus der CCL-Matrix

des Jahres 2014 (Änderung der PCCL-Formel) noch nicht analysiert werden konnten, blieb die Überarbeitung der CCL-Matrix für 2015 eher zurückhaltend. Die CCL-Matrix wurde nur bei deutlichen Auffälligkeiten überarbeitet, zum Beispiel bei stark unterschiedlichem Kodierverhalten oder Schieflagen einzelner Diagnosen. So wurden für 2015 nur 338 Diagnosen im Rahmen der CCL-Matrix verändert. Es erfolgten nur 1 DRG-spezifische Abwertung in >10 Basis-DRGs, 41 DRG-spezifische Abwertungen in 3-9 Basis-DRGs und 246 DRG-spezifische Abwertungen in 1-2 Basis-DRGs. Neu aufgenommen wurde zum Beispiel der Kode N82.0 Vesikovaginalfistel. Es erfolgte keine weitere Anpassung der PCCL-Formel. Eine Zusammenfassung der Änderungen an der CCL-Matrix zeigt Abbildung 1.

**Abbildung 1**

|     |   |
|-----|---|
| 246 | DRG-spezifische Abwertungen in 1-2 Basis-DRGs           |
| 41  | DRG-spezifische Abwertung in 3-9 Basis-DRGs             |
| 1   | DRG-spezifische Abwertung in 10-29 Basis-DRGs           |
| 0   | DRG-spezifische Abwertung in >30 Basis-DRGs             |
| 49  | Ab- und Aufwertungen in Verbindung mit DKR Geburtshilfe |
| 1   | Aufwertungen aus dem Vorschlagsverfahren                |
| 338 | <b>Diagnosen wurden verändert</b>                       |

Veränderungen in der CCL-Matrix 2015.

An der Funktion „Globale Funktionen“, um komplexe und aufwändige Fälle sachgerecht darzustellen, wurde nichts verändert. Diese Funktion bleibt weiterhin wichtiger Bestandteil des Systems, um bestimmte Sachverhalte weiterhin MDC-übergreifend in den Gruppierungsalgorithmus einbinden zu können. Nachdem im DRG-System 2004 mit zwei globalen Funktionen begonnen wurde (Geburtsgewicht, OR-Prozedur ohne Bezug), sind seit 2009 22 globale Funktionen eingesetzt. In der Entwicklung hat sich ein Trend zur prozeduren gestützten globalen Funktion gezeigt. 2012 wurde die globale Funktion der intensivmedizinischen Komplexbehandlung in die intensivmedizinische Komplexbehandlung für Kinder und die intensivmedizinische Komplexbehandlung für Erwachsene differenziert. 2013 kam dann noch die „aufwändige intensivmedizinische Komplexbehandlung“ hinzu. Damit ist die intensivmedizinische Komplexbehandlung wichtiger Bestandteil des Systems, um komplexe Sachverhalte MDC-übergreifend aufwandsgerecht abzubilden.

Die Zahl der Zusatzentgelte (ZE) hat sich 2015 um 11 auf 170 erhöht. Die Entwicklung der Zusatzentgelte ist in Tabelle 2 dargestellt. Dieses Jahr wurden aus den NUB-Verfahren mit Status 1 für die sachgerechte Abbildung im DRG-System 2015 zwei als neues Zusatzentgelt definiert.

**Tabelle 2**

Entwicklung der Anzahl der Zusatzentgelte.

|        | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|--------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Gesamt | 26   | 71   | 83   | 105  | 115  | 127  | 143  | 146  | 150  | 156  | 159  | 170  |

## Relevante Änderungen des G-DRG Katalogs 2015, des OPS-, des ICD-10-Katalogs sowie der DKR für unser Fachgebiet

### Anästhesie, Schmerztherapie und Palliativmedizin

Die Anästhesieleistung ist weiterhin mit dem operativen Eingriff in der jeweiligen DRG kalkuliert.

Die perioperative Schmerztherapie (8-919) ist in die jeweilige Fallpauschale kalkuliert und nicht erlösrelevant.

Palliativmedizinisch behandelte Fälle sind über viele DRGs verteilt und unterscheiden sich hinsichtlich der Verweildauer und des notwendigen Aufwands zum Teil erheblich. Im System 2010 wurden innerhalb des ZE 60 drei differenzierte Beträge entsprechend der jeweiligen OPS-Kodes kalkuliert. Zur Kalkulation der ZE für 2015 stand dem InEK erneut eine breitere Datenbasis mit deutlich mehr Fällen aus mehr Kliniken zur Kalkulation zur Verfügung. Bei unveränderter Kalkulationsmethodik ergab sich für 2015 ein leicht bis deutlich geringerer Betrag für das ZE 60.

Der Kode 8-98e.ff für die spezialisierte stationäre palliativmedizinische Kom-

plexbehandlung führt in das Zusatzentgelt ZE 145. Das Ergebnis dieser Analyse und die Bewertung der beiden palliativmedizinischen Zusatzentgelte zeigen sich in Tabelle 3.

### Intensivmedizin

Die Weiterentwicklung der Verbesserung der Abbildung intensivmedizinisch versorger Patienten war 2015 einer der wesentlichen Schwerpunkte.

Meilensteine der Weiterentwicklung waren die Etablierung der Funktion **Komplizierende Prozeduren** 2005 sowie die Einbindung der **Intensivmedizinischen Komplexbehandlung** (Aufwandpunkte nach TISS und SAPS) 2006 und 2007.

Gemessen an den Umbauten der Vorjahre gibt es im Bereich der Intensivmedizin in der G-DRG-Version 2015 eine bedeutsame Veränderung:

### „Intensivmedizinische Komplexbehandlung und Super-SAPS“

Zur aufwandsgerechten Abbildung intensivmedizinischer Leistungen wurden in den zurückliegenden Jahren der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems mehrere Wege parallel beschritten:

- Ausdifferenzierung der Beatmungs-DRGs der Prä-MDC

- Berücksichtigung der Aufwandspunkte nach TISS/SAPS (Therapeutic Intervention Scoring System / Simplified Acute Physiology Score)
- Einbeziehen der ab 2008 erstmals gültigen Kodes für die **intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter**
- Etablierung intensivmedizinisch bedeutsamer Zusatzentgelte
- Analyse intensivmedizinisch relevanter, aufwendiger Prozeduren mit nachfolgender Berücksichtigung in zahlreichen DRG-Definitionen oder Splitkriterien, z.B. im Rahmen der Funktion **Komplizierende Konstellationen**.

Auch nach mehrjähriger Anwendung haben sich diese Lösungsansätze im Grundsatz alle als weiterhin geeignet zur sachgerechten Abbildung der Intensivmedizin gezeigt. Die für 2015 vorgenommenen Veränderungen in diesem Bereich stellen vor allem Ergänzungen und Verfeinerungen bewährter und neuer Lösungen dar.

2014 gab es einen systematischen Umbau im Bereich Intensivmedizin. Die Trennschärfe bzw. die Abbildung hochaufwendiger intensivmedizinisch versorger Fälle für den kostenintensiven

**Tabelle 3**

ZE 60 palliativmedizinische Komplexbehandlung und ZE 145 spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung.

| Zusatzentgelt   | Betrag in Euro |       |       |       |       | Differenz zum Vorjahr |             |
|---|----------------|-------|-------|-------|-------|-----------------------|-------------|
|   | 2011           | 2012  | 2013  | 2014  | 2015  | Absolut (€)           | Relativ (%) |
| ZE 60.01 Palliativmedizinische Komplexbehandlung: mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage                             | 1.334          | 1.339 | 1.273 | 1.274 | 1.218 | -56                   | -4,4        |
| ZE 60.02 Palliativmedizinische Komplexbehandlung: mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage                            | 2.124          | 1.962 | 1.756 | 1.621 | 1.547 | -74                   | -4,6        |
| ZE 60.03 Palliativmedizinische Komplexbehandlung: mindestens 21 Behandlungstage   | 3.310          | 3.433 | 2.760 | 2.603 | 2.442 | -161                  | -6,2        |
| ZE 145.01 Spezialisierte stationäre Palliativmedizinische Komplexbehandlung: mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage  |                |       |       | 1.572 | 1.508 | -64                   | -4,1        |
| ZE 145.02 Spezialisierte stationäre Palliativmedizinische Komplexbehandlung: mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage |                |       |       | 1.906 | 1.772 | -134                  | -7,0        |
| ZE 145.03 Spezialisierte stationäre Palliativmedizinische Komplexbehandlung: mindestens 21 Behandlungstage                  |                |       |       | 3.220 | 3.055 | -166                  | -5,1        |

Bereich der Intensivmedizin konnte für 2014 deutlich verbessert werden. Die Analyse der bisherigen Kostentrenner (Beatmungsstunden, TISS/SAPS-Aufwandspunkte, komplexe Prozeduren etc.) hat gezeigt, dass deren Kombination deutlich trennschräfer ist als die einzeln betrachteten Parameter. Dies führt auch 2015 dazu, dass in den „Beatmungs-DRGs“ A07, A09, A11 und A13 Fälle mit einer bestimmten Anzahl an Aufwandspunkten intensivmedizinischer Komplexbehandlung mit einer geringeren Anzahl an Beatmungsstunden in eine höher bewertete „Beatmungs-DRG“ eingruppiert werden. So kann die DRG A09C entweder mit >499 Beatmungsstunden und diverser komplizierender Konstellation / Prozeduren oder mit >249 Beatmungsstunden und der Prozedur Intensivmedizinischer Komplexbehandlung ab 2353 /

1932 / 2209 Aufwandspunkten erreicht werden.

Die Bemühungen von BDA, DGAI und DIVI um eine sachgerechte Vergütung komplexer Intensivbehandlung führten 2013 zur Aufnahme der Leistungsziffer 8-98f.\* „aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung“ zur Dokumentation hochaufwendiger intensivtherapeutischer Leistungen in den OPS-Katalog. Dieser OPS darf anstelle der 8-980.\* verwendet werden, wenn die umfangreichen Strukturvoraussetzungen hinsichtlich der rund um die Uhr verfügbaren diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten, der klinischen Konsiliardienste und der personellen Voraussetzungen erfüllt sind (siehe [www.dimdi.de](http://www.dimdi.de), unter „Klassifikationen“).

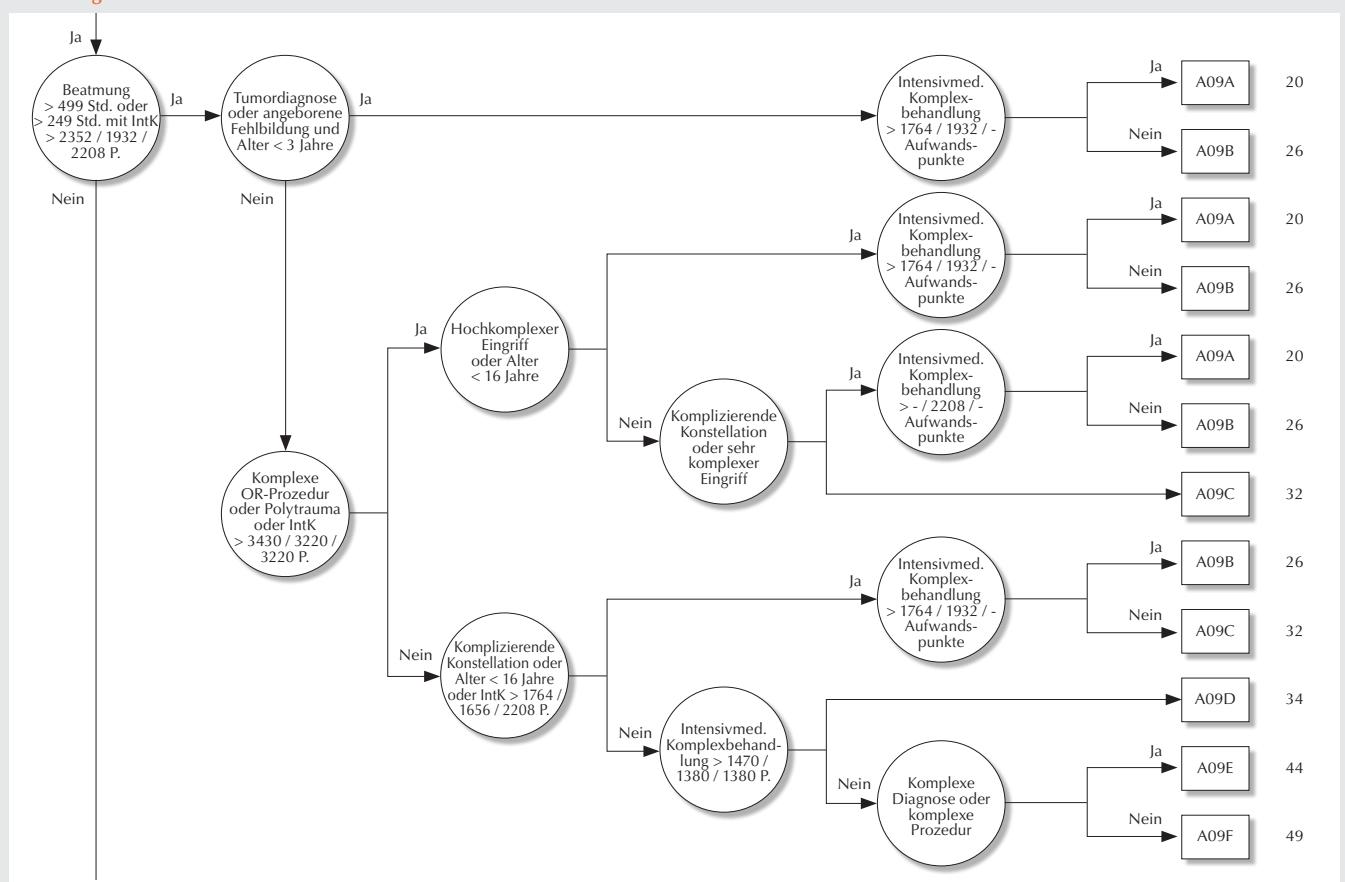
Für 2015 besitzt dieser Kode erstmals Entgeltrelevanz. In der Darstellung der

DRGs sind nun drei unterschiedliche Komplexbehandlungspunktgrenzen aufgeführt. Zuerst kommt die Komplexbehandlung im Kindesalter, dann der „Super-SAPS“ und zuletzt die bisherige Komplexbehandlung. Für bestimmte Konstellationen erwies sich die Wertigkeit des „Super-SAPS“ als so hoch, dass zum Beispiel die DRG A09A nicht mit der normalen intensivmedizinischen Komplexbehandlung erreicht werden kann (Abb. 2).

Damit stieg das Relativgewicht bei der DRG A09A um 23,9% und die mittlere Verweildauer um 18%.

Für die Kalkulation des „Super-SAPS“ lagen aus 2013 erstmalig Kalkulationsdaten vor. Problematisch war, dass trotz mittelfristig zu erwartender Erlösrelevanz nicht durchgängig der „Super-

Abbildung 2



Abfragelogik DRG A09 (aus Definitionshandbuch 2015, Band 1, InEK).

## 25. Symposium Intensivmedizin und Intensivpflege

18. - 20. Februar 2015

Mittwoch, 18. Februar 2015, 14.00 - 15.30 Uhr, Gruppenraum 4

Messe und Congress Centrum Bremen

**CytoSorbents™**

Satellitensymposium der CytoSorbents Europe GmbH

### CytoSorb®-Therapie: Blutreinigung bei Sepsis – Neuheit oder alter Wein in neuen Flaschen?

**Vorsitz:** M. Weigand, Heidelberg /Germany

#### Programm

|           |   |
|-----------|---|
| 14.00 Uhr | <b>Einführung ins Thema</b><br>M. Weigand, Heidelberg/Germany   |
| 14.10 Uhr | <b>CytoSorb®-Therapie: Ist das Immunsystem modulierbar?</b><br>A. Nierhaus, Hamburg/Germany   |
| 14.35 Uhr | <b>Stabilisierung der Hämodynamik und Flüssigkeitsbalance – wie unterstützt die CytoSorb®-Therapie diesen Prozess?</b><br>A. Meier-Hellmann, Erfurt/Germany |
| 15.00 Uhr | <b>Das internationale CytoSorb®-Register: Aktueller Stand</b><br>F. Brunkhorst, Jena/Germany  |
| 15.25 Uhr | <b>Diskussion</b>   |

SAPS" verschlüsselt wurde. Folge dessen ist ein nicht abzuschätzendes Leistungsvolumen im Jahr 2015 auf Basis der Daten des Jahres 2013. Mit der Kodierung des „Super-SAPS“ im Jahr 2014 ist zu hoffen, dass die Kalkulationsdaten für 2016 genauer werden und die Fälle damit im Katalog 2016 genauer und leistungsgerechter abgebildet werden können. Detailliertere Angaben und Auswertungen zum „Super-SAPS“ werden im Fachkommentar 2015 beschrieben.

#### Ausdifferenzierung der Beatmungs-DRGs der Prä-MDC

Bei der Ausdifferenzierung der Beatmungs-DRGs in der Prä-MDC kommt eine Vielzahl von weiteren Splitkriterien zur Anwendung:

- Operative Eingriffe (nach Komplexität gestaffelt)
- Intensivmedizinische Komplexbehandlung (TISS/SAPS)
- Alter
- Diagnosen (angeborene Fehlbildungen, Tumoren, Polytrauma)
- Komplizierende Konstellationen.

Bei Patienten, die über lange Zeit (>95 Stunden) unter intensivmedizinischen Bedingungen beatmet werden, sind in der G-DRG-Version 2015 die Zahl der Beatmungsstunden sowie die Anzahl der Aufwandspunkte der intensivmedizinischen Komplexbehandlung das primäre Gruppierungsmerkmal. Dabei wurde die Einteilung der Zeitklassen unverändert belassen; neu ist jedoch, dass mit einer bestimmten Anzahl an Punkten aus der intensivmedizinischen Komplexbehandlung die nächst höhere DRG erreicht werden kann:

- Basis-DRG A06 >1800 Stunden (unverändert)
- Basis-DRG A07 >999 Std. ODER >499 Std. bei TISS/SAPS >4900/4600/4600 Pkt.
- Basis-DRG A09 >499 Std. ODER >249 Std. bei TISS/SAPS >2352/1932/2208 Pkt.
- Basis-DRG A11 >249 Std. ODER >95 Std. bei TISS/SAPS >1764/1656/1656 Pkt.
- Basis-DRG A13 >95 Std. und KEIN TISS/SAPS >1764/1656/1656 Pkt.

Innerhalb der Beatmungs-DRGs wurden die Fälle mit individuell angepassten „Super-SAPS-Grenzen“ weiter aufgewertet.

#### Behandlung mit Blutgerinnungsfaktoren

Das seit Einführung des G-DRG-Systems etablierte Zusatzentgelt ZE20XX-27 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren wurde 2013 durch zwei verschiedene Zusatzentgelte ersetzt: das extrabudgetäre unbewertete Zusatzentgelt ZE20xx-97 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren und das intrabudgetäre unbewertete Zusatzentgelt ZE20xx-98 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren. Beide bleiben auch 2015 unverändert erhalten.

Wie bisher sind beide Zusatzentgelte durch Kombinationen bestimmter Prozeduren- und Diagnosekodes definiert. Unter das Zusatzentgelt ZE20xx-97 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren fallen Fälle mit angeborenen und dauerhaft erworbenen Blutgerinnungsstörungen.

Für Fälle mit anderen oder temporären Blutgerinnungsstörungen kann dagegen das Zusatzentgelt ZE20xx-98 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren geltend gemacht werden.

Für das Jahr 2015 gilt weiterhin der Schwellenwert in Höhe von 9.500 € für die Summe der zur Behandlung verwendeten Blutgerinnungsfaktoren. Ab Überschreitung dieses Schwellenwertes ist der gesamte für die Behandlung mit Blutgerinnungsfaktoren angefallenen Betrag abzurechnen.

Zur besseren Kalkulation entfällt ab 2015 die Alterseinschränkung für die Kodierung kleiner Mengen von PPSB. Für plasmatischen Faktor X wurde ein neuer OPS-Kode eingeführt.

Ab dem DRG-Katalog 2016 soll der Schwellenwert auf Grundlage der InEK-Kalkulation festgelegt werden.

An relevanten Änderungen des OPS-Katalogs ist noch die Änderung der Kodes für die meisten Arten von Thrombozytenkonzentraten zu nennen, da

hier nun die genauere Abbildung der Transfusionseinheiten möglich ist.

### Zusammenfassung

Im ICD und OPS gibt es 2015 nur wenige Änderungen, jedoch eine, die für unser Fachgebiet Wichtigkeit und Relevanz hat. Weitere Änderungen hat es (Abwertung, Aufwertung und Streichungen von Kodes) in der CCL-Matrix gegeben, um Nebendiagnosen aufwandsgechter darstellen zu können und einige streitbehaftete Konstellationen zu beseitigen. So wurden beispielsweise einige Kodes zur Differenzierung von Blutgerinnungsstörungen neu geschaffen.

Zusammenfassend kann man sagen, dass durch die Neubewertung der „Beatmungs-DRGs“ anhand der Beatmungsstunden in Kombination mit den Punkten aus der intensivmedizinischen Komplexbehandlung und der Entgeltrelevanz des „Super-SAPS“ in diesem Jahr ein großer Schritt zur leistungsgerechten Vergütung unseres Fachgebiets gemacht wurde. Die Neuerungen müssen

**nun rasch in die tägliche Routine umgesetzt werden, um einen leistungsgerechten Erlös für unser Fachgebiet bzw. die Klinik erzielen zu können.**

Wie gewohnt stellen wir Ihnen ab Mitte Februar den DRG-Fachkommentar 2015 zu Verfügung, der Ihnen wieder einen (fast) vollständigen Überblick über alle relevanten Änderungen bietet.

### Korrespondenz- adresse

**Dr. med.  
Hendrik Mende**



Klinik für Neurologie, Neurophysiologie, Frührehabilitation und Schlafmedizin, Neurologische Intensivstation, Klinikum Christophsbad Göppingen, Faurndauer Straße 6-28, 73035 Göppingen, Deutschland  
E-Mail:  
hendrik.mende@christophsbad.de