

## DRG-Systems für 2008 – Ein Update

Lorenz Leitritz<sup>1</sup>, Barbara Gärtner<sup>2</sup>, Eberhard Straube<sup>3</sup>, Harald Mauch<sup>4</sup>, Eberhard Kniehl<sup>5</sup> und Tim Pietzcker<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Mikrobiologie, MVZ Ingelheim, Bioscientia Institut für Diagnostik, Konrad-Adenauer-Str. 17, 55218 Ingelheim

<sup>2</sup> Institut für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene, Klinikum Homburg, Haus 47, Universität des Saarlandes, 66421 Homburg/Saar

<sup>3</sup> Institut für Medizinische Mikrobiologie, Friedrich-Schiller-Universität Jena, Semmelweis Strasse 4, 07740 Jena

<sup>4</sup> Institut für Mikrobiologie, Immunologie u. Laboratoriumsmedizin, Lungenklinik Heckeshorn, Helios Klinikum Emil von Behring, Waltershoferstraße 11, 14165 Berlin

<sup>5</sup> ZLMT – Abteilung für Mikrobiologie und Krankenhaushygiene, Klinikum Karlsruhe, Moltkestr. 90, 76133 Karlsruhe

<sup>6</sup> Universitätsklinikum Ulm, Albert-Einstein-Allee 29, 89081 Ulm

**Schlüsselwörter:** Änderungen 2008, DRG, G-DRG, Hygiene, ICD-10, Infektiologie, Krankenhaushygiene, Mikrobiologie, OPS-301, Virologie

### Einführung

Das DRG-System hat als Grundlage die Kodierung von Erkrankungen nach ICD-10 GM und durchgeführter Prozeduren nach OPS 301 [1, 2]. Im Rahmen des sogenannten „Strukturierten Dialoges“ können Fachgesellschaften und andere Organisationen Anträge zur Verbesserung dieser grundlegenden Werke sowie des DRG-Systems stellen. Die aktualisierten Kataloge und das aktualisierte DRG-System, die für das folgende Jahr Gültigkeit in ganz Deutschland besitzen, werden von DIMDI und InEK herausgegeben.

Dieser Artikel stellt aktuelle Änderungen für 2008, soweit sie die Infektiologie, Mikrobiologie und Krankenhaushygiene betreffen, zusammen, bewertet sie, und hebt hervor, welche Änderungen erreicht werden konnten.

### Änderungen im ICD-10 Version 2008

DIMDI hat bereits die neue ICD-10 Version für 2008 [3] bereitgestellt. Eine Übersicht der Änderungen ist in Tabelle 1 dargestellt. Für die Mikrobiologie sind es eher kleinere Änderungen für das Jahr 2008, hier sei auf die Tabelle verwiesen. Für das G-DRG-System werden jedoch zwei fundamental neue Codes aufgenommen. Der erste dieser Codes ist die U69.00! für im Krankenhaus erworbene Pneumonien, die ab nächstem Jahr verpflichtend bei nosokomialen Pneumonien zu kodieren sind. Hintergrund der Einführung dieses Codes ist das Bestreben, Qualitätsindikatoren (hier die Letalität bei ambulant erworbener Pneumonie) aus Abrechnungsdaten generieren zu können. Der Code soll dazu dienen, Pneumonien, seien sie als Haupt- oder Nebendiagnose kodiert, eindeutig in ambulant und nosokomial erworben zu differenzieren, was zuvor nicht möglich war. Die Konsequenzen sind abzusehen: Häuser, die die U69.00 „unterkodieren“, werden systematisch schlechtere Letalitätszahlen für ihre ambulant erworbenen Pneumonien haben, da ihnen die nosokomialen Letalitäten mit in die Statistik einfließen. Andererseits dürfte es auch nicht lange dauern, bis jemand auf die Idee kommt, die U69.00 als Qualitätsindikator für das Auftreten nosokomialer Pneumonien zu verwenden. Letztlich

kann hier, wie sonst auch, nur dazu geraten werden, den Code so gut und korrekt wie möglich zu verwenden.

Noch interessanter und erst in letzter Minute dazugekommen ist der Code U69.10! für Erkrankungen, die (möglicherweise) Folge einer nicht indizierten ästhetischen Operation, Tätowierung oder Piercings sind. Er soll zur Umsetzung eines Passus der am 1. Mai 2007 in Kraft getretenen „Gesundheitsreform“ [4] dienen, der eine Leistungsbeschränkung für die Krankenkassen bei derartigen Erkrankungen vorsieht. In den Deutschen Kodierrichtlinien findet sich folgende Textstelle: „Aus datenschutzrechtlicher Sicht sind Krankenhäuser zu einer Datenübermittlung des Codes U69.10! derzeit nicht verpflichtet. Er dient nicht der Abrechnung zwischen Krankenhaus und Krankenkassen, sondern wirkt im Verhältnis zwischen dem Versicherten und seiner Krankenkasse. [...] Die künftige verpflichtende Anwendung des Diagnoseschlüssels durch Krankenhäuser setzt daher die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage durch den Gesetzgeber voraus. Der Code U69.10! wird dennoch in die Tabelle 2 aufgenommen, da kurzfristig mit entsprechenden gesetzlichen Regelungen zu rechnen ist.“ Der Beruf des Arztes wird im Krankenhaus somit um entscheidende Exekutivfunktionen sich selbst und andere betreffend erweitert. Entsprechende Proteste z. B. von Seiten des Marburger Bunds sind bereits laut geworden [5]. Ebenfalls ein Novum ist, dass die Äußerung eines Verdachts erstmals Einzug in die Kodierungssystematik gefunden hat. Noch unklar ist, wie die praktische Umsetzung der Regelung aussehen wird. Wer bleibt im Zweifelsfall auf den Kosten einer Behandlung sitzen, wenn die Krankenkasse die Erstattung verweigert und der Patient nicht zahlen kann?

### Änderungen im OPS Version 2008

Hier sind im Bereich der Mikrobiologie vornehmlich redaktionelle Änderungen erfolgt [6]. So wurde in den Erläuterungstext des Codes für die Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern (OPS 8-987) ein „z. B.“ eingefügt, um deutlich zu machen, dass es sich bei der Auflistung an Maßnahmen, die im Rahmen einer Isolationsbehandlung erfolgen können, nur um Beispiele handelt.

Weiterhin wurden die OPS-Codes für die Verabreichung teurerer Medikamente (z. B. Caspofungin, Voriconazol etc.) in ein eigenes Kapitel überführt und aktualisiert. Hier ist

offensichtlich erkannt worden, dass hochaufwändige medikamentöse Therapien in Zukunft eine wachsende Bedeutung haben werden und zunehmend stärker in der Bewertung der DRGs bzw. entsprechender Zusatzentgelte zu berücksichtigen sind.

## Änderungen des DRG-Systems 2008

Die aktuellen Änderungen für 2008 sind vom InEK bekannt gegeben worden [7]. Wie im Vorjahr wurden auch dieses Jahr Neuberechnungen der CC-Matrix durchgeführt.

Die CC-Matrix, in der festgelegt ist, wie stark der Einfluss von Nebendiagnosen auf den Schweregrad einer DRG ist, wurde für 2008 stark überarbeitet. Keimcodes wurden dabei großenteils abgewertet. So wurden bis auf Pneumokokken, Viridans-Streptokokken, Haemophilus/Moraxella und Pseudomonas/Nonfermenter die CC-Werte aller Erregercodes (B95-96) abgewertet oder gleich ganz gelöscht (E. coli und Enterobakterien) (Tabelle 2).

Der Harnwegsinfekt nicht näher bezeichneter Lokalisation (N39.0) wurde aus der cc-Matrix ganz gelöscht. Somit ist z.B. ein einfacher E. coli-HWI nicht mehr DRG-relevant, außer es handelt sich um eine katheterassoziierte Infektion. Als Alternative erscheint derzeit, den spezifischeren Kode N30.0 (Akute Zystitis) zu verwenden. Inwieweit eine diesbezügliche Änderung des Kodierverhaltens von den Krankenkassen als Upcoding (also „unrechtmäßige Kodierung“) angesehen wird, bleibt abzuwarten.

Erfreulich ist, dass die Resistenzen ihre Relevanz behalten haben, und dass eine cc-Relevanz jetzt auch für E. faecium-VRE (U80.3) sowie resistente Enterobacter/Citrobacter/Serratia, Pseudomonaden/Nonfermenter und Burkholderia/Stenotrophomonas (U80.5-7), Bakterien mit Multiresistenz (U81) und Herpesviren mit Resistenz (U84) gilt. Es wurden diesmal alle MRE-Kodes (U80.0 bis U84) in die CC-Matrix aufgenommen (Tabelle 3).

Alles in allem entspricht diese Entwicklung dem generellen Trend des DRG-Systems hin zu einer Besservergütung der "komplizierteren" Fälle auf Kosten der "einfacheren". So gesehen ist dies durchaus zu begrüßen.

Die im Vorjahr neu eingeführten **DRGs für Multiresistente Erreger (MRE) bleiben bestehen**. Diese sind E77A/B/C (Lungenentzündung mit/ohne Komplexbehandlung MRE; MDC 04 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane), F77Z (in MDC 05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems), G77Z (in MDC 06 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane), K25Z und K77Z (in MDC 10 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten), L63A/B/C/D/E/F (Harnwegsinfektion mit/ohne Komplexbehandlung MRE; MDC 11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane) und T77Z (in MDC 18B Infektiöse und parasitäre Krankheiten). Alle sind so genannte „Komplexbehandlungen bei MRE“.

Die DRGs für Intensivmedizinische Behandlungen wurden weiter aufgesplittet. So ist jetzt nicht nur die Beatmungsdauer von Relevanz. Die jeweilige Beatmungsdauer wird feingliedrig in bis zu sechs Stufen abhängig von u.a. intensivmedizinischen Komplexbehandlungen unterteilt.

Die Tuberkulose DRG E76 ist wie in den Vorjahren für Behandlungsdauern < 14 Tage in E76B und E76C unter-

teilt. E76A (Behandlungsdauer > 14 Tage) ist weiterhin krankenhausesindividuell zu verhandeln.

Im Abschnitt Infektionserkrankungen wurden einige DRGs neu aufgeteilt. So wurde z.B. T33 aufgrund zu geringer Fallzahlen gestrichen. Dafür wurde T36Z (Intensivmedizinische Behandlung bei Infektionserkrankungen) neu eingeführt. Die Sepsis DRG T60 ist in 6 Stufen A-F gesplittet.

Eine ganze Reihe von DRGs erfährt einen Schweregradsplit über das Vorliegen von Grund/Nebenerkrankungen, wie z. B. Agranulozytose oder Z. n. Transplantation. Dies ist aus infektiologischer Sicht zu begrüßen und gilt z.B. für DRG T64 (Infektiöse Erkrankung).

Zusatzentgelte gibt es für die Gabe von Caspofungin iv (ZE39), Liposomales Amphotericin B iv (ZE43), Voriconazol po/iv (ZE45/ZE46), Itraconazol iv (ZE77) sowie Posaconazol po (ZE81) jeweils in Abhängigkeit der verabreichten Dosis. Andere Antiinfektiva werden nicht über Zusatzentgelt vergütet.

Für Anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlungen (ZE2008-28) und Naturheilkundliche Komplexbehandlungen (ZE2008-40) können krankenhausesindividuelle Entgelte vereinbart werden. Dies trifft nicht für Krankenhaushygienische Komplexbehandlungen (Tabelle 4) zu.

Wichtig bleibt weiterhin, das DRG-System mit entsprechenden Daten „zu füttern“, um eine Kostenkalkulation zu ermöglichen und zu unterhalten, um damit das Ziel einer angemessenen Vergütung von Infektionserkrankungen und der Infektionsdiagnostik zu erreichen und zu sichern [1].

### Die Kliniker / Einsender müssen weiterhin mit ICD-10 Diagnosekodes versorgt werden.

Dazu sollen die folgenden Maßnahmen realisiert werden:

- o Angabe von Erregercodes B95-B97 auf allen relevanten Befunden.
- o Angabe der U80.0-U85 Kodes und OPS-Kodes auf allen therapeutisch oder krankenhauseshygienisch relevanten Befunden.
- o Umsetzung der OPS-Kodierung bei entsprechenden Patienten (Tab. 4). Als Beispiel hierfür kann das „Ulmer Modell“ dienen [8].
- o Angabe von Kodierhilfen für die wichtigsten Befundkonstellationen und Infektionskrankheiten z. B. Harnwegsinfektionen, Sepsis/Endokarditis, Pneumonie, Haut-/Weichteilinfektionen, und
- o Begleitende Kommunikation mit den klinischen KollegInnen und dem Medizincontrolling.

Hierzu ist eine auf den Kodierleitfäden [2] basierende Software (ICDtool) für das Labor erhältlich [9].

Auch wenn einige Erreger im DRG-System 2008 abgewertet wurden, sind ab 2008 alle resistenten Erreger in der CC-Matrix aufgenommen worden. Die Ausgestaltung der Intensivmedizin im DRG-System hat weitere Formen angenommen. Die erstmals 2007 eingeführten DRGs für Komplexbehandlungen bei MRE sind auch 2008 weiterhin im DRG-System.

**Tabelle 1: Änderungen ICD-10 für 2008**

	ICD-10 Kode	Text	Detail
Geändert	A49.-	Bakterielle Infektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	z. B. „A49.0 Staphylokokkeninfektion, nicht näher bezeichneter <b>Lokalisation</b> “ (fett gedruckter Text neu)
NEU	B25.80+	Infektion des Verdauungstraktes durch Zytomegalieviren	
NEU	B25.88	Sonstige Zytomegalie	War vorher B25.8
Geändert	B34.-	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	analog A49.-
Geändert	B59+	Pneumozystose (J17.3*)	Pneumocystis jirovecii eingefügt
Geändert	B81/83	Helminthosen	Angiostrongylus costaricensis, Angiostrongylus cantonensis, Ternidens diminutus feiner spezifiziert/eingefügt
NEU	N15.10	Nierenabszess	War vorher ein Kode N15.1
NEU	N15.11	Perinephritischer Abszess	War vorher ein Kode N15.1
NEU	<b>U69.00!</b>	<b>Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie bei Patienten von 18 Jahren und älter</b>	<b>Hinw.: Unter einer im Krankenhaus erworbenen Pneumonie versteht man eine Pneumonie, deren Symptome und Befunde die CDC-Kriterien erfüllen und frühestens 48 Std. nach Aufnahme in ein Krankenhaus auftreten oder sich innerhalb von 28 Tagen nach Entlassung aus einem Krankenhaus manifestieren. Die Einstufung als im Krankenhaus erworbene Pneumonie bedeutet nicht automatisch, dass ein kausaler Zusammenhang zwischen der medizinischen Behandlung und dem Auftreten der Infektion existiert, es ist auch kein Synonym für ärztliches oder pflegerisches Verschulden. Die Schlüsselnummer ist nur von Krankenhäusern, die zur externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V verpflichtet sind und nur für vollstationäre Fälle anzugeben. Die Schlüsselnummer dient als Abgrenzungskriterium in der Qualitätssicherung ambulant erworbener Pneumonien.</b>
NEU	U69.10!	Anderenorts klassifizierte Krankheit, für die der Verdacht besteht, dass sie Folge einer medizinisch nicht indizierten ästhetischen Operation, einer Tätowierung oder eines Piercings ist	Hinw.: Die Schlüsselnummer dient der Umsetzung des § 52 SGB V (Leistungsbeschränkung bei Selbstverschulden) und ist verpflichtend anzugeben.
Geändert	A48.1	Legionellose mit Pneumonie	<b>Verweis auf U69.00! bei nosokomialer Pneumonie</b>
Geändert	B01.2+	Varizellen-Pneumonie (J17.1*)	<b>Verweis auf U69.00! bei nosokomialer Pneumonie</b>
Geändert	J10.0	Grippe mit Pneumonie, sonstige Influenzaviren nachgewiesen	<b>Verweis auf U69.00! bei nosokomialer Pneumonie</b>
Geändert	J11.0	Grippe mit Pneumonie, Viren nicht nachgewiesen	<b>Verweis auf U69.00! bei nosokomialer Pneumonie</b>
Geändert	J12.-	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	<b>Verweis auf U69.00! bei nosokomialer Pneumonie</b>
Geändert	J13	Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae	<b>Verweis auf U69.00! bei nosokomialer Pneumonie</b>
Geändert	J14	Pneumonie durch Haemophilus influenzae	<b>Verweis auf U69.00! bei nosokomialer Pneumonie</b>
Geändert	J15.-	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	<b>Verweis auf U69.00! bei nosokomialer Pneumonie</b>
Geändert	J16.-	Pneumonie durch sonstige Erreger, anderenorts nicht klassifiziert	<b>Verweis auf U69.00! bei nosokomialer Pneumonie</b>
Geändert	J18.-	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	<b>Verweis auf U69.00! bei nosokomialer Pneumonie</b>
Geändert	J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	<b>Verweis auf U69.00! bei nosokomialer Pneumonie</b>
Geändert	J85.1	Abszess der Lunge mit Pneumonie	<b>Verweis auf U69.00! bei nosokomialer Pneumonie</b>

**Tabelle 2: B95.- / B96.- / B97.- Kodes – Erreger als Ursache von Krankheiten**

Diagnosekodes für Erreger als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln des ICD-10 klassifiziert sind und im Krankenhaus angegeben werden sollten.

Erreger als Ursache von Infektionserkrankungen	ICD-10	DRG Delta	DRG Bewert.
Streptokokken, Gruppe A	B95.0		
Streptokokken, Gruppe B	B95.1		
Streptokokken, Gruppe D (Enterokokken) ( <i>Vancomycin empfindlich oder resistent, bei VRE: zusätzlich U80.3 vergl. Tab. 3</i> )	B95.2	Abgew	CC
<i>Streptococcus pneumoniae</i> (Pneumokokken)	B95.3		CC
Streptokokken, Gruppe C	B95.41		
Streptokokken, Gruppe G	B95.42	Abgew	CC
Sonstige näher bezeichnete Streptokokken	B95.48		CC
<i>Staphylococcus aureus</i> ( <i>Methicillin empfindlich oder resistent, bei MRSA: zusätzlich U80.0 vergl. Tab. 3</i> )	B95.6	Abgew	CC
Sonstige Staphylokokken	B95.7	Abgew	CC
Corynebakterien (grampositive aerobe Erreger)	B95.90		
Peptostreptokokken, Propionibakterien (grampositive anaerobe, nicht sporenbildende Erreger)	B95.91		
<i>Mycoplasma pneumoniae</i> (und Mykoplasmen, Ureaplasmen)	B96.0		
<i>Escherichia coli</i> (und andere Enterobacteriaceae: z.B. <i>Enterobacter</i> , <i>Serratia</i> , <i>Morganella</i> ) ( <i>bei ESBL: zusätzlich U80.4 vergl. Tab. 3</i> )	B96.2	Gestrichen	€€
<i>Haemophilus influenzae</i> (und <i>Haemophilus</i> , <i>Moraxella</i> , HACEK-Gruppe [ <i>Haemophilus</i> , <i>Actinobacillus</i> , <i>Cardiobacterium</i> , <i>Eikenella</i> , <i>Kingella</i> ])	B96.3		CC
<i>Pseudomonas</i> (und andere Nonfermenter: z.B. <i>Pseudomonas aeruginosa</i> ; <i>Burkholderia</i> , <i>Stenotrophomonas</i> , <i>Acinetobacter</i> )	B96.5		CC
<i>Bacteroides fragilis</i> (und andere gramnegative Anaerobier)	B96.6		
<i>Clostridium perfringens</i> (und andere grampositive, sporenbildende Anaerobier)	B96.7		
<i>Helicobacter pylori</i>	B96.81		
Sonstige näher bezeichnete Bakterien ( <i>alle in ICD-10 A/B nicht explizit genannten bakteriellen Erreger</i> )	B96.88		
Adenoviren	B97.0		
Enteroviren (Coxsackieviren, ECHO-Viren)	B97.1		
Koronaviren	B97.2		
Retroviren (Lentiviren, Onkoviren)	B97.3		
RS-Viren	B97.4		
Reoviren	B97.5		
Parvoviren	B97.6		
Papillomaviren	B97.7		
Sonstige Viren ( <i>alle in ICD-10 A/B nicht explizit genannten viralen Erreger</i> )	B97.8		

Sollte der nachgewiesene Erreger besondere Resistenzen aufweisen, sind zusätzlich zum jeweiligen Kode die U-Kodes der Tabelle 3 zu verschlüsseln.

**Tabelle 3: U80-U85 Kodes – Infektionserreger mit Resistenzen gegen bestimmte Antibiotika oder Chemotherapeutika**

Zusätzliche Codes für Erreger mit bestimmten Antibiotikaresistenzen, die besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen erfordern. Die folgenden Schlüsselnummern sind zu benutzen, wenn der jeweilige Erreger gegen eine oder mehrere der aufgeführten Substanzgruppen resistent ist. Sie sind laut Deutscher Kodierrichtlinie obligat anzugeben.

NEU CC	Erreger mit bestimmten Resistenzen (einzeln oder in Kombination)	ICD-10	DRG Bewert.
	<b>Staphylococcus aureus</b> Oxacillin, Glykopeptid-Antibiotika, Chinolone, Streptogramine und/oder Oxazolidinone	U80.0	CC
	<b>Streptococcus pneumoniae</b> Penizillin, Oxacillin, Makrolid-Antibiotika, Oxazolidinone und/oder Streptogramine	U80.1	CC
	<b>Enterococcus faecalis</b> Glykopeptid-Antibiotika, Oxazolidinone, und/oder mit High-Level-Aminoglykosid-Resistenz	U80.2	CC
X	<b>Enterococcus faecium</b> Glykopeptid-Antibiotika, Oxazolidinone, Streptogramine, und/oder mit High-Level-Aminoglykosid-Resistenz	U80.3	CC

NEU CC	Erreger mit bestimmten Resistenzen (einzeln oder in Kombination)	ICD-10	DRG Bewert.
	<b>Escherichia, Klebsiella und Proteus</b> Chinolone, Carbapeneme, Amikacin, und/oder mit nachgewiesener Resistenz gegen alle Beta-Lactam-Antibiotika [ESBL-Resistenz]	U80.4	CC
X	<b>Enterobacter, Citrobacter und Serratia</b> Carbapeneme, Chinolone und/oder Amikacin	U80.5	CC
X	<b>Pseudomonas aeruginosa und andere Nonfermenter</b> Carbapeneme, Chinolone, Amikacin, Ceftazidim und/oder Piperacillin/Tazobactam Exkl.: Burkholderia (U80.7), Stenotrophomonas (U80.7)	U80.6	CC
X	<b>Burkholderia und Stenotrophomonas</b> Chinolone, Amikacin, Ceftazidim, Piperacillin/Tazobactam und/oder Cotrimoxazol	U80.7	CC
X	<b>Bakterien mit Multiresistenz</b> gegen Antibiotika Es ist nur noch eine Sensitivität gegen zwei oder weniger Antibiotika-Substanzgruppen nachweisbar	U81	CC
	<b>Mycobacterium tuberculosis</b> Resistenz gegen ein oder mehrere Erstrangmedikamente Exkl.: Resistenz gegen Isoniazid und Rifampicin	U82.0	CC
	<b>Multi Drug Resistant Tuberculosis [MDR-TB]</b> Resistenz gegen Isoniazid und Rifampicin	U82.1	CC
	<b>Atypische Mykobakterien oder Nokardien mit Resistenz gegen Erstrangmedikamente</b>	U82.2	CC
	<b>Candida</b> Fluconazol und/oder Voriconazol	U83	CC
X	<b>Herpesviren</b> Virustatika	U84	CC
	<b>Humanes Immundefizienz-Virus</b> Virustatika und/oder Proteinaseinhibitoren	U85	CC

**Tabelle 4: OPS-Kodes Krankenhaushygienische Komplexbehandlung**

8-987	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]
<i>Exkl.:</i>	Isolation bei Verdacht auf Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern mit anschließendem negativen Befund
<i>Hinw.:</i>	<p>Mindestmerkmale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Behandlung durch speziell eingewiesenes medizinisches Personal, in Zusammenarbeit mit dem Krankenhaushygieniker und/oder der/dem Krankenschwester/-pfleger für Krankenhaushygiene (Hygienefachkraft) unter Aufsicht des Krankenhaushygienikers unter Berücksichtigung aktueller Behandlungs- und Pflegestandards</li> <li>· Durchführung von speziellen Untersuchungen zur Feststellung der Trägerschaft von multiresistenten Erregern (ICD-10-GM-Kodes U80 - U82) bzw. der erfolgreichen Sanierung der Kolonisierung bzw. Infektion sowie zur Prävention einer Weiterverbreitung</li> <li>· Durchführung von strikter Isolierung (Einzel- oder Kohortenisolierung) mit eigenem Sanitärbereich oder Bettstuhl bei entsprechender hygienischer Indikation (Vermeidung von Kreuzinfektionen). Die Isolierung wird aufrechterhalten, bis in drei negativen Abstrichen/Proben von Prädilektionsstellen der MRE nicht mehr nachweisbar ist. Die Abstriche/Proben dürfen nicht am gleichen Tag entnommen sein. Die jeweils aktuellen Richtlinien des Robert-Koch-Instituts sind zu berücksichtigen</li> <li>Es muss ein dokumentierter durchschnittlicher Mehraufwand von mindestens 2 Stunden täglich während der Behandlungstage mit strikter Isolierung entstehen. Dazu gehören neben den oben beschriebenen Maßnahmen <b>z. B.:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Einsatz von erregerspezifischen Chemotherapeutika/Antibiotika</li> <li>· Mindestens tägliche lokale antiseptische Behandlung der betroffenen Areale (z.B. Rachen- oder Wundsanierung; antiseptische Sanierung anderer betroffener Körperteile/Organe)</li> <li>· Antiseptische Ganzkörperwäsche, bei intakter Haut mindestens täglich</li> <li>· Täglicher Wechsel von Bettwäsche, Bekleidung und Utensilien der Körperpflege (Waschlappen u.ä.)</li> <li>· Schutzmaßnahmen bei Betreten und Verlassen des Zimmers (zimmerbezogener Schutzkittel, Handschuhe, ggf. Mund-Nasen-Schutz, einschleusen, ausschleusen etc.)</li> <li>· Ggf. mehrmals tägliche Desinfektion patientennaher Flächen</li> <li>· Mindestens tägliche Fußbodendesinfektion und Schlussdesinfektion</li> <li>· Patienten- und Angehörigengespräche zum Umgang mit MRE</li> <li>· Durchführung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen unter besonderen räumlich-organisatorischen Bedingungen (z.B. im Patientenzimmer anstelle im Funktionsbereich; wenn in Funktionsbereichen, dann mit unmittelbar anschließender Schlussdesinfektion)</li> </ul> </li> </ul>

<b>8-987</b>	<b>Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]</b>
<b>8-987.0</b>	<b>Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit</b>
	<i>Hinw.:</i> Eine spezielle Isoliereinheit (eigenständige Infekt-Isolierstation) ist räumlich und organisatorisch von den restlichen Pflegeeinheiten des Krankenhauses getrennt. Jedes Zimmer ist über eine eigene Schleuse zu betreten
.00	Bis zu 6 Behandlungstage
.01	Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage
.02	Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage
.03	Mindestens 21 Behandlungstage
<b>8-987.1</b>	<b>Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit</b>
.10	Bis zu 6 Behandlungstage
.11	Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage
.12	Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage
.13	Mindestens 21 Behandlungstage

## Zusammenfassung

2008 werden MRE Erkrankungen im DRG-System auf drei verschiedene Arten vergütet.

- 1.) durch eigene DRGs,
- 2.) durch unmittelbare Schweregradsteigerung in bestimmten DRGs, und
- 3.) durch Schweregradsteigerung in einer ganzen Reihe von DRGs über die CC-Werte.

Wichtig ist dabei, dass es

- **nur für eine adäquate Behandlung** (d.h. entsprechende Leistung, wie z.B. fachgerechte Isolierung)
- **bei vorhergehender eindeutiger Diagnostik** (Erregernachweis mit U-Kode!)
- **eine entsprechend Vergütung gibt.**

Interessant zu beobachten wird sein, inwieweit das Konzept zur Qualitätssicherung über einen Zusatzcode U69.00! für nosokomiale Pneumonie angenommen werden wird. Mittelfristig steht zu erwarten, dass dies

- 1.) aufgrund der gesetzlichen Verpflichtung,
- 2.) der Einstellung „wird sowieso schon kodiert“ und
- 3.) des sehr einfachen Aufbaus

das an vielen Kliniken etablierte KISS ersetzt wird. Um dies zu verhindern, erscheint es wichtig, ein bestehendes KISS als Grundlage der Dokumentation des Codes U69.00 zu positionieren. Ebenfalls sehr interessant wird sein, welche weiteren Diagnosen in den nächsten Jahren so zur Qualitätssicherung verwendet werden. Der Einstieg in eine „Selbstzahlermedizin“ ist ebenfalls vorbereitet über die Aufnahme von U69.10!, wobei insbesondere die Juristen sehr von solchen Einteilungen profitieren werden. Wie das DRG-System der Zukunft aussehen wird, ist auch jetzt noch nicht abschließend zu erkennen. Allerdings sind weitere Veränderungen in folgenden Jahren zu erwarten.

## Literatur

1. Bericht DRG Arbeitsgruppe der DGHM zu den Auswirkungen der DRGs (Diagnosis Related Groups) auf Mikrobiologie, Infektiologie und Hygiene, 2003, Leitritz L., Gärtner B., Kniehl E., Mauch H., Pietzcker T., Straube E.. Hyg. Mikrobiol. 7 (2003) 3:109-116.
2. Vorläufiger Kodierleitfaden ICD-10 Kode – Verschlüsselung von Infektionskrankheiten und Infektionserregern unter DRG-Bedingungen erstellt von der DRG AG der DGHM in Zusammenarbeit mit GfV, BÄMI, DGIM, DGI, DGPI, PEG, DAIG, DGKH, AKM, und NRZ für Borrelien. 2003, Leitritz L., Kniehl E., Sing A., Gärtner B., Pietzcker T., Straube E., Mauch H.. Mikrobiologie 13 (2003): 5:192-204.
3. Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision ICD-10-GM Version 2008. DIMDI. <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2008/fr-icd.htm>
4. § 52 Abs. 2 SGB V. <http://www.die-gesundheitsreform.de/gesetz-meilensteine/gesetze/pdf/gkv-wsg-bgbi.pdf>
5. Presseinformation Marburger Bund. [http://www.marburgerbund.de/marburgerbund/bundesverband/unsere\\_themen/gesundheitspolitik/texte2007/Schweigepflicht.php](http://www.marburgerbund.de/marburgerbund/bundesverband/unsere_themen/gesundheitspolitik/texte2007/Schweigepflicht.php)
6. Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) Version 2008 einschl. Erweiterungskatalog, Stand 25.10.2007. DIMDI. <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/prozeduren/ops301/opshtml2008/fr-ops.htm>
7. InEK. <http://www.g-drg.de>, aktuell
8. Steuerung, Überwachung und Dokumentation der Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern – Beiträge der Klinikhygiene. Pietzcker T., Fiedler K., Schlauss K., Färber T., Vögel B., Kniehl E. und v. Baum H.. Hygiene&Medizin, 2006
9. ICDtool. <http://www.icdtool.de>

## Korrespondenzadresse

Dr. L. Leitritz  
Mikrobiologie  
MVZ Ingelheim  
Bioscientia Institut für Medizinische Diagnostik  
Konrad-Adenauer-Str. 17  
55218 Ingelheim  
e-mail: [lorenz.leitritz@bioscientia.de](mailto:lorenz.leitritz@bioscientia.de)