

Kodierung und Vergütung in der stationären Versorgung



Levosimendan im
DRG-System

Erläuterung zum DRG-System

Das G-DRG (German Diagnosis Related Group)-System ist ein pauschalisierendes Abrechnungsverfahren für stationäre Krankenhausleistungen, welches 2004 verpflichtend in Deutschland eingeführt wurde.

Grundprinzip des Systems ist die Zusammenfassung verschiedener Behandlungsfälle zu Fallgruppen anhand medizinischer Daten (Diagnosen und Maßnahmen) sowie demografischer Merkmale. Dadurch werden diejenigen Behandlungsfälle zusammengefasst, die medizinisch ähnlich und hinsichtlich des Behandlungskostenaufwands möglichst homogen sind.

Im Jahr 2020 umfasst der DRG-Katalog insgesamt 1.292 Fallpauschalen. Die Leistungen der Krankenhäuser werden damit – weitestgehend unabhängig vom patientenindividuellen Leistungsrahmen (z. B. Verweildauer, OP-Dauer) – pauschal vergütet. Ergänzt wird das G-DRG-System durch einen Katalog mit über 200 Zusatzentgelten für besonders aufwendige Maßnahmen. Auch neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB), die mit den Fallpauschalen

und Zusatzentgelten noch nicht sachgerecht vergütet werden können, werden im Rahmen des Systems berücksichtigt. Hierfür gelten Sonderregelungen.

Zuordnung eines Falls zu einer DRG

Die Zuordnung eines individuellen Behandlungsfalls zu einer DRG-Fallpauschale erfolgt EDV-gestützt (Grouper-Software) auf Basis der während des Krankenhausaufenthalts routinemäßig dokumentierten Patienten- und Falldaten:

- **Hauptdiagnose**
- **Nebendiagnosen**
- **Operationen und Prozeduren**
- **Demografische Merkmale**

Die Verschlüsselungen der Hauptdiagnose und der Nebendiagnosen erfolgen über ICD-10-Codes, während die Schlüssel für Operationen und Prozeduren im OPS-Katalog zu finden sind.

Häufigkeit der Levosimendan-Kodierung (OPS) und Hauptdiagnosen der Fälle

Fälle mit einer Levosimendan-Kodierung

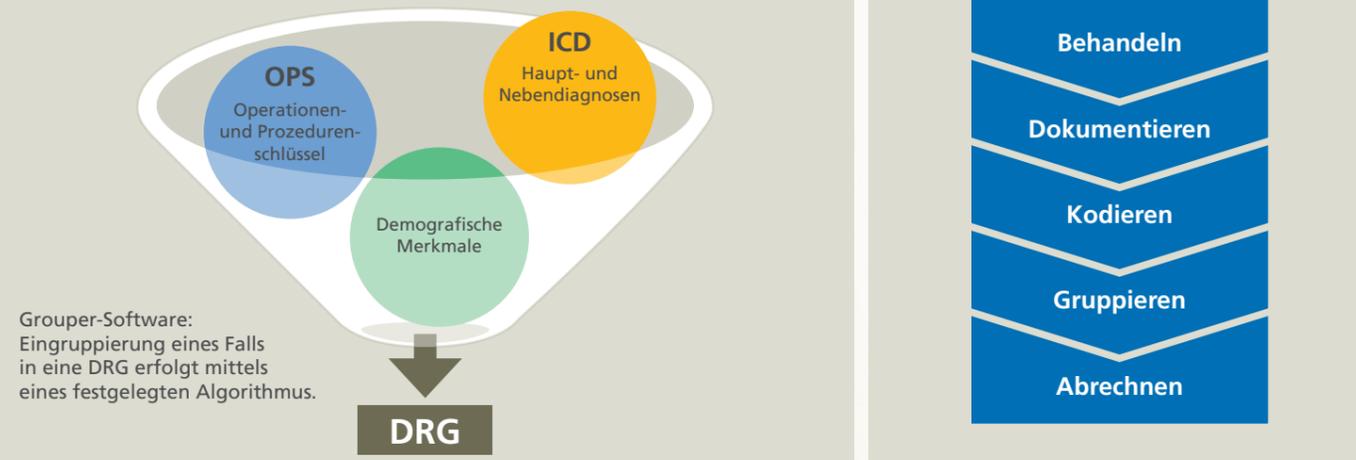
OPS	Beschreibung	Anzahl Fälle*
6-004.d	Levosimendan, parenteral	6.931

Hauptdiagnosen der Levosimendan-Fälle

ICD-10	Beschreibung	Anzahl Fälle*
I50.14	Linksherzinsuffizienz: mit Beschwerden in Ruhe NYHA-Stadium IV	782
I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	763
I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	489
I50.13	Linksherzinsuffizienz: mit Beschwerden bei leichter Belastung NYHA-Stadium III	357
I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung	339
I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	332
I42.0	Dilatative Kardiomyopathie	253
I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	240
I34.0	Mitralklappeninsuffizienz	236
R57.0	Kardiogener Schock	210
I35.0	Aortenklappenstenose	141
I25.5	Ischämische Kardiomyopathie	117
I33.0	Akute und subakute infektiöse Endokarditis	107
I35.2	Aortenklappenstenose mit Insuffizienz	98
I47.2	Ventrikuläre Tachykardie	76
I49.0	Kammerflattern und Kammerflimmern	68
Q23.4	Hypoplastisches Linksherzsyndrom	67
I08.1	Krankheiten der Mitrals- und Trikuspidalklappe, kombiniert	63
I35.1	Aortenklappeninsuffizienz	63
I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	54
I20.0	Instabile Angina pectoris	53
I21.2	Akuter transmuraler Myokardinfarkt an sonstigen Lokalisationen	45
I25.12	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäß-Erkrankung	45
I42.88	Sonstige Kardiomyopathien	45
I08.0	Krankheiten der Mitrals- und Aortenklappe, kombiniert	41
J80.03	Schweres Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]	40
T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	38
I26.0	Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale	35
N17.93	Akutes Nierenversagen Stadium III	33
I08.3	Krankheiten der Mitrals-, Aorten- und Trikuspidalklappe, kombiniert	30
I25.14	Stenose des linken Hauptstammes	28
I71.2	Aneurysma der Aorta thoracica, ohne Angabe einer Ruptur	28
Q20.3	Diskordante ventrikuloarterielle Verbindung	26
I36.1	Nichtreumatische Trikuspidalklappeninsuffizienz	25
I71.01	Dissektion der Aorta thoracica, ohne Angabe einer Ruptur	25

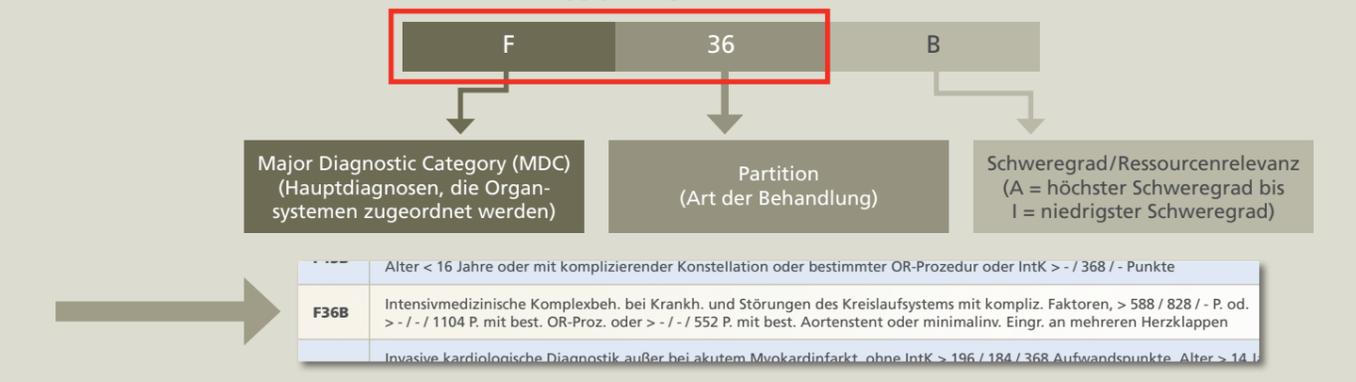
*Statistisches Bundesamt (Destatis), DRG-Statistik 2018

Vom Patienten zur Fallpauschale: Das DRG-Prinzip



Die letztlich ermittelte DRG wird von einer Vielzahl von Faktoren bestimmt und kann nur schwer vorhergesagt werden.

DRG-Nomenklatur



Top 20 DRGs mit Einsatz von Levosimendan*

Alle Erlöse berechnet mit dem Bundesbasisfallwert 2019 (BBFW: 3.544,97 €)

DRG	Beschreibung	Fälle in der BRD (Deutschland insgesamt)	Davon: Fälle mit Kodierung Levosimendan	BWR	Erlös (BBFW x BWR)	mVD ¹⁾	uGVD ²⁾ 1. Tag mit Abschlag	oGVD ³⁾ 1. Tag mit Zuschlag
F36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > - / - / 552 Aufwandspunkte ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne bestimmten Aortenstent oder bestimmter mehrzeitiger komplexer Eingriff	4.388	354	10,785	38.232,50 €	24,8	7	43
F43B	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems ohne IntK > 392 / 552 / 552 Punkte, Alter > 5 Jahre und Alter < 16 Jahre oder mit komplizierender Konstellation oder bestimmter OR-Prozedur oder IntK > - / 368 / - Punkte	9.964	329	6,020	21.340,72 €	17,6	5	34
F36B	Intensivmedizinische Komplexbeh. bei Krankh. und Störungen des Kreislaufsystems mit kompliz. Faktoren, > 588 / 828 / - P. od. > - / - / 1104 P. mit best. OR-Proz. oder > - / - / 552 P. mit best. Aortenstent oder minimalinv. Eingr. an mehreren Herzklappen	2.716	325	13,981	49.562,23 €	25,4	7	43
F49E	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 14 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC oder ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose	44.712	301	1,220	4.324,86 €	4,6	1	12
F62C	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC oder ohne Dialyse, ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, ohne best. hochaufw. Beh., mehr als ein Belegungstag, ohne best. akutes Nierenversagen oder ohne äußerst schwere CC	329.494	286	0,853	3.023,86 €	8,1	2	17
A13B	Beatmung > 95 Stunden mit sehr komplexem Eingriff oder mit komplexer OR-Prozedur und komplizierender Konstellation oder mit best. OR-Proz. und kompliz. Konst., Alter < 16 Jahre od. mit intensivmed. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 Punkte und kompliz. Konst.	4.335	248	11,228	39.802,92 €	20,8	6	39
A13A	Beatmung > 95 Std. mit hochkompl. Eingr. od. mit kompl. OR-Proz. u. int. Komplexbeh. > 1176 / 1380 / 1656 P. od. mit kompl. OR-Proz. u. int. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 P. od. b. Lymphom und Leukämie, m. kompliz. Konst. u. best. OR-Proz., Alter < 16 J.	4.348	234	16,422	58.215,50 €	31,8	10	50
A11A	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1932 Aufwandspunkte mit kompliz. Konstellation und best. OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre	2.999	209	25,153	89.166,63 €	44,7	14	63
A09A	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit IntK > 2352 / 1932 / 2208 P., mit hochkomplexem Eingriff oder kompl. OR-Proz. und Alter < 16 Jahre, mit IntK > 1764 / 1932 / - P. oder mit sehr kompl. Eingr. und IntK > - / 2208 / - P.	1.791	193	33,760	119.678,19 €	58,5	19	77
A09B	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit int. Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2208 P., mit angeb. Fehlbild. od. Tumorerkr., Alter < 3 J. oder mit hochkompl. Eingr. oder mit kompl. OR-Proz. oder int. Komplexbeh. > 1764 / 1932 / - P. und Alter < 16 Jahre	4.255	169	21,880	77.563,94 €	39,3	12	57
A13D	Beatmung > 95 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, ohne hochkompl. od. sehr kompl. Eingriff, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 1176 / 1104 / 1104 Punkte, ohne kompliz. Konst., ohne Eingr. bei angeb. Fehlbild. od. mit intensivmed. Komplexbeh. > - / 828 / - P.	7.533	154	8,131	28.824,15 €	18,6	5	36
F06E	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, ohne Karotiseingriff, ohne invasiv. kardiolog. Diagnostik, ohne intraoperative Ablation, ohne schwerste CC	22.244	152	4,160	14.747,08 €	10,9	3	19
F03E	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konstellation, ohne Eingriff in tiefer Hypothermie, ohne IntK > 392 / 368 / - P., Alter > 15 J., mit Zweifacheingr. od. kompl. Eingriff od. bei Endokarditis od. bei angeb. Herzfehler	11.972	140	5,280	18.717,44 €	13,7	4	24
F36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > 1176 / 1380 / - Aufwandspunkte	895	131	19,628	69.580,67 €	38,6	12	57
F43A	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / 552 Aufwandspunkte	2.203	122	7,192	25.495,42 €	22,8	7	41
F07A	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 1 Jahr oder mit komplizierender Konstellation oder komplexer Operation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspunkte	1.958	121	7,276	25.793,20 €	12,6	3	26
A11C	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmed. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 1656 Punkte., mit kompl. OR-Proz. und Alter < 16 J. oder kompliz. Konst. od. bei Tumor od. angeb. Fehlbild., Alt. < 3 J. od. intensivmed. Komplexbeh. > - / 1104 / - P.	3.193	119	12,985	46.031,44 €	23,8	7	41
F03A	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit komplizierender Konstellation oder bestimmter Zweifacheingriff	2.708	116	8,982	31.840,92 €	16,3	4	31
F06D	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, ohne Karotiseingriff, mit invasiv. kardiolog. Diagnostik oder mit intraoperativer Ablation oder schwersten CC	3.834	102	5,056	17.923,37 €	13,9	4	25
A07A	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 Aufwandspunkte, mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma und int. Komplexbeh. > 3920 / 3680 / 3680 P. oder mit hochkompl. oder dreizeitigem Eingr.	777	98	46,278	164.054,12 €	78,8	25	97

* InEK GmbH, G-DRG-Browser 2018_2019

¹⁾mittlere Verweildauer
²⁾untere Grenzverweildauer
³⁾obere Grenzverweildauer

Glossar

Basis-DRG	„Basis-DRGs (ADRGs) bestehen aus einer oder mehreren DRGs, die grundsätzlich durch die gleiche Liste von Diagnose- und Prozedurencodes definiert sind. DRGs innerhalb einer Basis-DRG unterscheiden sich durch ihren Ressourcenverbrauch und sind anhand unterschiedlicher Faktoren wie Diagnosen, Prozeduren, Entlassungsgrund, Alter und/oder patientenbezogener Gesamtschweregrad (PCCL) untergliedert.“ (InEK GmbH 2019c)	Grouper	„Die Eingruppierung in die DRG-Fallpauschale erfolgt EDV-gestützt (Grouper) und wird insbesondere bestimmt durch die Krankheitsart (Diagnose), den Schweregrad der Erkrankung sowie die erbrachten Leistungen (Operationen und Prozeduren).“ (BMG 2018)
Basisfallwert	„Faktor, mit dem die Bewertungsrelation einer DRG multipliziert wird, um einen DRG-Erlös zu errechnen. Der Basisfallwert wird in Euro angegeben.“ (AOK Bundesverband, https://aok-bv.de/lexikon/index_00440.html)	Hauptdiagnose (HD)	„Die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist.“ (InEK GmbH 2019b)
Bundesbasisfallwert (BBFW)	„Der BBFW ist der Durchschnitt aller Basisfallwerte und wird vom InEK jährlich berechnet und zwischen der Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), dem GKV-Spitzenverband und dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV), unter Berücksichtigung des für das folgende Kalenderjahr maßgeblichen Veränderungswertes, vereinbart.“ (GKV-Spitzenverband: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/bundesbasisfallwert/bundesbasisfallwert.jsp)	Hauptdiagnosegruppe (MDCs)	„Die Major Diagnostic Category (MDC) ist eine Kategorie, die grundsätzlich auf einem Körpersystem oder einer Erkrankungsätiologie aufbaut, die mit einem speziellen medizinischen Fachgebiet verbunden ist. Einige Datensätze (z. B. die, die den MDCs 15, 18 und 21 zugewiesen werden) können jedoch Hauptdiagnosen aufweisen, die zu anderen Kategorien gehören. Die G-DRG-Version 2018 umfasst 24 MDCs.“ (InEK GmbH 2019c)
Behandlungsfall	„Ein Behandlungsfall beschreibt eine stationäre Episode eines Patienten im Krankenhaus. Der Behandlungsfall ist gekennzeichnet durch ein Aufnahmedatum und Entlassungsdatum im Krankenhaus.“ (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, https://www.gesetze-im-internet.de/khgl__17b.html)	InEK	„Die Spitzenverbände der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft haben am 10. Mai 2001 das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) gegründet. Das Institut unterstützt die Vertragspartner der Selbstverwaltung und die von ihnen gebildeten Gremien bei der gesetzlich vorgeschriebenen Einführung und kontinuierlichen Weiterentwicklung des DRG-Systems auf der Grundlage des § 17b KHG.“ (InEK GmbH 2019a)
Bewertungsrelation (BWR)	„Jeder DRG wird eine Bewertungsrelation, auch Relativgewicht oder relatives Kostengewicht genannt, zugeordnet. Es ist ein Maß für den durchschnittlichen Aufwand der Behandlung innerhalb dieser DRG. Im G-DRG-System wird die Bewertungsrelation bundesweit einheitlich im Fallpauschalenkatalog angegeben. Durch Multiplikation der Bewertungsrelation mit dem Basisfallwert erhält man den Erlös für eine DRG in Euro.“ (AOK Bundesverband, https://aok-bv.de/lexikon/index_00440.html)	Nebendiagnose (ND)	„Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt.“ (InEK GmbH 2019b, S. 1543)
Diagnosebezogene Fallgruppen (DRGs)	„DRGs sind ein Patientenklassifikationssystem, das in einer klinisch relevanten und nachvollziehbaren Weise Art und Anzahl der behandelten Krankheitsfälle in Bezug zum Ressourcenverbrauch des Krankenhauses setzt.“ (InEK GmbH 2019c)	OPS	„Operationen- und Prozedurenschlüssel. Amtliche Klassifikation zum Verschlüsseln von Operationen, Prozeduren und allgemeinen medizinischen Maßnahmen.“ (DIMDI 2019)
DRG-Fallpauschalen	„Die Höhe der DRG-Fallpauschalen richtet sich hauptsächlich nach Krankheitsart (Diagnose), Operation und Schweregrad der Erkrankung. Patienten und Patientinnen mit leichten Erkrankungen zahlen somit weniger als Patienten und Patientinnen mit schweren, aufwendig zu behandelnden Erkrankungen. Mit der Fallpauschale wird eine genau definierte Erkrankung und deren Behandlung in einer bestimmten Bandbreite der Verweildauer vergütet. Innerhalb dieser Bandbreite wird die gleiche Pauschale unabhängig von der tatsächlichen Verweildauer der Patientin bzw. des Patienten gezahlt. Die Höhe der Fallpauschale ist für eine mittlere Verweildauer innerhalb dieser Bandbreite kalkuliert. Für Patientinnen und Patienten mit einer deutlich längeren bzw. kürzeren Verweildauer werden in der Regel Zu- oder Abschläge auf die Fallpauschalen erhoben.“ (BMG 2016)	Patientenbezogener Klinischer Schweregrad (PCCL)	„Maßzahl für den kumulativen Effekt der Komplikationen und Komorbiditäten eines Patienten, die für jede Behandlungsepisode berechnet wird. Die Ermittlung ist komplex und soll vermeiden, dass ähnliche Umstände mehrfach gewertet werden. Der PCCL dient in einigen DRGs als Splitkriterium für den Schweregrad.“ (InEK GmbH 2019b, S. 1543)
ICD-10	„Der ICD-10 (ICD-10 German Modification) ist die amtliche Klassifikation in Deutschland zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung.“ (DIMDI 2019)	Verweildauer (VWD)	„Die Verweildauer eines Patienten wird durch Subtraktion des Aufnahmedatums vom Entlassungsdatum ermittelt. Urlaubstage gehen nicht in die Berechnung ein. Bei Aufnahme und Entlassung am gleichen Kalendertag wird eine Verweildauer von einem Tag zugewiesen.“ (InEK GmbH 2019b, S. 1543)
Komplikation und/oder Komorbidität (CC)	„Das Vorhandensein von Komplikationen und/oder Komorbiditäten (CC) kann die Behandlung von Krankheiten und Störungen erschweren und verteuern. Deshalb ist es für eine DRG-Klassifikation wesentlich, die unterschiedliche Schwere einer Erkrankung zu erkennen und zu berücksichtigen.“ (InEK GmbH 2019b)	Mittlere Verweildauer (mVD)	„Die mittlere Verweildauer wird als Durchschnittswert aller DRG-Fälle eines Jahres berechnet, ohne Berücksichtigung der Kurz- und Langlieger. Berücksichtigt werden bei der Berechnung des Durchschnittswertes also nur Normallieger (Verweildauer zwischen uGVD und oGVD).“ (inspiring-health)
Komplikations- und Komorbiditätslevel (CCL)	„CCLs sind Schweregradstufen, die für alle Nebendiagnosen vergeben werden. Ihr Wert kann zwischen 0 und 4 für operative und neonatologische Behandlungsfälle und zwischen 0 und 3 für medizinische Behandlungsfälle variieren und wurde aus einer Kombination von medizinischen Bewertungen und statistischen Analysen ermittelt.“ (InEK GmbH 2019b)	Untere Grenzverweildauer (uGVD)	„Die untere Grenzverweildauer bestimmt die Zeitspanne, die ein Patient mindestens im Krankenhaus verbringen sollte. Liegt die Verweildauer des Patienten darunter, erfolgen Abschläge auf die sonst fällige Fallpauschale.“ (https://www.aok-bv.de/lexikon/index_00087.html)
Cost-Weight (CW)	siehe Bewertungsrelation	Obere Grenzverweildauer (oGVD)	„Die obere Grenzverweildauer legt fest, bis zu welcher Verweildauer lediglich eine Pauschalvergütung erfolgt. Wird diese Dauer im Einzelfall überschritten, erhält das Krankenhaus zusätzliche Entgelte von den Krankenkassen.“ (https://www.aok-bv.de/lexikon/index_00087.html)
Fallpauschalenvereinbarung	„Die Fallpauschalenvereinbarung enthält die für das jeweilige Jahr gültigen Abrechnungsregeln sowie als Anlagen: den aktuellen Fallpauschalenkatalog (Anlage 1); die DRGs, für die keine bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen kalkuliert wurden und die nach § 6 Abs. 1 KHEntG krankenhausspezifisch verhandelt werden müssen (Anlage 3); die mit einem bundesweit gültigen Preis versehenen Zusatzentgelte nach § 17 b KHG (Anlagen 2 und 5); die Zusatzentgelte, für die keine bundeseinheitlichen Preise kalkuliert wurden und die nach § 6 Abs. 1 KHEntG krankenhausspezifisch verhandelt werden müssen (Anlagen 4 und 6).“ (GKV Spitzenverband, https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/drg/drg_2019/FPV_2019.pdf)	Zusatzentgelte (ZE)	„In eng begrenzten Ausnahmefällen, in denen dies für eine sachgerechte Vergütung erforderlich ist, können ergänzend zu einer Fallpauschale insbesondere für aufwendige Arzneimittel, einzelne Leistungen und Leistungskomplexe Zusatzentgelte (ZE) berechnet werden. Die Kalkulation der Fallpauschalen und Zusatzentgelte beruht auf den Leistungs- und Kostendaten deutscher Krankenhäuser.“ (BMG 2016)
		Entgelte für Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)	„NUB sind Innovationsentgelte, die einmal jährlich von jedem Krankenhaus, die die Leistung erbringen wollen, beim InEK beantragt werden müssen (Frist 31.10.). Im Januar des Folgejahres veröffentlicht das InEK die NUB-Statusliste. Für NUBs mit Status 1 oder 4 können vom jeweiligen Krankenhaus mit den Kassen sog. NUB-Entgelte vereinbart werden.“ (https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/drg_system/neue_untersuchungs_und_behandlungsmethoden_nub/neue_untersuchungs_und_behandlungsmethoden_nub.jsp)

Literatur

BMG (2016): Abrechnung stationärer Krankenhausleistungen. Die wichtigsten Rechtsvorschriften. Bundesministerium für Gesundheit (Informationsblatt 215-01). Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/abrechnung-krankenhausleistungen/?L=0#c2614>, zuletzt geprüft am 11.12.2019.

BMG (2019): Krankenhausfinanzierung. DRG-System 2019/Fallpauschalen. Bundesministerium für Gesundheit. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhausfinanzierung.html#c2621>, zuletzt geprüft am 11.12.2019.

GKV-Spitzenverband: Fragen und Antworten zu DRG. Was sind DRGs? Online verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/drg_system/fragen_und_antworten_drg/fragen_und_antworten_drg.jsp, zuletzt geprüft am 11.12.2019.

InEK GmbH (2019a): Das Institut. Wir über uns. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. Online verfügbar unter https://www.g-drg.de/Das_Institut/Wir_ueber_uns, zuletzt geprüft am 11.12.2019.

InEK GmbH (2019b): G-DRG-Version 2019. Definitionshandbuch, Band 5. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. Online verfügbar unter https://www.g-drg.de/G-DRG-System_2019/Definitionshandbuch/Definitionshandbuch_2019, zuletzt geprüft am 11.12.2019.

InEK GmbH (2019c): G-DRG-Version 2019. Definitionshandbuch, Band 1. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. Online verfügbar unter https://www.g-drg.de/G-DRG-System_2019/Definitionshandbuch/Definitionshandbuch_2019, zuletzt geprüft am 11.12.2019.

Verantwortlich für den Inhalt:

inspiring-health GmbH
Waldmeisterstraße 72
80935 München
Tel: +49(0)89 18 90 83 76-0
Fax: +49(0)89 18 90 83 76-9
info@inspiring-health.de
www.inspiring-health.de

Geschäftsführer: Dr. med. Michael H. Wilke, Markus Rathmayer
Sitz der Gesellschaft: München

Diese Broschüre wurde mit Sorgfalt und nach bestem Wissen und Gewissen hergestellt. Sie ersetzt keine offiziellen Dokumente oder Leitlinien. Die Autoren übernehmen keine Verantwortung für den Fall, dass der Leitfaden unvollständig oder fehlerhaft ist. Darüber hinaus wird darauf hingewiesen, dass im Einzelfall immer der behandelnde Arzt für die abschließende Kodierung des Patienten verantwortlich ist.

Mit freundlicher Unterstützung von:

ORION Pharma GmbH
Jürgen-Töpfer-Straße 46
22763 Hamburg
www.orionpharma.de
www.simdax.de

SIMDAX 2,5 mg/ml, Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung. **Wirkstoff:** Levosimendan. **Zusammensetzung:** Jeder ml des Konzentrats enthält 2,5 mg Levosimendan. Sonstige Bestandteile: Povidon K12 pyrogenfrei, Citronensäure, Ethanol. **Anwendungsgebiet:** Kurzzeit-Behandlung bei akut dekompensierter schwerer chronischer Herzinsuffizienz (ADHF), wenn eine konventionelle Therapie nicht ausreichend ist und in Fällen, wo die Verabreichung von Inotropika als geeignet betrachtet wird. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Schwere Hypotonie und Tachykardie. Signifikante mechanische Behinderungen, die die ventrikuläre Füllung, den ventrikulären Ausstrom oder beides beeinflussen. Schwer beeinträchtigte Nierenfunktion (Kreatinin-Clearance <30 ml/min). Schwer beeinträchtigte Leberfunktion. Torsades de Pointes in der Anamnese. **Nebenwirkungen:** Sehr häufig: Kopfschmerzen, Hypotonie, ventrikuläre Tachykardie. Häufig: Hypokaliämie, Schlaflosigkeit, Schwindel, Vorhofflimmern, Tachykardie, ventrikuläre Extrasystolen, Herzversagen, Myokardischämie, Extrasystolen, Übelkeit, Verstopfung, Diarrhoe, Erbrechen, erniedrigte Hämoglobinwerte. Über das Auftreten von Kammerflimmern wurde berichtet. **Warnhinweis:** Enthält 98 Vol.-% Alkohol. Packungsbeilage beachten! **Verschreibungspflichtig. Zulassungsinhaber:** Orion Corporation, Orionintie 1, FI-02200 Espoo, Finnland. **Stand der Information:** Mai 2018