



Berufsgenossenschaftliche  
Unfallklinik Murnau



# Streit bei der Kodierung und Abrechnung *... Es könnte so einfach sein ...*

D. D. Selter  
Ärztlicher Leiter Stabstelle Medizincontrolling

Herbstsymposium der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling e.V.  
24.10.2008

- Kodierung (HD, ND, Prozeduren)
- Dokumentation (Komplexbehandlungen, ZE, ...)
- Fehlbelegung (primär, sekundär)
- Fallzusammenlegung (Komplikationen)
- Beurlaubung
- Indikationen (z. B. Gabe von ZE-relevanten Medikamenten)



**Streiten lohnt sich:**



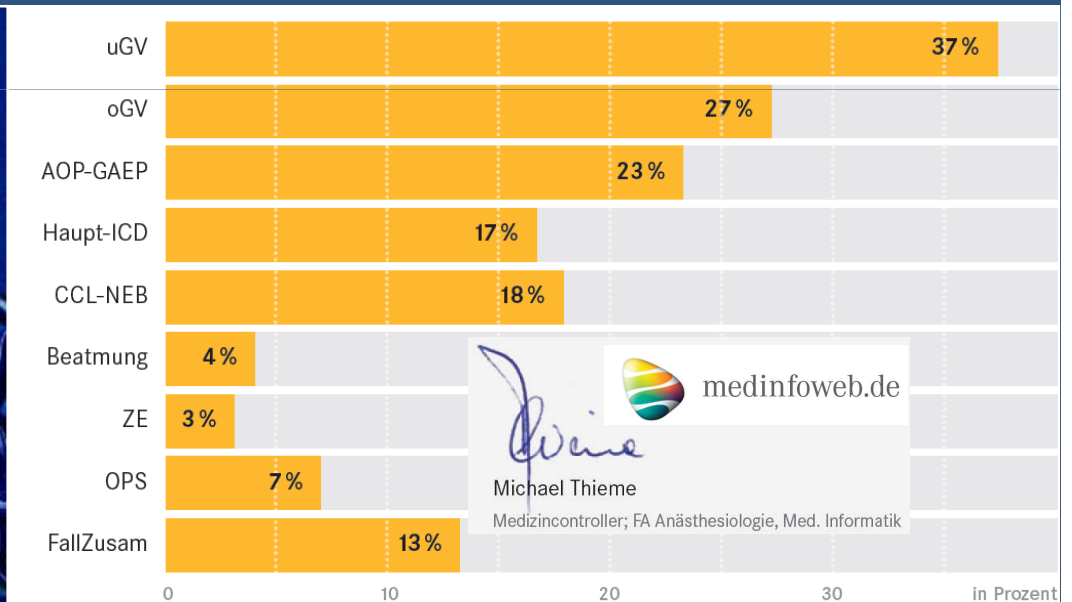
***Wuppertal (ots) - Durch das Aufdecken fehlerhafter Abrechnungen in Krankenhäusern konnte die BARMER im Jahr 2006 131,7 Millionen Euro Beitragsgelder zurückgewinnen und damit deutliche Einsparungen im Bereich der stationären Versorgung erzielen. Dies ist Ergebnis einer Untersuchung des Bundesversicherungsamtes (BVA)....***

- DKR ----- Widersprüche, fehlende Definitionen, Unklarheiten, ...
- ICD, OPS ----- Alternativen, Unzulänglichkeiten
- FPV ----- Interpretationsanfällige Formulierungen
- Medizinische Notwendigkeit ----- Dokumentation, Org.verschulden


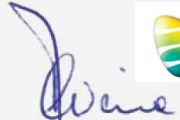
uGV	7,6
AOP-GAEP	7,1
oGV	6,7
CCL-NEB	6,3
Haupt-ICD	5,7
OPS	3,8
Beatmung	3,3
ZE	3,1
FallZusam	3,0



Rangliste der MDK-Prüfgründe 2007



Relativer Anteil zugunsten der Kostenträger entschiedenen MDK-Prüfungen nach Prüfgründen (in %)

 medinfoweb.de  
  
 Michael Thieme  
 Medizincontroller; FA Anästhesiologie, Med. Informatik

## DKR

### **Festlegung der korrekten Hauptdiagnose – Urteil des Sozialgerichts Würzburg vom 13.11.2006 (Az.: S 15 KR 293/04)**

Aufnahme einer Patientin mit Einweisungsdiagnose M16.9 (Coxarthrose) zum Einsetzen einer TEP.

Bei den Untersuchungen im Vorfeld zum geplanten Eingriff wurde ein CA des Darms festgestellt, deren Entfernung anstelle der geplanten TEP durchgeführt wurde.

Hauptdiagnose vom KH: C18.2 (bösartige Neubildung: Colon ascendens).

KK forderte als HD M16.9. Der MDK bestätigte zunächst die Auffassung des Krankenhauses, revidierte sein Gutachten jedoch später und vertrat danach die Auffassung, dass die von der Krankenkasse geforderte Hauptdiagnose korrekt sei.

Daraufhin reichte das Krankenhaus Leistungsklage gegen die Krankenkasse ein.

Entscheidung des SG: C18.2 ist korrekt und verurteilte die Krankenkasse zur vollständigen Begleichung der ausstehenden Restforderung des Krankenhauses in Höhe von 4.341,08 Euro.

Umstritten war letztlich der Begriff der „Hauptdiagnose“:

*„Die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist.“*

Das Gericht führte dazu aus, das DRG-Vergütungssystem bezwecke, einerseits durch Pauschalierungen einen praktikablen Differenzierungsgrad zu ermöglichen, andererseits aber auch komplexe Fälle abbilden zu können und eine leistungsorientierte Vergütung zu gewährleisten.

Aus diesen Gründen sei bei Unklarheiten wie vorliegend („Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthalts“) für das Gericht diejenige Auslegung der DKR vorzuziehen, die leistungsorientiert ist und eine adäquate Abbildung der Krankenhausleistung ermöglicht.



DKR

- Mehrfachkodierung

Ewige Diskussionen ...

Deutsche Kodierrichtlinien 11/2005 das Krankenhaus

Claus Fahlenbrach/Nicola Köhler/Dr. Nicole Schlottmann

## Deutsche Kodierrichtlinien Version 2006

### Wichtige neue Regelungen und Klarstellungen

#### Grundlegende Kodieraspekte

Im Laufe der Verhandlungen wurde die von Seiten des MDK aufgeworfene Grundsatzfrage diskutiert, ob für die Dokumentation einer Erkrankung grundsätzlich auch mehrere ICD-Kodes zur exakten Beschreibung eines medizinischen Krankheitsbildes erlaubt sind. Diese Frage stieß bei der DKG insofern auf Verwunderung, als dass in der Vergangenheit die sachgerechte Kodierung von Erkrankungen auch mittels mehrerer ICD zu keiner Zeit innerhalb der Selbstverwaltung in Zweifel gezogen wurde. Dieses Vorgehen gibt bereits die ICD-Klassifikation vor, da zahlreiche Krankheitsbilder eben nicht mit einem Kode exakt darzustellen sind. Zur Klärung wurde eine entsprechende Anfrage an das DIMDI gestellt, welches die Auffassung der DKG bestätigte und somit zu einer einheitlichen Positionierung beitrug. In der Arbeitsgruppe Klassifikation des Kranken-

stimmend festgestellt, dass die Beschreibung eines medizinischen Krankheitsbildes durch Nutzung mehrerer ICD-10-GM-Kodes auch außerhalb definitiv vorgesehener Kodekombinationen (zum Beispiel: Kreuz-/Stern-Systematik) erfolgen kann. Sofern keine Möglichkeit besteht, die Erkrankung mit einem Diagnosekode inhaltlich abschließend abzubilden, ist die Kodierung mehrerer beschreibender Kodes kodierrichtlinienkonform.

Diese Formulierung (und entsprechende Beispiele) gehören in die DKR D012f Mehrfachkodierung.

## DKR

### - „Symptom“/zugrundeliegende Erkrankung Was ist unter „Symptom“ zu verstehen?

Beispiel:

Aunahme eines Patienten mit tiefer OS-Thrombose, es erfolgt eine Thrombektomie. Im Verlauf wird zusätzlich ein Kolon-CA festgestellt, es schließt sich eine Hemikolektomie an.

Hauptdiagnose: Tiefe OS-Thrombose (I80.1)

Nebendiagnose: Kolon-CA (C18.2)

DRG: **F39A** (Unterbindung und Stripping von Venen mit beidseitigem Eingriff oder Ulzerationen oder äußerst schweren oder schweren CC)

RG: 0,834

Hauptdiagnose: Kolon-CA (C18.2)

Nebendiagnose: Tiefe OS-Thrombose (I80.1)

DRG: **G18B** (Eingriffe an Dün- und Dickdarm ohne komplizierende Diagnose oder andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne komplizierende Prozeduren, ...)

RG: 2,480

## DKR

### - „Symptom“/zugrundeliegende Erkrankung

#### Was ist unter „Symptom“ zu verstehen?

Sehr geehrte Damen und Herren, (2006)

ein Patient wird mit Oberschenkelthrombose aufgenommen (keine typischen Risikofaktoren liegen vor), es erfolgt eine Thrombektomie. Im Verlauf zeigt sich bei der weiteren Diagnostik ein Kolon-CA, es erfolgt während des gleichen Aufenthaltes eine Hemikolektomie. Nach Analyse der Befunde wurde die Thrombose im Sinne eines paraneoplastischen Syndroms gewertet. Ist es hier statthaft, das CA als HD zu nennen und die Thrombose als ND. Hierfür würde die DKR D002C sprechen:

Zuweisung der zugrundeliegenden Krankheit als Hauptdiagnose

*Wenn sich ein Patient mit einem Symptom vorstellt und während des Krankenhausaufenthaltes die zugrundeliegende Krankheit diagnostiziert wird, so ist die zugrundeliegende Krankheit als Hauptdiagnose zu kodieren und das Symptom wird nicht kodiert.*

*Dies betrifft Symptome, die im Regelfall als eindeutige und unmittelbare Folge mit der zugrundeliegenden Krankheit vergesellschaftet sind (siehe Beispiel 2)..... Stellt ein Symptom jedoch ein eigenständiges, wichtiges Problem für die medizinische Betreuung dar, so wird es als Nebendiagnose kodiert (siehe Beispiel 3 und Einleitung zu Kapitel XVIII der ICD-10-GM).*

Ist die Thrombose korrekterweise im Sinne dieser DKR als „Symptom“ zu werten?

Es kann hier nur zwei Möglichkeiten geben: 1) HD = Thrombose, ND = CA 2) HD = CA, ND = Thrombose  
Bitte teilen Sie mir mit, ob 1) oder 2) die korrekte Zuordnung darstellt.

....

Sehr geehrter Herr Selter,

in den Deutschen Kodierrichtlinien 2004 ist die Hauptdiagnose "... Die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist....", Aufgrund Ihrer Schilderung des Sachverhaltes wurde der Patient wegen einer Thrombose aufgenommen. Demnach ist die Thrombose als Hauptdiagnose anzusehen.

.... InEK gGmbH

## DKR

### - „Symptom“/zugrundeliegende Erkrankung

#### Was ist unter „Symptom“ zu verstehen?

Guten Morgen Herr ... ,

vielen Dank für Ihre Antwort. Allerdings muss ich hier noch einmal nachfragen. Sie schreiben: "Aufgrund Ihrer Schilderung des Sachverhaltes wurde der Patient wegen einer Thrombose aufgenommen. Demnach ist die Thrombose als Hauptdiagnose anzusehen." und beziehen sich hier auf die HD-Definition. Die DKR gehen hier wie schon beschrieben weiter: Wenn sich ein Patient mit einem Symptom vorstellt und während des Krankenhausaufenthaltes die zugrundeliegende Krankheit diagnostiziert wird, so ist die zugrundeliegende Krankheit als Hauptdiagnose zu kodieren... . Stellt ein Symptom jedoch ein eigenständiges, wichtiges Problem für die medizinische Betreuung dar, so wird es als Nebendiagnose kodiert.

Warum sollte in Beispiel 1) nicht in diesem Sinne kodiert werden? Die Thrombose ist hier als „Symptom“ zu werten. Sie wäre nicht aufgetreten, wenn nicht das CA (zugrundeliegende Erkrankung) sie verursacht hätte. Für eine abschließende Stellungnahme zu diesem Punkt wäre ich dankbar.

....

Sehr geehrter Herr Selter,

sofern Sie in dem geschilderten Fall die Thrombose als "Symptom" bewerten, entspricht ihre Kodierung den Kodierrichtlinien. Aus den vorliegenden Fakten können wir allerdings nicht diese Bewertung der Kausalkette des medizinischen Sachverhaltes bestätigen.

...

InEK gGmbH

**?** „Aus diesen Gründen sei bei Unklarheiten wie vorliegend (...) für das Gericht diejenige Auslegung der DKR vorzuziehen, **?**  
die leistungsorientiert ist und eine adäquate Abbildung der Krankenhausleistung ermöglicht.“



## DKR

### - 0201f Auswahl und Reihenfolge der Codes

Der Malignom-Kode ist als Hauptdiagnose für **jeden** Krankenhausaufenthalt **zur Behandlung der bösartigen Neubildung und zu notwendigen Folgebehandlungen** (z.B. Operationen, Chemo-/Strahlentherapie, sonstige Therapie) (siehe Beispiel 2) sowie **zur Diagnostik** (z.B. Staging) (siehe Beispiel 3) anzugeben, bis die Behandlung **endgültig** abgeschlossen ist, also auch bei den stationären Aufenthalten, die beispielsweise auf die chirurgische Entfernung eines Malignoms folgen. Denn obwohl das Malignom operativ entfernt worden ist, wird der Patient nach wie vor wegen des Malignoms behandelt. War der Aufnahmegrund weder die maligne Erkrankung noch die Chemo-/Strahlentherapie, so ist die Hauptdiagnose gemäß DKR D002 *Hauptdiagnose* (Seite 4) zu wählen.

Palliativtherapie notwendige Folgebehandlung/sonstige?

CA = HD

Palliativtherapie keine notwendige Folgebehandlung/sonstige Therapie?

Symptom = HD

Eine Ergänzung der DKR ist dringend angesagt....

Wenn sich ein Patient mit einem Symptom vorstellt und die zugrunde liegende Erkrankung zum Zeitpunkt der Aufnahme bekannt ist, ist das Symptom als Hauptdiagnose zu kodieren, sofern ausschließlich das Symptom behandelt wird. Die zugrunde liegende Erkrankung ist als Nebendiagnose-Kode anzugeben.

#### Beispiel 7

Ein Patient, bei dem drei Monate vorher ein großer, mehrere Bereiche überlappender maligner Gehirntumor diagnostiziert wurde, wird wegen rezidivierender Krampfanfälle aufgenommen. Es werden **nur die Krampfanfälle** behandelt.

Hauptdiagnose: R56.8 *Sonstige und nicht näher bezeichnete Krämpfe*

Nebendiagnose(n): C71.8 *Bösartige Neubildung des Gehirns, mehrere Teilbereiche überlappend*

## DKR

### - 0201f Auswahl und Reihenfolge der Codes

Bei der SEG4 weiß man es anscheinend schon (wobei die Gutachten völlig heterogen sind):

SEG 4 der MDK-Gemeinschaft	DRG – Kodierempfehlungen
<b>Kodierempfehlung Nr. 176</b>	
<b>Schlagworte:</b> Palliativ, bösartige Neubildung	
<b>Stand:</b> 21.08.2007	
<b>Aktualisiert:</b> 08.01.2008	
<b>Problem/Erläuterung</b>	
Aufnahme eines Patienten zur Behandlung multipler Tumorsymptome bei metastasiertem Bronchialkarzinom. Übelkeit, Gewichtsverlust, Schwindel, Schmerzen, Luftnot. Therapie: Antiemetika, parenterale Ernährung, Schmerzmedikation, O2-Gabe. Keine spezifische Therapie des Grundleidens, Patient verstirbt am Tumorleiden. Was ist Hauptdiagnose?	
<b>Kodierempfehlung</b>	
Aufnahmearbeit ist die Palliativtherapie der malignen Erkrankung, die mit C34.1 <i>Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge: Oberlappen (-Bronchus)</i> als Hauptdiagnose kodiert wird.	

## DKR 2009

### - „Ende Weaning“, erstmals Definition in der 1001h

Die **Dauer der Entwöhnung** wird insgesamt (inklusive beatmungsfreier Intervalle während der jeweiligen Entwöhnung) bei der Berechnung der Beatmungsdauer eines Patienten hinzugezählt.

● okay

Es kann mehrere Versuche geben, den Patienten vom Beatmungsgerät zu entwöhnen.

**Das Ende der Entwöhnung kann nur retrospektiv nach Eintreten einer stabilen respiratorischen Situation festgestellt werden.**

● okay

Eine stabile respiratorische Situation liegt vor, wenn ein Patient über einen längeren Zeitraum vollständig und ohne maschinelle Unterstützung spontan atmet.

Dieser Zeitraum wird wie folgt definiert:

- Für Patienten, die (inklusive Entwöhnung) **bis zu 7 Tage** beatmet wurden: **24 Stunden**
- Für Patienten, die (inklusive Entwöhnung) **mehr als 7 Tage** beatmet wurden: **36 Stunden**

Für die Berechnung der Beatmungsdauer gilt als Ende der Entwöhnung dann das Ende der letzten maschinellen Unterstützung der Atmung.

● ?

**Nicht wirklich konsequent, aber leicht überprüfbar.**

## DKR 2009

### - „Heimbeatmeter Patient“, erstmals Definition in der 1001h

- 4) Für den Sonderfall von **heimbeatmeten Patienten, die über ein Tracheostoma beatmet werden**, ist analog zur Regelung zu intensivmedizinisch versorgten Patienten, bei denen die maschinelle Beatmung über Maskensysteme erfolgt, vorzugehen.

Dies bedeutet, dass die Beatmungszeiten zu erfassen sind, wenn es sich im Einzelfall um einen „intensivmedizinisch versorgten Patienten“ handelt.

#### Kodierempfehlung Nr. 146

**Schlagworte:** Heimbeatmung, Tracheotomie, Beatmungsstunden, intensivmedizinisch versorgt

**Stand:** 26.06.2007

#### Kodierempfehlung

Für den Sonderfall von heimbeatmeten Patienten, die über ein Tracheostoma beatmet werden, ist analog zur Regelung zu intensivmedizinisch versorgten Patienten, bei denen die maschinelle Beatmung über Maskensysteme erfolgt, vorzugehen. Dies bedeutet, dass die Beatmungszeiten **nur** zu erfassen sind, wenn es sich im Einzelfall um einen "intensivmedizinisch versorgten Patienten" handelt.

**Fast identische Übernahme des Textes aus der SEG4.**

## DKR 2009

### - Was ist ein „intensivmedizinisch versorgter Patient“?

Entschleunigen - Empfehlungen - Vereinbarungen - Leitlinien  
Ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Anästhesiologie  
- 4. Auflage -  
Herausgeber: DGAI Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin / BDA Berufsverband Deutscher Anästhesisten  
ründet von H.W. Opperbecke und W. Weißbauer

Die Begriffe „Intensivüberwachung“ und „Intensivbehandlung“ sind durch die Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft für internistische Intensivmedizin und der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Wiederbelebung von 1972 (3) sowie durch die bereits zitierte „Stellungnahme zur Organisation von Aufwachraum, Wachstation und der Intensivbehandlung am Krankenhaus“ von 1967 (5) definiert.

Die Intensivüberwachung ist die Aufgabe einer „Bettenstation zur Überwachung und Behandlung von Frischoperierten nach ausgedehnten Eingriffen oder auch für prä- und nichtoperative Schwerkranke“ (5).

Demgegenüber ist eine Intensivbehandlungseinheit oder Intensivtherapiestation eine „Bettenstation für Schwerstkranke, deren vitale Funktionen in lebensbedrohlicher Weise gestört sind und wiederhergestellt bzw. durch besondere Maßnahmen aufrechterhalten werden müssen. Die Behandlungsdauer ist unterschiedlich und kann in einzelnen Fällen Wochen betragen“ (5). „Intensivüberwachung“ ist also bei Patienten erforderlich, deren Vitalfunktionen gefährdet sind und die daher einer intensiven Überwachung bedürfen. „Intensivbehandlung“ ist bei Patienten notwendig, deren Vitalfunktionen gestört sind und künstlich aufrechterhalten werden müssen (7).

#### Apparative Ausstattung für Aufwachraum, Intensivüberwachung und Intensivtherapie\*

Gemeinsame Empfehlung des Engeren Präsidiums der DGAI und des Präsidiums des BDA auf der Basis einer von der Kommission Normung und Technische Sicherheit der DGAI erarbeiteten Empfehlung

#### Abgrenzung von Intensivüberwachung und Intensivtherapie

Die Zuordnung zur Intensivüberwachung oder Intensivtherapie ergibt sich aus dem jeweiligen Zustand des Patienten. Entsprechend ist diese Zuordnung nicht selten kurzfristigen Änderungen unterworfen. Eine strenge Trennung zwischen Intensivüberwachung und Intensivtherapie ist deshalb nicht ohne weiteres möglich. Aus organisatorischen Gründen wird, insbesondere am großen Krankenhaus, eine räumliche Untergliederung in nicht selten fachgebundene Intensivüberwachungseinheiten auf der einen und in fachgebundene oder interdisziplinäre Intensivtherapiestationen auf der anderen Seite empfohlen (5). Gerade an kleineren Krankenhäusern dagegen findet sich häufig eine kombinierte multifunktionelle Nutzung der vorhandenen Räumlichkeiten für Intensivüberwachung und Intensivtherapie auf interdisziplinärer Basis, sinnvollerweise unter anästhesiologischer Verantwortung. Es liegt auf der Hand, daß bei einer solchen multifunktionellen Nutzung die apparative Ausstattung sich an der jeweils höheren Norm, also an den Erfordernissen der Intensivtherapie, orientieren muß.



## FPV 2009

### - Beurlaubung: Weiterhin keine klare Definition

(7) Maßgeblich für die Ermittlung der Verweildauer ist die Zahl der Belegungstage. Belegungstage sind der Aufnahmetag sowie jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthalts ohne den Verlegungs- oder Entlassungstag aus dem Krankenhaus; wird ein Patient oder eine Patientin am gleichen Tag aufgenommen und verlegt oder entlassen, gilt dieser Tag als Aufnahmetag. Für den Fall von Wiederaufnahmen gilt § 2 Abs. 4 Satz 3. Vollständige Tage der Beurlaubung sind gesondert in der Rechnung auszuweisen und zählen nicht zur Verweildauer. Eine Beurlaubung liegt vor, wenn ein Patient mit Zustimmung des behandelnden Krankenhausarztes die Krankenhausbehandlung zeitlich befristet unterbricht, die stationäre Behandlung jedoch noch nicht abgeschlossen ist. Bei Fortsetzung der Krankenhausbehandlung nach einer Beurlaubung liegt keine Wiederaufnahme im Sinne von § 2 vor.

#### Klarstellungen der Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG zur Fallpauschalenvereinbarung 2009 (FPV 2009)


##### 2. Anwendung der Beurlaubungsregelung

Die Vorgaben zur Beurlaubung finden **keine Anwendung** bei onkologischen Behandlungszyklen, bei denen eine medizinisch sinnvolle Vorgehensweise mit mehreren geplanten Aufenthalten zu Grunde liegt. Es handelt sich in diesen Fällen um einzelne abgeschlossene Behandlungen, die durch eine reguläre Entlassung beendet werden.

**Nicht geklärt: „zeitlich befristet“, „Wunsch des Patienten“, „Abschluss stationäre Behandlung“**

FPV 2009

- Beurlaubung:



Bundesministerium  
für Gesundheit

Anlage 2

zum Rundschreiben 209/2007

Bonn, 10. August 2007  
AZ 215-43546-8

Bundesministerium für Gesundheit, 53109 Bonn

Deutsche Krankenhausgesellschaft

MinR  
Leiter des Referats 213

---

**Verhandlungen zu den Abrechnungsbestimmungen für das Jahr 2008**

Sehr geehrter Herr Dr. Steiner,

mit Schreiben vom 26. Juli 2007 haben Sie unter Hinweis auf die schwierigen Verhandlungen der Selbstverwaltungspartner zu den Abrechnungsbestimmungen für das Jahr 2008 um eine Darlegung der BMG-Auffassung zu den Diskussionspunkten "Komplikationen" und "Beurlaubung" gebeten. Dazu nehme ich wie folgt Stellung:

Als "Beurlaubung" wurde seitens des BMG die kurzzeitige Unterbrechung der Behandlung auf Wunsch des Patienten zur Erledigung notwendiger persönlicher Angelegenheiten (z. B. Teilnahme an einer Trauerfeier) angesehen. Es handelt sich um die Unterbrechung eines Krankenhausaufenthalts, somit nicht um eine Entlassung und eine Wiederaufnahme. Eine solche enge Definition der Beurlaubung erlaubt nicht eine Fallzusammenführung von zwei getrennten Krankenhausaufenthalten, bei denen eine Fallzusammenführung nach § 2 FPV 2007 nicht zulässig ist. Soweit von Seiten der Krankenkassen auf eine "Beurlaubung aus medizinischen Gründen" bei psychiatrischen Behandlungen hingewiesen wird, so sind diese völlig anders gelagert (keine persönlichen Gründe). Es dürfte relativ einfach sein, solche Unterschiede zwischen z. B. der Onkologie und der Psychiatrie im Rahmen einer differenzierteren Vereinbarung sachgerecht zu lösen.

Ich bitte deshalb die Selbstverwaltungspartner, sich auf sachgerechte Lösungen zu einigen. Sowohl die bisherige Anwendungspraxis als auch die mangelnde Zusammenarbeit bei diesen Themen führen nicht nur zu nicht sachgerechten Lösungen, sie beschädigen in erheblichem Maße auch die inzwischen eingetretene Akzeptanz des DRG-Systems bei den Krankenhäusern.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Tuschen

## FPV 2009

### - Wiederaufnahme bei Komplikationen

- (3) Werden Patienten oder Patientinnen, für die eine Fallpauschale abrechenbar ist, wegen einer in den Verantwortungsbereich des Krankenhauses fallenden Komplikation im Zusammenhang mit der durchgeführten Leistung innerhalb der oberen Grenzverweildauer, bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem Aufnahmedatum des ersten unter diese Vorschrift zur Zusammenfassung fallenden Aufenthalts, wieder aufgenommen, hat das Krankenhaus eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorzunehmen. Eine Zusammenfassung und Neueinstufung wird nicht vorgenommen bei unvermeidbaren Nebenwirkungen von Chemotherapien und Strahlentherapien im Rahmen onkologischer Behandlungen. Die Absätze 1 und 2 gehen den Vorgaben nach den Sätzen 1 und 2 vor. Die Sätze 1 und 2 ergänzen die Vorgaben nach § 8 Abs. 5 des Krankenhausentgeltgesetzes.

**Nicht geklärt: „Verantwortungsbereich des KH“, „Begrenzung auf onkologische Behandlungen“  
Gleichzusetzen mit Schuldeingeständnis und möglichen Regressforderungen?**

## ICD 2009

### - Kodierung des diabetischen Fußes

#### Diabetisches Fußsyndrom

Die Diagnose „Diabetischer Fuß“ wird kodiert mit

0401h Diabetes mellitus

E10–E14, vierte und fünfte Stelle

„74“ *Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen, mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet*

oder

„75“ *Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen, mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet.*

Die Codes für die vorhandenen Manifestationen, z.B.

G63.2\* *Diabetische Polyneuropathie,*

I79.2\* *Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten*

sind **danach anzugeben**. Alle vorliegenden Manifestationen und Komplikationen sind zu kodieren, wenn sie der Definition einer Nebendiagnose entsprechen.

Die folgende Liste gibt eine Auswahl von Diagnosen wieder, die zum klinischen Bild des „diabetischen Fußsyndroms“ gehören können:

**Kodierung nun klarer. Streit über medizinische Zuordnung dadurch nicht geklärt.**

## ICD

### - T-Kodes versus Y-Kodes

Frage aus myDRG:

*„Wer kennt die Definition zu "Komplikation" versus "Zwischenfall"?"*

*Kodiert technisch stellt sich die Frage bei uns bezgl. eines Knieempyems nach Punktion (auswärts!!!). Wir haben die T81.4 kodiert (CCL=4!), die Versicherung möchte die Y84.9! (CCL=0)...“*

#### (Y40-Y84) Komplikationen bei der medizinischen und chirurgischen Behandlung

- Y57.9! Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen
- Y59.9! Komplikationen durch Impfstoffe oder biologisch aktive Substanzen
- Y69! Zwischenfälle bei chirurgischem Eingriff und medizinischer Behandlung
- Y82.8! Zwischenfälle durch medizintechnische Geräte und Produkte
- Y84.9! Zwischenfälle durch medizinische Maßnahmen, nicht näher bezeichnet

#### (T80-T88) Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert

- T80.- Komplikationen nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken
- T81.- Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert **T81.4 Infektion nach einem Eingriff a.n.k**
- T82.- Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen
- T83.- Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Urogenitaltrakt
- T84.- Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate
- T85.- Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate
- T86.- Versagen und Abstoßung von transplantierten Organen und Geweben
- T87.- Komplikationen, die für Replantation und Amputation bezeichnend sind
- T88.- Sonstige Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert

Anpassung in der CCL-Matrix?  
Sind „optionale“ Codes überhaupt nötig und sinnvoll?



# OPS

## - Definition Mindestmerkmale Komplexbehandlung Schlaganfall

» Thema: <b>Monitoring EKG bei OPS 8-981</b>	
[ ? ] [ Nächstes Thema » ] <span style="float: right;">[ Thema erstellen ] [ Abonnieren ] [ Drucken ] [ Empfehlen ] [ Antworten ]</span>	
<span style="float: right;">[ Antworten ] [ Zitieren ] [ Ändern ] [ Verwalten ] [ Löschen ] [ IP ] [ ]</span>	
<p><i>gestern, 15:56 Uhr</i> </p> <p><b>Attorney</b>                       Ort: Berlin</p> <p>Beiträge: <b>39</b>                      Rang: 25-50 Beiträge - ICD 9-AM                      Codiererin                      Dabei seit: 24.02.05</p>	<p>Liebe Foris,</p> <p>wir haben - wie wohl fast alle - Ärger mit dem MDK bei dem Nachweis der neurologischen Komplexbehandlung des Schlaganfalls.</p> <p>Das Festhalten der Parameter wie Atemfrequenz, Blutdruck oder Sauerstoffsättigung durch entsprechendes Eintragen von Werten im Kurvenblatt in bestimmten Abständen leuchtet mir noch ein.</p> <p>Wie aber soll ich dokumentieren, dass ich das EKG-Monitoring erbracht habe? Soll ich alle 4 Stunden einen Screenshot vom Monitor machen und in die Akte heften?                      Das 72 -Stunden EKG ausdrucken und dem MDK in Papierform zustellen? ( dies dann wohl mit dem LKW? )                      Wir sind dazu übergegangen, in das Kurvenblatt unter die anderen Parameter "EKG-Monitoring" zu schreiben und dann einen Strich über die Laufzeit des EKG durchzuziehen.</p> <p>Sollte es nicht reichen, wenn der Facharzt durch einen Eintrag in der Akte dokumentiert "bei Patient wurde .... Stunden EKG-Monitoring" durchgeführt?                      Denn mehr beweisen doch die anderen Einträge in der Akte auch nicht. (Screenshot, durchgezogene Linie )</p> <p>Wie gehen Sie damit um, wie wird das in anderen Häusern dokumentiert?</p> <p>Grüße aus dem herbstlichen Berlin</p> <p><b>Signatur:</b>                      Rechtsanwältin</p>
<span style="float: right;">[ Antworten ] [ Zitieren ] [ Ändern ] [ Verwalten ] [ Löschen ] [ IP ] [ ]</span>	
<p><i>Heute, 13:29 Uhr</i></p> <p><b>merquet</b>                       Beiträge: <b>633</b>                      Rang: 600-700 Beiträge - Verweildauer-Senker                      Dabei seit: 20.08.01</p>	<p>Hallo Forum,</p> <p>Wir haben da gar nichts lösen können.</p> <p>Die Beteuerung, dass alle Patienten am Monitor liegen (auch der Hinweis auf das QM-Handbuch) haben nicht geholfen. Wir drucken daher mehrmals täglich die Monitoraufzeichnungen. Das <u>kann</u> doch nicht der Sinn der OPS-Definitionen gewesen sein.</p> <p>Weitere Baustellen:</p> <p>Eine einzige fehlende Temperaturmessung in 72 Stunden reicht, um den Kode zu kippen.                      Eine Schicht vergisst, die Atemfrequenz zu notieren: Kode gekippt.</p> <p>Nächtliches Intervall länger als 12 h Untersuchungsabstand: Kode wird gekippt (letzte Untersuchung 19.40 Uhr, erste U am Folgetag 8:10). Wie das "nachts" in den OPS-Beschreibungen definiert ist, weiss kein Mensch (Dienstplan? Werktagsdefiniton? Sonnenstand? ) Der MDK lehnt jedes Intervall über 12 Stunden derzeit ab. Angeblich (stille Post) gelte beim MDK 22-6 Uhr als "nachts".                      Dabei wäre nach meinem Empfinden selbst dann die Möglichkeit 17.00 Uhr Untersuchung, 23 und 5 Uhr (nachts) fällt aus, nächste Untersuchung um 11 Uhr möglich.                      Das ist aber klinisch unsinnig, machen wir auch nicht so. Dennoch gewinnen wir hier keinen Zentimeter Boden und stossen auf eine durchweg kritische Haltung.</p> <p>"Status idem" als Befund: Nicht akzeptiert, Kode wird gekippt.</p> <p>Aktueller Streit: Zusatzdiganostik. Ist Routine-Gerinnung hämostaseologische Diagnostik?</p> <p>Diese ganze Erbsenzählerei bei einer hochmodernen Stroke Unit mit Qualitätshandbuch und Zertifikat.</p> <p>Es ist zum Mäusemelken.</p> <p>Grüß</p>

## OPS 2009

### - CT/MRT bei Komplexbehandlung Schlaganfall

#### 8-981 Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls



*Hinw.:* Dieser Kode kann auch beim Vorliegen einer TIA angegeben werden  
Besteht über die Therapiemöglichkeiten der vorhandenen Schlaganfalleinheit hinaus die Indikation zu einer Behandlung auf der Intensivstation, kann, wenn die Mindestmerkmale dieses OPS-Kodes erfüllt sind, die dortige Behandlungszeit auch für die Kodierung der neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls berücksichtigt werden, auch wenn auf der Intensivstation nicht ausschließlich Patienten mit einem akuten Schlaganfall behandelt werden

- Durchführung einer Computertomographie oder Kernspintomographie ~~des Kopfes~~, bei Lyseindikation innerhalb von 60 Minuten, ansonsten innerhalb von 6 Stunden nach der Aufnahme, sofern diese Untersuchung nicht bereits extern zur Abklärung des akuten Schlaganfalls durchgeführt wurde

**Ja, es ist so einfach!**

## Indikationen

### - z. B. ZE-relevante Medikamente

<p>25.09.2008, 09:50 Uhr </p>	<p>[Antworten] [Zitieren] [Ändern] [Verwalten] [Löschen] [IP] []</p>
<p><b>Flocke</b>           Beiträge: 9          Rang: &lt; 10 Beiträge - ICD 9 Codierer          Dabei seit: 07.12.05</p>	<p>Hallo Forum          Folgende Situation:          Ein 55-jähriger Patient verbleibt postoperativ nach einer Magenperforation mit begleitender Peritonitis 3 Tage auf der Intensivstation. Hier Antibiose und Diflucan-Gabe, beides wird nach Verlegung auf die Normalstation dort weitergeführt.          Am Folgetag der Verlegung (5 p.o.-Tag) wird der Patient mit dem Bild einer Sepsis wieder auf die Intensivstation aufgenommen. CRP 50 mg/dl, Lunge diffus verschattet, Intubationspflichtig, Kreislauf Katecholaminpflichtig. Sofortige Blutkulturen, Wund-, Bronchial- und Drainageabstriche blieben –auch im weitem Verlauf -negativ. Es gelingt insbes. auch kein Nachweis von Pilzen.          Nach 2-tägiger Antibiose wird Voriconazol in das Therapieregime aufgenommen, die Gesamtdosis berechtigt zum Zusatzentgelt 46.07.</p> <p>wird vom MDK wie folgt beurteilt:          „Dosierung ok. Keine invasive Mykose belegt. Prophylaktische Gabe bei ARDS -&gt; anderes Antimykotikum möglich“</p>
	<p>Wenn wie im geschilderten Fall sicher die Indikationstellung begründet werden kann, stellt sich mir grundsätzlich die Frage, wie weit der MDK gehen darf. Hier greift der MDK in die Indikationsstellung ein. Demnächst heist es noch, dass der medikamentenbeschichtete Stent, die Sonderprothese oder die Komplexbehandlung nicht indiziert waren, da andere Therapien möglich gewesen wären.</p> <p>Da dies Vorgehen für mich neu ist, wollte ich mal fragen, ob bereits Erfahrungen mit diesem Prüfansatz existieren? Gibt es da Rechtsgrundlagen oder Urteile?          Viele Dank vorab!</p>

### SGB V § 275 Abs 5:

**"Die Ärzte des Medizinischen Dienstes sind bei der Wahrnehmung ihrer medizinischen Aufgaben nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen. Sie sind nicht berechtigt, in die ärztliche Behandlung einzugreifen."**

### Weitere Probleme

- DKR (z. B. D003d Abnorme Befunde, 0201f CA, 1905d Wunden)
- ICD (z. B. bei Wunden, Hautdefekten, Nekrosen)
- OPS (z. B. Wunddebridemen/Exzision/Inzision, WS-Eingriffe)
- Abrechnungsprüfungen (z. B. Umfang, Inhalt, 100 €-Regel)
- Komplexbehandlungskodes (Dokumentationsaufwand)
- NUB-Anträge (müssen wirklich alle?)

*„Aber das ist eine andere Geschichte und soll ein andermal erzählt werden.“*

Die unendliche Geschichte, M. Ende

## Was?

- Bekannte Unklarheiten, Widersprüche und Definitionsfragen in den DKR, Klassifikationen, FPV. Informationen liegen reichlich vor.
- Sinnvolle Definitionen zum Leistungsnachweis einer Komplexbehandlung ohne überufernde Dokumentationsflut  
Vorschlagsverfahren konsequent nutzen!

## Wer?

- Lösungen nur durch die Selbstverwaltung in den Problembereichen: DKR, Klassifikationen, FPV (AG Klassifikationen, AG OPS und - ICD der KKG, ...)
- Streitbefangene Kodieralternativen hinsichtlich ihrer möglichen Gleichstellung bei der DRG-Zuordnung überprüfen. Gleiches bezüglich der CCL-Bewertung. InEK
- Kodierleitfäden (von wem auch immer) sind nur unverbindliche Hinweise
- „Kooperationen“ (z.B. SEG4 und FoKA) mögen in Einzelfällen helfen, sind aber ebenfalls unverbindlich
- Internetforen (z.B. myDRG) sind ebenfalls hilfreich, aber eben auch unverbindlich **leider**

## Wann?

- „Gestern“ ist wünschenswert, erscheint aber unrealistisch
- Der Zeitpunkt ist direkt abhängig vom Willen, entsprechende Klarstellungen finden zu wollen und von der nötigen Kompromissbereitschaft (Beispiel „Ende Weaning“)



# „De-Da-Nich-Vorschläge“:

07.02.2007, 11:23 Uhr

» **Thema: Kommentare zu den MDS-Kodierempfehlungen (SEG4)** [Zitieren] [Ändern] [Verwalten] [Löschen] [IP] []

R. Schaffert   
Ort: Alsfeld

Beiträge: **1305**  
Rang: 1200-2500 Beiträge -  
Selbstverwalter  
Dabei seit: 19.07.01

Schönen guten Tag allerseits!

Ich bin sowieso für eine radikale Änderung der DKR:

Kodiert werden die Diagnosen, die der Patient hat, unabhängig vom Aufwand. Die Frage der Kostenrelevanz ist dann über die Kalkulation und die ccl-Matrix zu klären. Dann sind eben nur noch Diagnosen relevant, die echte Kostentreffer sind.

Im Prinzip war ja die diesjährige Anpassung der CCL-Matrix schon ein kleiner Schritt in diese Richtung: Der Patient mit Herzinsuffizienz macht letztlich ab einem bestimmten Stadium kostenrelevanten Aufwand und in niedrigeren Stadien eben keinen, egal ob er Medikamente bekommt oder nicht. Der tatsächliche Kostenaufwand besteht nämlich bestimmt nicht in den drei Tabletten, die er bekommt, sondern darin, dass sich die Behandlung der Grunderkrankung verzögert oder aufwändiger wird (z.B. Mobilisation nach Fraktur).

18.08.2005 [» drucken](#) [» verschicken](#) [» bookmarken](#)

KIRCHHOFS FORDERUNG

## Steuererklärung in 10 Minuten

Der von Angela Merkel ins Wahlteam der Union berufene Finanzexperte Paul Kirchhof will bei einem Wahlsieg das Steuerrecht bis 2007 radikal vereinfachen. Auf den "Bierdeckel" von Friedrich Merz folgen nun die "10 Minuten" von Paul Kirchhof - obwohl sich davon im offiziellen Wahlprogramm nichts findet.

Entdecken Sie [manager-magazin.de](http://manager-magazin.de) Hier geht es los [»](#)



**Schlagzeilen**  
Hier finden Sie kurz und bündig alle Meldungen, Reportagen und Hintergründe, chronologisch sortiert und auf einen Blick. ...mehr

Berlin - "Entscheidend ist, dass am 1. Januar 2007 diese Reform im Bundesgesetzblatt steht. Dann braucht der Arbeitnehmer nicht mehr zwölf Samstage pro Jahr für seine Steuererklärung, sondern nur noch zehn Minuten", sagte Kirchhof der "Bild"-Zeitung.



© DPA

**Reinhard Schaffert**  
Facharzt für Chirurgie  
Krankenhausbetriebswirt(VWA)  
Medizincontrolling und Qualitätsmanagement  
Kreiskrankenhaus Alsfeld

# „De-Da-Nich-Vorschläge“:

04.01.2005, 17:12 Uhr

» **Thema: Intensivmedizinische Komplexbehandlung**

[Antworten] [Zitieren] [Ändern] [Verwalten] [Löschen] [IP] []

Selter   
 Administrator  
 Ort: Murnau

Beiträge: **3920**  
 Rang: > 3000 Beiträge - Lord of the  
 Codes  
 Dabei seit: 04.05.01

**Zitat:**

Wie gesagt ich bin dagegen, das wegen einiger weniger Maximalversorger die sich hier auf Kosten der Grundgesamtheit ergo des gesamten Restes im DRG-System profilieren wollen, alle diese Dokumentationskröte schlucken sollen.

Wir Maximalversorger benutzen diesen Kode ja gar nicht, der ist uns viel zu kompliziert und hält und nur vom Nebendiagnosen kodieren ab. Wir nehmen da einen anderen Schlüssel, der dann von einem Mapping-Programm umgeschrieben wird. Dieses Programm ist leider nur den Mitgliedern des Geheimbundes MUSN (Maximalversorger Und Sonst Nix) vorbehalten. Ich hätte es auch ansonsten schon in den Downloadbereich eingestellt. Ich lehne mich hier gerade ganz schön weit aus dem Fenster!

Ach ja, der Vollständigkeit halber der Intensiv-Kode für die MUSN-Mitglieder:

**8-000.- Allgemeiner Patientenstatus und Pflegeaufwand**

- .0 = Gar kein Patient im Bett
- .1 = Patient macht keine Arbeit
- .2 = Patient macht ein bisschen Arbeit
- .3 = Patient macht merklich Arbeit
- .4 = Patient macht erheblich Arbeit
- .5 = Patient macht soviel Arbeit, dass ich Hilfe brauche
- .6 = Jetzt sammer aber beschäftigt!
- .7 = Der Betriebsrat ist informiert!
- .8 = ver.di ist informiert!
- .9 = Streik!

Das Erstaunliche ist, das Mapping-Programm ordnet diese Schlüssel immer korrekt den amtlichen Codes zu. Dass die Zuordnung immer zu 8-980f erfolgt hat nur anfänglich zu Irritationen geführt. Mittlerweile wissen wir (auch Dank Ihrer Information) das es einfach der Maximalversorgerbonus ist, der hier wieder mal zur Geltung kommt.

# „De-Da-Nich-Vorschläge“:

» Thema: Monitoring EKG bei OPS 8-981	
 [ Nächstes Thema » ]	[Thema erstellen] [Abonnieren] [Drucken] [Empfehlen] [Antworten]
<p><i>gestern, 15:56 Uhr</i> </p> <p><b>Attorney</b>                       Ort: Berlin</p> <p>Beiträge: 39                      Rang: 25-50 Beiträge - ICD 9-AM                      Codiererin                      Dabei seit: 24.02.05</p>	<p>[Antworten] [Zitieren] [Ändern] [Verwalten] [Löschen] [IP] []</p> <p>Liebe Foris,</p> <p>wir haben - wie wohl fast alle - Ärger mit dem MDK bei dem Nachweis der neurologischen Komplexbehandlung des Schlaganfalls.</p> <p>Das Festhalten der Parameter wie Atemfrequenz, Blutdruck oder Sauerstoffsättigung durch entsprechendes Eintragen von Werten im Kurvenblatt in bestimmten Abständen leuchtet mir noch ein.</p> <p>Wie aber soll ich dokumentieren, dass ich das EKG-Monitoring erbracht habe? Soll ich alle 4 Stunden einen Screenshot vom Monitor machen und in die Akte heften? Das 72 -Stunden EKG ausdrucken und dem MDK in Papierform zustellen? ( dies dann wohl mit dem LKW? )                      Wir sind dazu übergegangen, in das Kurvenblatt unter die anderen Parameter "EKG-Monitoring" zu schreiben und dann einen Strich über die Laufzeit des EKG durchzuziehen.</p> <p>Sollte es nicht reichen, wenn der Facharzt durch einen Eintrag in der Akte dokumentiert "bei Patient wurde .... Stunden EKG-Monitoring" durchgeführt? Denn mehr beweisen doch die anderen Einträge in der Akte auch nicht. (Screenshot, durchgezogene Linie )</p> <p>Wie gehen Sie damit um, wie wird das in anderen Häusern dokumentiert?</p> <p>Grüße aus dem herbstlichen Berlin</p> <p><b>Signatur:</b>                      Rechtsanwältin</p>
	[PN] [Userbeiträge]
<p><i>gestern, 16:07 Uhr</i></p> <p><b>E_Horndasch</b>                       Beiträge: 896                      Rang: 800-1200 Beiträge -                      Konvergenzphasen-Prüfer                      Dabei seit: 31.07.03</p>	<p>[Antworten] [Zitieren] [Ändern] [Verwalten] [Löschen] [IP] []</p> <p>Hallo Attorney,</p> <p>sie könnten doch den Patienten mit all seinen Kabeln und Anschlüssen kontinuierlich filmen und die Videoaufzeichnung archivieren. Da hätten sie dann ggf. auch andere OPS wunderbar dokumentiert.                      Speicherplatz ist doch heute gar nicht mehr so teuer. Vielleicht lässt sich ja der MDK auf eine Webcam mit lediglich 1 Aufnahme alle 30 Sekunden ein. Das würde noch einmal Speicherplatz einsparen.</p> <p>Nix für ungut, aber was anderes fällt mir um die Uhrzeit dazu nicht ein ....</p> <p><b>Signatur:</b>                      Herzliche Grüsse aus Mittelfranken                      E. Horndasch</p>

## Gibt es Licht am Ende des Tunnels bei den bekannten Problemen?

- Ja, aber irgendwie stellt man es sich anders vor...



**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit**