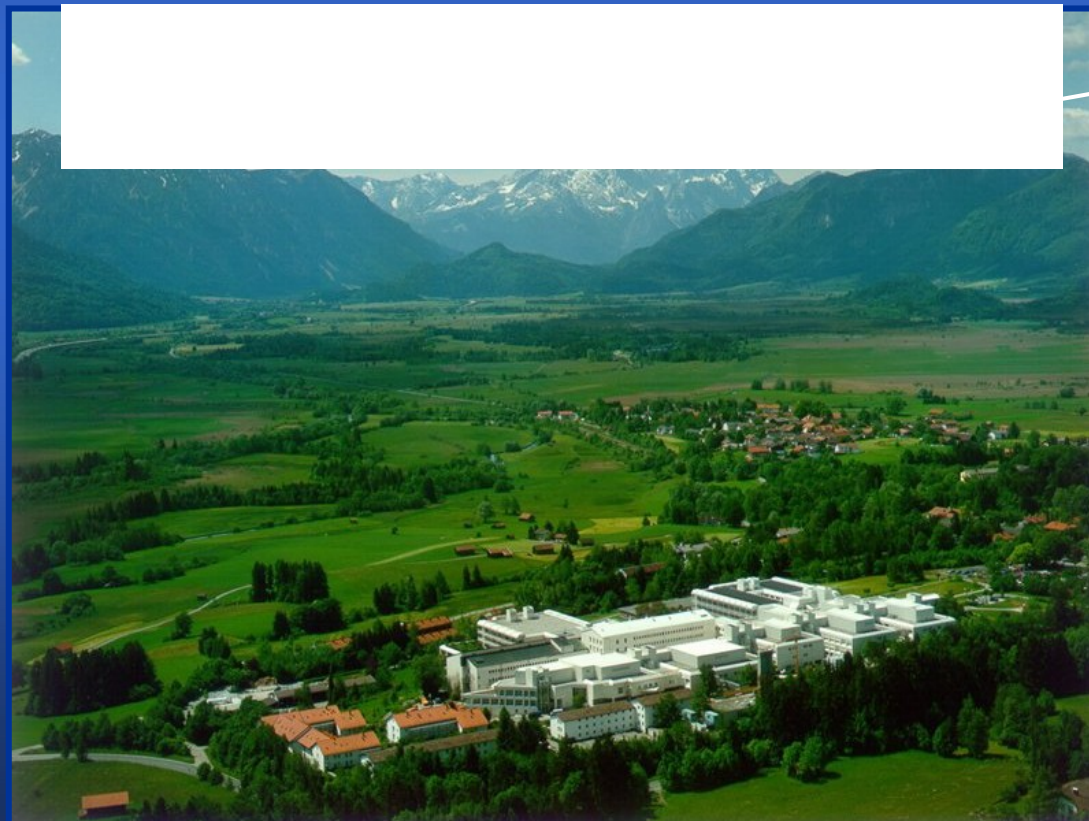


# „Unschärfen“ in den DKR Ausblick auf 2006



Zugspitze

# **EINLEITUNG**

## **zu den Deutschen Kodierrichtlinien, Version 2006**

Die Selbstverwaltungspartner (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung) und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK gGmbH) haben die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) für das Jahr 2006 unter Beteiligung von Bundesärztekammer und Deutschem Pflegerat erneut angepasst. Bereits im vergangenen Jahr wurde mit Blick auf die hohe Komplexität die Verschlankung der Kodierrichtlinien durch umfassende Überarbeitung eingeleitet. Dieser Prozess wurde in 2005 fortgesetzt, da einerseits im letzten Jahr primär die speziellen Kodierrichtlinien überarbeitet wurden und andererseits die Resonanz auf die Kürzungen sehr positiv ausfiel. Parallel wurden auch in diesem Jahr inhaltliche Änderungen der Kodierrichtlinien im Sinne von Klarstellungen vorgenommen. Diese basieren maßgeblich auf den, den Selbstverwaltungspartnern und dem InEK bekannt gewordenen Problemen aus der täglichen Abrechnungspraxis sowie aus dem Vorschlagsverfahren.

## Zusammenfassung der Änderungen mit (teilweiser) Klärung von Problemen

### Allgemeine Kodierrichtlinien für Krankheiten

#### D012e Mehrfachkodierung

Klarstellung, dass die Reihenfolge für die Ätiologie-/Manifestationsverschlüsselung nur für das Kreuz-/Stern-System gilt.

### Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren

#### P001e Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren

Streichung des Absatzes „Bluttransfusionen“, da die Gabe von Bluttransfusionen beim Einsatz einer Herz-Lungen-Maschine nicht mehr als Standardmaßnahme zu werten ist.

# Zusammenfassung der Änderungen mit (teilweiser) Klärung von Problemen

## Spezielle Kodierrichtlinien

### Kapitel 1 Infektionskrankheiten

#### 0101d HIV/AIDS

Aufnahme des Hinweises, dass bei einer HIV-Krankheit alle bestehenden Manifestationen entgegen der Definition einer Nebendiagnose grundsätzlich zu kodieren sind.

### Kapitel 2 Neubildungen

#### 0201e Auswahl und Reihenfolge der Codes

Klarstellung der Kodierung bei Aufnahme zur systemischen Strahlentherapie analog zur systemischen Chemotherapie.

# Zusammenfassung der Änderungen mit (teilweiser) Klärung von Problemen

## Kapitel 6 Krankheiten des Nervensystems

### 0601e Schlaganfall

Klarstellung der Kodierung von „alten Schlaganfällen“ durch Anpassung von Beispiel 2.

#### 0601d/e, 2. „Alter Schlaganfall“

Der Patient hat die Anamnese eines Schlaganfalls mit gegenwärtig bestehenden neurologischen Ausfällen. In diesem Fall werden die neurologischen Ausfälle (z.B. Hemiplegie, Aphasie, Hemianopsie, Neglect...) und danach ein Kode aus I69.– Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit zugewiesen.

#### Beispiel 2 2005

Ein Patient wurde zur Exzision eines Basalioms am Kanthus des Augenlides aufgenommen. Die Untersuchung ließ eine residuale spastische Hemiparese als Folge eines früheren Schlaganfalls erkennen. Eine Behandlung der residualen Hemiparese fand während des Krankenhausaufenthaltes nicht statt, sie verursachte jedoch erhöhten Pflegeaufwand.

Hauptdiagnose: C44.1 *Sonstige bösartige Neubildungen der Haut, Haut des Augenlides, einschließlich Kanthus*  
Nebendiagnose(n): G81.1 *Spastische Hemiparese und Hemiplegie*  
I69.4 *Folgen eines Schlaganfalls, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet*

#### Beispiel 2 2006

Ein Patient wurde mit einer Pneumokokken-Pneumonie aufgenommen. Der Patient hatte vor drei Jahren einen akuten Schlaganfall und erhält seitdem Thrombozytenaggregationshemmer zur Rezidivprophylaxe. Es besteht eine residuale spastische Hemiparese. Diese verursachte erhöhten Pflegeaufwand.

Hauptdiagnose: J13 *Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae*  
Nebendiagnose(n): G81.1 *Spastische Hemiparese und Hemiplegie*  
I69.4 *Folgen eines Schlaganfalls, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet*

## Zusammenfassung der Änderungen mit (teilweiser) Klärung von Problemen

### Kapitel 9 Krankheiten des Kreislaufsystems

#### 0901e Ischämische Herzkrankheit

Streichung des letzten Absatzes zur Kodierung einer embolischen oder nicht atherosklerotischen Okklusion eines Koronarbypasses, da dieser im Widerspruch steht zur Regelung der Kodierung von „Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Maßnahmen“ in DKR D002d.

Gestrichener Absatz:

Embolische oder nicht-atherosklerotische Okklusion eines Koronarbypasses wird kodiert als T82.8 *Sonstige Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate* im Herzen und in den Gefäßen.

„Widerspruch“ bedeutet also „falsch“ (?)

# Zusammenfassung der Änderungen mit (teilweiser) Klärung von Problemen

## Kapitel 14 Krankheiten des Urogenitalsystems

### 1401e Dialyse

Klarstellung, dass auch bei Peritonealdialysen (8-857.1, 2) die Dauer der Maßnahme an der 6. Stelle zu verschlüsseln ist.

Entsprechender Absatz in der 1401e:

„Die Codes für kontinuierlich durchgeführte Hämofiltrationen (8-853.1, .2), Hämodialysen (8-854.1), Hämodiafiltrationen (8-855.1, .2) und Peritonealdialysen (8-857.1, .2) verschlüsseln an 6. Stelle die Dauer der Maßnahme.“

Warum überhaupt Erwähnung, da die OPS-Kodes ja explizit die Behandlungsdauer beschreiben?

## ZUSAMMENFASSUNG DER ÄNDERUNGEN

Deutsche Kodierrichtlinien Version 2006  
gegenüber der Vorversion 2005

### Arbeitsschritte

Zur Erstellung der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) Version 2006 wurden folgende Arbeitsschritte durchgeführt (s.a. Einleitung Version 2006):

- Kondensierung der DKR mit Streichung von inhaltlichen Redundanzen. In diesem Zusammenhang wurden auch Textpassagen gestrichen, die redundant zu ICD-10-GM bzw. OPS waren.

## Zusammenfassung der Änderungen mit (teilweiser) Klärung von Problemen

Kapitel 15 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett

### 1507e Resultat der Entbindung

Klarstellung, wann Z37.-! *Resultat der Entbindung* kodiert wird.

(Nur im KH, in dem die Geburt stattgefunden hat)

### 1916e Vergiftung durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen

Anpassung der Kodierung einer Insulinüberdosierung an die ICD-10-GM, die für die Verschlüsselung eines hypoglykämischen Komas den Code E10-E14 vierte Stelle „6“ vorsieht.

(nach DKR 2005 wird die 4. Stelle „0“ kodiert)



## „Unschärfen“ oder bestehende Probleme

Warum unter „Hauptdiagnose“? Es stellen meist Nebendiagnosen dar!

### D002d Hauptdiagnose, Erkrankungen bzw. Störungen nach med. Maßnahmen

Kodes für die spezifische Verschlüsselung von Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Maßnahmen finden sich beispielsweise in den folgenden Kategorien:

- E89.– Endokrine und Stoffwechselstörungen nach medizinischen Maßnahmen, a.n.k.
- G97.– Krankheiten des Nervensystems nach medizinischen Maßnahmen, a.n.k.
- H59.– Affektionen des Auges u. der Augenanhangsgebilde nach med. Maßnahmen, a.n.k.
- H95.– Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes nach med. Maßnahmen, a.n.k.
- I97.– Kreislaufkomplikationen nach medizinischen Maßnahmen, a.n.k.
- J95.– Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen, a.n.k.
- K91.– Krankheiten des Verdauungssystem nach medizinischen Maßnahmen, a.n.k.
- M96.– Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen, a.n.k.
- N99.– Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen, a.n.k.

Diese Kodes sind nur dann als HD zu verschlüsseln, wenn kein spezifischerer Kode in Bezug auf die Erkrankung bzw. Störung existiert o. die Verschlüsselung dieses spezifischeren Kodes durch ein Exkl. der ICD-10-GM Version 2005 ausgeschlossen ist.

Gleiches gilt für die Kategorien T80–T88 Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, a.n.k. Die oben genannten Kodes sind Kodes aus T80–T88 vorzuziehen, soweit letztere die Erkrankung bzw. Störung nicht spezifischer beschreiben.

## „Unschärfen“ oder bestehende Probleme

Wie kodiert man dann folgenden Fall:

Patient mit Osteomyelitis (Nachweis Staph. aureus) nach Tibianagelung kommt zur Materialentfernung, Sequesterotomie und Einlegen eines Medikamententrägers.

HD: M86.16 Sonstige akute Osteomyelitis Unterschenkel ?

T84.6 Infektion durch Interne Osteosynthesevorrichtung ?

M96.8 Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen ?

Internationale Klassifikation der Krankheiten - ICD-10-GM 2004

### *Sonstige Osteopathien (M86–M90)*

*Exkl.:* Osteopathien nach medizinischen Maßnahmen (M96.–)

#### **M86.–** Osteomyelitis

[Schlüsselnummer der Lokalisation siehe am Kapitelanfang]

Soll der Infektionserreger angegeben werden, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer (B95–B97) zu benutzen.

*Exkl.:* Osteomyelitis:

- durch Salmonellen (A01–A02)
- Kiefer (K10.2-)
- Wirbel (M46.2-)

## „Unschärfen“ oder bestehende Probleme

Wie kodiert man dann folgenden Fall:

Patient mit Osteomyelitis (Nachweis Staph. aureus) nach Tibianagelung kommt zur Materialentfernung, Sequesterotomie und Einlegen eines Medikamententrägers.

Falls HD: T84.6 Infektion durch Interne Osteosynthesevorrichtung

Dann ND: M86.16 Sonstige akute Osteomyelitis Unterschenkel (CCL 4) ?

Hier wird regelmäßig diskutiert.....

Beispiele komplexerer Fälle in den DKR wären hilfreich.

## „Unschärfen“ oder bestehende Probleme

D002d Hauptdiagnose, Schlüsselnummern aus Z03.0 bis Z03.9

Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen

Schlüsselnummern aus Z03.0 bis Z03.9 werden ausschließlich dann als Hauptdiagnose für die Abklärung des Gesundheitszustandes des Patienten zugeordnet, wenn es Hinweise auf die Existenz eines abnormen Zustandes, auf die Folge eines Unfalls oder eines anderen Ereignisses mit typischerweise nachfolgenden Gesundheitsproblemen gibt und sich der Krankheitsverdacht nicht bestätigt und eine Behandlung derzeit nicht erforderlich ist.

*Hier sollten dann auch die Codes Z04.- Untersuchung und Beobachtung von Verdachtsfällen aufgenommen werden:*

- Z04.- Untersuchung und Beobachtung aus sonstigen Gründen
- Z04.1 Untersuchung und Beobachtung nach Transportmittelunfall
- Z04.2 Untersuchung und Beobachtung nach Arbeitsunfall
- Z04.3 Untersuchung und Beobachtung nach anderem Unfall
- Z04.5 *Untersuchung und Beobachtung nach durch eine Person zugefügter Verletzung (schließt sich durch Text selber aus)*
- Z04.8 Untersuchung und Beobachtung aus sonstigen näher bezeichneten Gründen
- Z04.9 Untersuchung und Beobachtung aus nicht näher bezeichnetem Grund

## „Unschärfen“ oder bestehende Probleme

### D012e Mehrfachkodierung

Die Frage nach Mehrfachkodierung ist ein generelles Kodierproblem und wird weder durch diese, noch eine andere DKR wirklich geklärt.

Beispiel:

Eisenmangelanämie bei bösartiger Neubildung:

HD = C\_.- (+) Bösartige Neubildung

ND = D63.0 (\*) Anämie bei Neubildungen

ND = D50.- Eisenmangelanämie (?)

Nur hier Spezifizierung?  
Wenn ja, warum?

#### Beispiel 2 DKR 1510d

Schwangerschaft, kompliziert durch Eisenmangelanämie

Hauptdiagnose: O99.0 *Anämie, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert*

Nebendiagnose(n): D50.9 *Eisenmangelanämie, nicht näher bezeichnet*

Eine die Schwangerschaft komplizierende Anämie ist unter der Schlüsselnummer O99.0 klassifiziert. Es wird ein zusätzlicher Code benötigt, um die Art der Anämie zu spezifizieren.

## „Unschärfen“ oder bestehende Probleme

### D012e Mehrfachkodierung

Hier also auch  
Spezifizierung!  
Also vielleicht doch  
überall?

#### Beispiel 5 DKR 0401d

Ein Patient mit Diabetes mellitus Typ 1 mit peripheren vaskulären Komplikationen in Form einer Atherosklerose der Extremitätenarterien mit Ruheschmerz wird zur Bypass-Operation (alloplastisch) aufgenommen. Zusätzlich besteht eine Retinopathie mit erheblicher Einschränkung des Sehvermögens.

Hauptdiagnose:	E10.50†	<i>Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] mit peripheren vaskulären Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet</i>
Nebendiagnose(n):	I79.2*	<i>Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten</i>
	I70.22	<i>Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerzen</i>
	E10.30†	<i>Diabetes mellitus mit Augenkomplikationen, nicht als entgleist bezeichnet</i>
	H36.0*	<i>Retinopathia diabetica</i>
Prozedur(en):	5-393.42	<i>Anlegen eines iliofemoralen Bypass</i>
	5-930.4	<i>Alloplastisches Transplantat</i>

**Hinweis:** Der Kode I70.22 *Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerzen* dient in diesem Beispiel zur näheren Spezifizierung der durch das Kreuz-Stern-System beschriebenen Diagnose. Er ist nicht als Hauptdiagnose anzugeben. Der Prozedurenkode 5-930.4 *Alloplastisches Transplantat* wird hier zusätzlich angegeben, um die Art des Transplantates näher zu spezifizieren.

## „Unschärfen“ oder bestehende Probleme

### P004a Nicht vollendete oder unterbrochene Prozedur

Wenn eine chirurgische Prozedur aus irgendeinem Grund unterbrochen oder nicht vollendet wurde, ist wie folgt vorzugehen:

...

3. Lässt sich die bisher erbrachte Teilleistung mit dem OPS-301 kodieren, so wird nur die Teilleistung kodiert (siehe Beispiele 4 und 5).
4. Wird eine Prozedur nahezu vollständig erbracht, so wird sie ohne Zusatzcode 5-995 kodiert.

Wie kodiert man eine Stentimplantation, wenn 2 Stents geplant waren, aber der Versuch den 2. Stent einzusetzen misslingt?

Teilleistung?

Nahezu vollständig erbracht?

Kodierung Implantation 1 Stent (8-837.k0) = F57Z (RG = 1,032 in 2006)

Kodierung Implantation 2 Stents (8-837.k1) = F56Z (RG = 1,316 in 2006)

## „Unschärfen“ oder bestehende Probleme

### 0201e Auswahl und Reihenfolge der Codes

Der Malignom-Code 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.

Ist die Palliativtherapie als notwendige Folgebehandlung/sonstige Therapie zu werten? **CA = HD**

Ist die Palliativtherapie nicht als notwendige Folgebehandlung/sonstige Therapie zu werten? **Symptom = HD**

**Eine Ergänzung der DKR bezüglich „Palliativtherapie“ wäre hier hilfreich.**



## „Unschärfen“ oder bestehende Probleme

### 1001d Maschinelle Beatmung

Ende

Die Berechnung der Dauer der Beatmung endet mit einem der folgenden Ereignisse:

- Extubation
- Beendigung der Beatmung nach einer Periode der Entwöhnung

Anmerkung:

Für Patienten mit einem Tracheostoma (nach einer Periode der Entwöhnung) gilt:

Bei beatmeten Patienten wird die Trachealkanüle für einige Tage (oder länger, z.B. bei neuromuskulären Erkrankungen) an ihrem Platz belassen, nachdem die künstliche Beatmung beendet wurde. Die Berechnung der Beatmungsdauer ist in diesem Fall zu dem Zeitpunkt beendet, an dem die maschinelle Beatmung eingestellt wird.

**Hier wird also klar formuliert, dass das Ende = Einstellung der Beatmung ist.**

## „Unschärfen“ oder bestehende Probleme

### 1001d Maschinelle Beatmung

Die Dauer der Entwöhnung wird bei der Berechnung der Beatmungsdauer eines Patienten hinzugezählt. Es kann mehrere Versuche geben, den Patienten vom Beatmungsgerät zu entwöhnen.

Ende der Entwöhnung?

- Letztmalige Beatmung (Ende)
- Bestimmung durch Arzt (Ab jetzt keine Beatmung mehr nötig)?

Warum gibt es hier keine entsprechende Definition, die das Ende der Entwöhnung festlegt?

## „Unschärfen“ oder bestehende Probleme

1603a Besondere Maßnahmen für das kranke Neugeborene

...

Lichttherapie

Ein Diagnosekode für Neugeborenenengelbsucht (*P95.-*) wird nur zugeordnet, wenn eine Lichttherapie länger als zwölf Stunden durchgeführt wurde.

Was kodiert man, wenn ein Säugling wegen Ikterus aufgenommen wird, aber eine Lichttherapie nicht oder < 12 h durchgeführt wurde?

Z03.8 Beobachtung bei sonstigen Verdachtsfällen? **Nein!**

R79.8 Sonstige näher bezeichnete abnorme Befunde der Blutchemie? **Nein!**

P96.8 Sonstige näher bezeichnete Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben? **Vielleicht?**

**Letztlich ist der einzig sinnvolle Kode P95.- Neugeborenenikterus!**

## „Unschärfen“ oder bestehende Probleme

### 1804d Inkontinenz

Der Befund Inkontinenz ist von klinischer Bedeutung, wenn

- die Inkontinenz nicht als im Rahmen einer Behandlung „normal“ angesehen werden kann (z.B. nach bestimmten Operationen und **bei bestimmten Zuständen**).
- die Inkontinenz nicht als der normalen Entwicklung entsprechend angesehen werden kann (wie z.B. bei Kleinkindern).
- die Inkontinenz bei einem Patienten mit **deutlicher Behinderung** oder geistiger Retardierung andauert.

Wie ist hier z.B. bei einem Tetraplegiker zu kodieren?

- Da bei diesem Zustand normal = keine Kodierung?
- Da eine deutliche Behinderung vorliegt = Kodierung?

## „Unschärfen“ oder bestehende Probleme

### 1806d Schmerzdiagnosen und Schmerzbehandlungsverfahren

Chronischer/therapieresistenter Schmerz/Tumorschmerz

Wird ein Patient speziell zur Schmerzbehandlung aufgenommen und wird ausschließlich der Schmerz behandelt, ist der Code für die Lokalisation des Schmerzes als Hauptdiagnose anzugeben. Dies gilt auch für den Tumorschmerz.

Entspricht inhaltlich der DKR D002d, somit redundant?

### Zuweisung eines Symptoms als Hauptdiagnose

Wenn sich ein Patient mit einem Symptom vorstellt und die zugrunde liegende Krankheit zum Zeitpunkt der Aufnahme bekannt ist, jedoch nur das Symptom behandelt wird, ist das Symptom als Hauptdiagnose zu kodieren. Die zugrunde liegende Krankheit ist anschließend als Nebendiagnose zu kodieren.

Ist bei Aufnahme zur Schmerztherapie dann auch die ursächliche Erkrankung als ND zu kodieren? Wenn nein, warum nicht? Wenn ja, sollte ein entsprechender Hinweis eingefügt werden.

## „Unschärfen“ oder bestehende Probleme

### 1905d Offene Wunden/Verletzungen

Offene Verletzungen mit Gefäß-, Nerven- und Sehnenbeteiligung

Liegt eine Verletzung mit Gefäßschaden vor, hängt die Reihenfolge der Codes davon ab, ob der Verlust der betroffenen Gliedmaße *droht*. Ist dies der Fall, so ist bei einer Verletzung mit Schädigung von Arterie und Nerv

- zuerst die arterielle Verletzung,
- danach die Verletzung des Nerven,
- danach ggf. eine Verletzung der Sehnen,
- schließlich die Fleischwunde anzugeben.

In Fällen, bei denen trotz einer Nerven- und Arterienbeschädigung der Verlust von Gliedmaßen *unwahrscheinlich ist*, ist die Reihenfolge der Kodierung je nach der Schwere der jeweiligen Schäden festzulegen.

Warum wird hier nicht einfach nach D002d „Hauptdiagnose“ kodiert?  
Streichvorschlag für 2007

# DRG-Zuordnung:

	Kode	CCL	Gültigk.	DRG	Beschreibung
HDx ...	S550	0/0	✓	✗	Verletzung der A. ulnaris in Höhe des Unterarmes
Dx 2 ...	S540	0/0	✓	✗	Verletzung des N. ulnaris in Höhe des Unterarmes
Dx 3 ...	S564	0/0	✓	✗	Verletzung von Streckmuskeln und -sehnen
Dx 4 ...					
Dx 5 ...					

Prozeduren (DPS-301 Version GM 2004 mit Erw.)

	Kode	OR	Gültigk.	DRG	Beschreibung
Px 1 ...	538820	✓	✓	✗	Naht von Blutgefäßen: Arterien Unterarm und Hand: A. ulnaris
Px 2 ...	50443	✓	✓	✓	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus, primär: Nerven Arm
Px 3 ...	585513	✓	✓	✗	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnen
Px 4 ...					
Px 5 ...					

(Kostengewichte: Fallpauschalenkatalog G-DRG Version 2005)

MDC 21 Polytrauma / Verletzungen, Vergiftungen und toxische Reaktionen  
 DRG X06C Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen, Alters

PCCL 0 keine CC Grp.-Status 00 Normale Gruppierung Pat.-Status Normalliegender Entg.-Status

Entgelt inkl. 2.441,80 € Basisbetrag 2.441,80 € Rel.-Gew. 0,842 1. Tag Abschlag 1 Mittlere Verw. 6,0  
 Zu/Abschläge 2.441,80 € Zu/Abschlag 0,00 € Eff.-Gew. 0,842 1. Tag Zusatzentg. 14 Verwend. Verw. 5

	Kode	CCL	Gültigk.	DRG	Beschreibung
HDx ...	S540	0/0	✓	✗	Verletzung des N. ulnaris in Höhe des Unterarmes
Dx 2 ...	S550	0/0	✓	✗	Verletzung der A. ulnaris in Höhe des Unterarmes
Dx 3 ...	S564	0/0	✓	✗	Verletzung von Streckmuskeln und -sehnen eines oder mehrerer sonstiger Finger in Höhe des Unterarmes
Dx 4 ...					
Dx 5 ...					

Prozeduren (DPS-301 Version GM 2004 mit Erw.)

	Kode	OR	Gültigk.	DRG	Beschreibung
Px 1 ...	538820	✓	✓	✗	Naht von Blutgefäßen: Arterien Unterarm und Hand: A. ulnaris
Px 2 ...	50443	✓	✓	✓	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus, primär: Nerven Arm
Px 3 ...	585513	✓	✓	✗	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnen
Px 4 ...					
Px 5 ...					

(Kostengewichte: Fallpauschalenkatalog G-DRG Version 2005)

MDC 01 Krankheiten und Störungen des Nervensystems  
 DRG B17Z Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems ohne äußerst schwere CC oder Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter >18 Jahre

PCCL 0 keine CC Grp.-Status 00 Normale Gruppierung Pat.-Status Normalliegender Entg.-Status

Entgelt inkl. 2.479,50 € Basisbetrag 2.479,50 € Rel.-Gew. 0,855 1. Tag Abschlag 1 Mittlere Verw. 5,2  
 Zu/Abschläge 2.479,50 € Zu/Abschlag 0,00 € Eff.-Gew. 0,855 1. Tag Zusatzentg. 13 Verwend. Verw. 5

	Kode	CCL	Gültigk.	DRG	Beschreibung
HDx ...	S564	0/0	✓	✗	Verletzung von Streckmuskeln und -sehnen eines oder mehrerer sonstiger Finger in Höhe des Unterarmes
Dx 2 ...	S540	0/0	✓	✗	Verletzung des N. ulnaris in Höhe des Unterarmes
Dx 3 ...	S550	0/0	✓	✗	Verletzung der A. ulnaris in Höhe des Unterarmes
Dx 4 ...					
Dx 5 ...					

Prozeduren (DPS-301 Version GM 2004 mit Erw.)

	Kode	OR	Gültigk.	DRG	Beschreibung
Px 1 ...	538820	✓	✓	✗	Naht von Blutgefäßen: Arterien Unterarm und Hand: A. ulnaris
Px 2 ...	50443	✓	✓	✗	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus, primär: Nerven Arm
Px 3 ...	585513	✓	✓	✓	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnen
Px 4 ...					
Px 5 ...					

(Kostengewichte: Fallpauschalenkatalog G-DRG Version 2005)

MDC 08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe  
 DRG I58Z Eingriffe am Weichteilgewebe ohne äußerst schwere oder schwere CC

PCCL 0 keine CC Grp.-Status 00 Normale Gruppierung Pat.-Status Normalliegender Entg.-Status

Entgelt inkl. 2.375,10 € Basisbetrag 2.375,10 € Rel.-Gew. 0,819 1. Tag Abschlag 1 Mittlere Verw. 6,1  
 Zu/Abschläge 2.375,10 € Zu/Abschlag 0,00 € Eff.-Gew. 0,819 1. Tag Zusatzentg. 14 Verwend. Verw. 5

## „Unschärfen“ oder bestehende Probleme

### 1905d Offene Wunden/Verletzungen

#### Komplikationen offener Wunden

Warum wird hier nicht einfach nach D002d „Hauptdiagnose“ kodiert?  
Streichvorschlag für 2007

Liegt eine offene Wunde mit Komplikation vor, ist der Code für die offene Wunde anzugeben, gefolgt von einem Code aus T89.0- Komplikationen einer offenen Wunde.

Wie kodiert man dann bei Aufnahme wegen Phlegmone am Unterschenkel bei (noch) offener Wunde?

HD = S81.9 Offene Wunde US (?)

ND = T89.02 Komplikation einer offenen Wunde, Infektion (?)

ND = L03.10 Phlegmone unter Extremität (? Altes Problem der „Spezifizierung“)

### 1201a Phlegmone (gestrichene DKR 2004)

Wenn eine Phlegmone zusammen mit einer offenen Wunde oder einem Hautgeschwür auftritt, ist die komplikationsauslösende Wunde bzw. das Hautgeschwür (Ulkus) vor Phlegmone zu kodieren, wenn die Wunde oder das Ulkus behandelt wird. Wird aktuell die Phlegmone behandelt, ist Phlegmone vor der komplikationsauslösenden Wunde zu kodieren.



## „Unschärfen“ oder bestehende Probleme

1916e Vergiftung durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen

Die Diagnose „Vergiftung durch Arzneimittel/Drogen“ wird gestellt bei irrtümlicher Einnahme oder unsachgemäßer Anwendung, Einnahme zwecks Selbsttötung und Tötung und bei Nebenwirkungen verordneter Medikamente, die in Verbindung mit einer Eigenmedikation eingenommen werden.

...

Die Absicht der Selbsttötung (X84.9!) ist nicht zu kodieren.

Es soll wohl generell die Absicht der Selbsttötung nicht kodiert werden, es findet sich aber nur hier der Hinweis.

## Fazit

das  
Krankenhaus

11/2004

Anpassung der Deutschen Kodierrichtlinien

- Ke

- Nu

Claus Fahlenbrach/Nicola Köhler/Axel Halim/Dr. Nicole Schlottmann

[\[Antworten\]](#) [\[Zitieren\]](#) [\[Ändern\]](#) [\[Verwalten\]](#) [\[Löschen\]](#) [\[IP\]](#) [\[^\]](#)

Sehr geehrtes Forum,  
nach einer Diskussion mit dem MDK möchte ich noch einmal eine Frage stellen, die sicher schon öfters diskutiert worden ist.

Im Rahmen einer Synkopendiagnostik wird bei einem Patienten ebenfalls eine Duplexsonographie durchgeführt und eine Stenose der A. carotis interna festgestellt. Der Befund stellt keine OP-Indikation dar. Es erfolgt die prophylaktische Gabe von ASS oder Iscover sowie eines Lipidsenkers. Als Nebendiagnose wird die I65.2 kodiert. Diese Kodierung wird in den meisten Fällen vom MDK nicht anerkannt, mit der Begründung, daß keine Therapie sondern nur prophylaktische Massnahmen erfolgen.

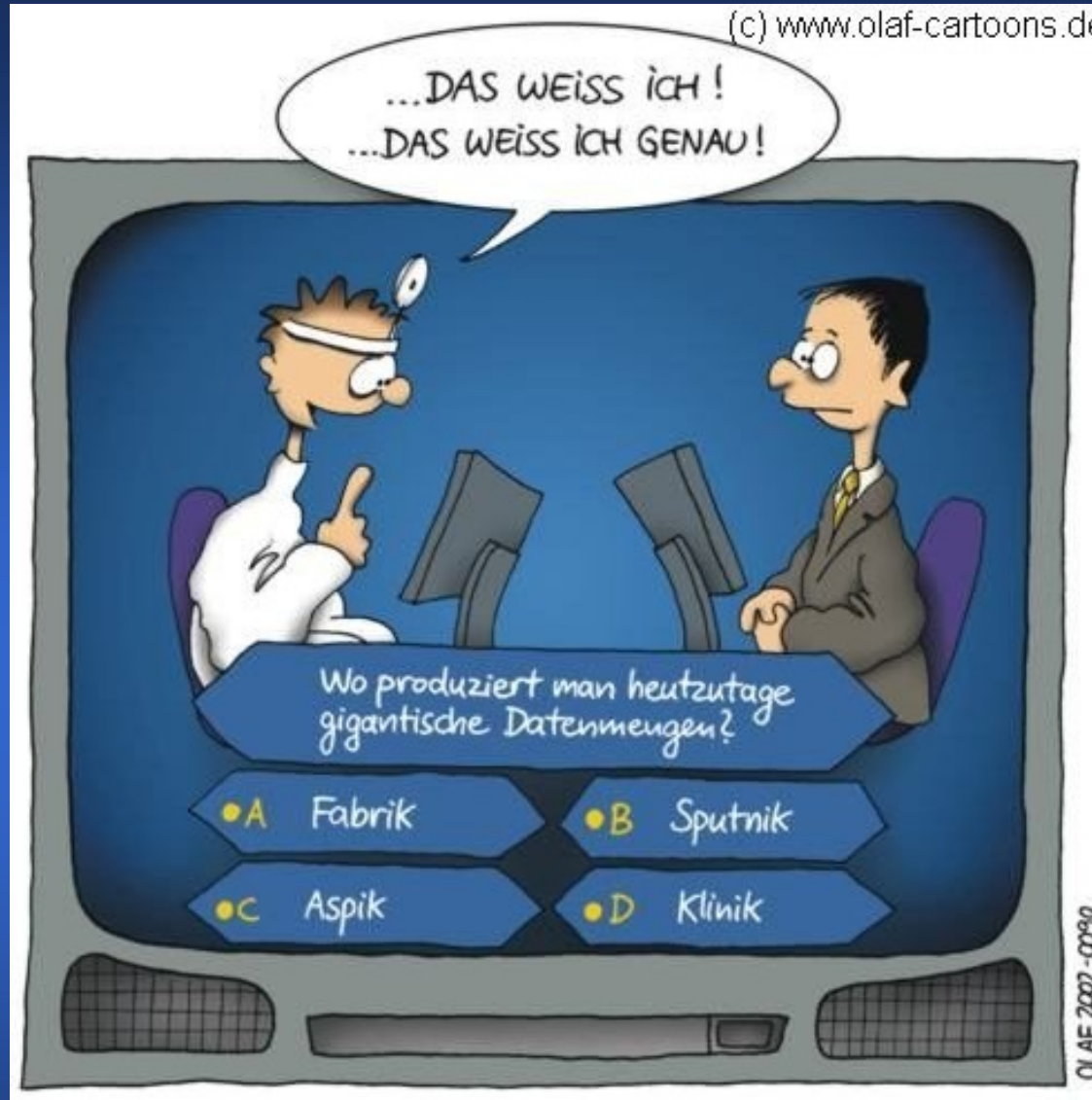
Welche Meinung besteht bei den Forummitgliedern? 😊

- Die K

- Wenig  
der R

spielsweise kann die einfache medikamentöse Behandlung einer Erkrankung die Dokumentation als Nebendiagnose rechtfertigen. Wenngleich diese Regelung mit Blick auf das DRG-System teilweise unbefriedigend ist, so kann aus praktischer Sicht nicht für jede Diagnose ein Schwellenwert definiert werden, ab wann diese kodiert werden darf.

Qualität beruhen  
er Schonung



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.  
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.