

Richtig kodieren – diverse Beispiele

Beispiel 1:

Ein 60-jähriger Patient wird nach einer Synkope mit einer Bradyarrhythmia absoluta bei vorbekanntem chronischen Vorhofflimmern stationär aufgenommen. Der Patient steht unter Betablocker-Therapie. Anamnestisch sind eine chronische Niereninsuffizienz bei diabetischer Nephropathie und eine renale Anämie bekannt. Nach langjähriger oraler Antidiabetikatherapie ist der bekannte nicht primär insulinpflichtige Diabetes mellitus nach Gewichtsnormalisierung aktuell unter diätetischen Maßnahmen gut kompensiert. Nach einem apoplektischen Insult vor einem Jahr bietet der Patient noch eine leichte Restparese des linken Beines. Bei bekannter hypertensiver Herzkrankheit besteht eine Linksherzinsuffizienz NYHA I.

Nach Angaben des Patienten ist eine Neurolyse des Nervus medianus links bei ausgeprägtem Karpaltunnel-

syndrom in der chirurgischen Abteilung des aufnehmenden Krankenhauses für die folgende Woche geplant.

Ursächlich wird die erlittene Synkope auf ein low-output-failure bei Bradyarrhythmie unter Betablocker-Therapie zurückgeführt. Nach Dosisreduktion kommt es zu einer Frequenznormalisierung mit Nachweis auch im Langzeit-EKG. Im Verlauf des Aufnahmetages kommt es zu einem zunehmenden akuten Nierenversagen mit Rückgang der Diurese bei bekannter chronischer Niereninsuffizienz vermutlich auf dem Boden des low-output-failures im Sinne eines prärenalen Nierenversagens. Im Verlauf des stationären Aufenthaltes kommt es erfreulicherweise zu einem Rückgang der Nierenretentionswerte, so dass von einer Shuntanlage bzw. Hämodialyse Abstand genommen werden kann.

Nach Stabilisierung der kardialen und nephrologischen Situation wird der bereits vereinbarte OP-Termin wahrgenommen. Einen Tag

vor der stationären Entlassung erfolgt eine offen chirurgische Neurolyse und Dekompression des Nervus medianus.

Nach 8-tägigem stationären Aufenthalt kann der Patient in gebessertem Zustand entlassen werden.

Kommentar:

Nach der DKR⁴ D002d wird die Hauptdiagnose definiert als die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist. Im vorliegenden Falle war die Synkope die zur Aufnahme führende Diagnose, die nach dem ICD¹ mit R55 verschlüsselt wird. Wenn sich allerdings ein Patient mit einem Symptom vorstellt und die zugrunde liegende Krankheit zum Zeitpunkt der Aufnahme bekannt ist und behandelt wird bzw. während des Krankenhausaufenthaltes diagnostiziert wird, so ist die zugrunde liegende Krankheit als Hauptdiagnose zu kodieren. Schlüssel-

nummern für Symptome, Befunde und ungenau bezeichnete Zustände aus Kapitel XVIII (Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind) sind nicht als Hauptdiagnose zu verwenden, sobald eine die Symptomatik etc. zu erklärende definitive Diagnose ermittelt wird. Die Anmerkungen zu Beginn von Kapitel XVIII in der ICD-10 GM helfen bei der Bestimmung, wann Schlüsselnummern aus den Kategorien R00-R99 dennoch angegeben werden. Abnorme Befunde bei der pränatalen Screeninguntersuchung der Mutter bzw. bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben, finden sich laut Exklusivum unter O28- bzw. P00-P96.

Ursächlich für die Synkope ist die absolute Bradyarrhythmie bei chronischem Vorhofflimmern anzusehen, die laut ICD-10¹ mit I48.11 verschlüsselt wird. Die I48.11 wird somit als Hauptdiagnose angegeben, fakultativ gefolgt von dem ▶

Beispiel 1

Hauptdiagnose¹:	I48.11	Chronisches Vorhofflimmern
Nebendiagnosen¹:	Y57.9!	Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen
	R55	Synkope und Kollaps
	E11.20	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-II Diabetes) mit Nierenkomplikationen, nicht als entgleist bezeichnet
	N08.3*	Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus
	N17.9	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet
	N18.9	Chronische Niereninsuffizienz nicht näher bezeichnet mit renaler Anämie
	I69.4	Folgen eines Schlaganfalles, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet
	G83.1L	Monoparese und Monoplegie einer unteren Extremität
	I11.00	Hypertensive Herzkrankheit mit kongestiver Herzinsuffizienz ohne Angabe einer hypertensiven Krise
	I50.11	Linksherzinsuffizienz, NYHA-Stadium I
	G56.0L	Karpaltunnelsyndrom
Prozeduren²:	5-056.40L	Neurolyse und Dekompression des Nervus medianus bei Karpaltunnelsyndrom, epineural offen chirurgisch
Gruppierung³:		
G-DRG:	902Z	Nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose
MDC:	05	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
Eff. Relativgewicht:		1,303
Verweildauer:		8 Tage
uGVD:		3 Tage
oGVD:		24 Tage

ICD-Schlüssel Y57.9! (Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen) entsprechend der DKR 1917d (unerwünschte Nebenwirkungen von Arzneimitteln bei Einnahme gemäß Verordnung).

Wenn ein Diabetes mellitus die Nebendiagnosedefinition erfüllt, so ist dieser zu kodieren. Liegen Komplikationen (Manifestationen) vor, ist bei einem Kode aus E10-E14 die 4. Stelle entsprechend der Manifestation zu verschlüsseln. Außerdem sind die Manifestationen anzugeben, sofern diese die Nebendiagnosedefinition erfüllen. Da das akute Nierenversagen erst im Verlauf des Aufnahmetages auftrat kann diese Diagnose nicht im Sinne einer konkurrierenden Hauptdiagnose als solche verwendet werden, sondern unterliegt der Nebendiagnosendefinition analog der DKR⁴ D003d.

Bei aktuell noch bestehender Parese des linken Beines nach Schlaganfall vor einem Jahr sind die neurologischen Ausfälle mit einem Kode aus I69.- (Folgen einer zerebrovaskulären

Krankheit) zu verschlüsseln, im vorliegenden Fall mit I69.4. Zu den „Folgen“ zählen Krankheitszustände, die als Folgen oder Spätfolgen bezeichnet sind oder die 1 Jahr oder länger seit Beginn des verursachenden Leidens bestehen. Solange eine fortgesetzte Behandlung des akuten Schlaganfalles und der unmittelbaren Folge durchgeführt wird, ist ein Kode aus den Kategorien I60-I64 mit den jeweils passenden Codes für die Defizite zuzuweisen.

Als DRG für den genannten stationären Aufenthalt berechnet sich eine Fehler-DRG (902Z – nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose) trotz korrekter Verschlüsselung aufgrund des klinischen Verlaufes. Verursacht wird die Fehler-DRG durch die Hauptprozedur, die aufgrund der DRG-Systematik nicht zur Hauptdiagnose passt.

Wäre der Patient zur OP des Karpaltunnelsyndroms aufgenommen worden und wäre anschließend eine Bradyarrhythmia absoluta unter Betablocker-Therapie mit konsekutiver akuter Niereninsuffizienz aufgetreten, so würde

sich die DRG B05Z (Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom) aus der MDC 01 (Krankheiten und Störungen des Nervensystems) mit einem effektiven Relativgewicht von 0,641 bei gleichem Aufwand berechnen.

Beispiel 2

Eine 69-jährige Patientin wird wegen akut auftretender thorakaler Schmerzen bei sportlicher Betätigung stationär aufgenommen. Nach anamnestischen Angaben waren die Beschwerden weder mit bereits in der Vergangenheit erlittenen Angina pectoris-Beschwerden noch mit bekannten Wirbelsäulenschmerzen vergleichbar. Während der **A n a m n e s e e r h e b u n g** kommt es zu einem kurzen Bewusstseinsverlust der Patientin, so dass sofort eine CT-Angiographie der Aorta durchgeführt wird, die eine akute Dissektion der Aorta ascendens (Typ A nach Stanford-Klassifikation) mit einem Perikarderguss um beide Vorhöfe erbringt. Bei der hämodynamisch stabilen Patientin wird eine Computertomo-

graphie des Herzens durchgeführt, die eine regelrechte Perfusion des Venenbypasses auf den Ramus marginalis, die rechte Kranzarterie und des LIMA-Bypasses auf dem RIVA zeigt (Bypass-OP 2001). Sämtliche Bypässe zeigen ihren Ursprung im wahren Lumen. Echokardiographisch findet sich ein zirkulärer Perikarderguss um die Vorhöfe sowie den rechten Ventrikel, eine mäßiggradige zentrale Aorteninsuffizienz bei normaler linksventrikulärer Pumpfunktion. Noch am Aufnahmetag wird ein suprakoronarer Aorta ascendens-Ersatz und ein partieller Bogen-Ersatz durchgeführt mit Reimplantation des linken Koronarostiums in die Prothese sowie eine Anlage eines aortokoronaren Venenbypasses auf die rechte Herzkranzarterie. Bei unkomplizierten peri- und postoperativen Verlauf kann die Patientin bei hämodynamischer Stabilität zeitgerecht extubiert werden. Eine bekannte chronische Niereninsuffizienz bleibt stabil.

Nach 38-tägigem stationären Aufenthalt kann die ▶

Beispiel 2		
Hauptdiagnose¹:	I71.2	Aneurysma dissecans der Aorta ascendens
Nebendiagnosen¹:	I31.3	Perikarderguss (nicht entzündlich)
	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit, Drei-Gefäßerkrankung
	N18.82	Chronische Niereninsuffizienz Stadium II
	Z95.1	Vorhandensein eines ACVB
Prozeduren²:	3-22x	Andere Computertomographie mit Kontrastmittel
	3-224	Computertomographie des Herzens mit Kontrastmittel
	5-384.12	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta ascendens mit Reimplantation der Koronararterien, mit Rohrprothese bei Aneurysma
	8-851.0	Operativer äußerer Kreislauf (bei Anwendung der Herz-Lungen-Maschine), mit Normothermie
	5-379.5	Reoperation an Herz und Perikard
	5-363.2	Koronararterienbypass-Neuanlage
	5-361.01	Aortokoronarer Venen-Bypass einfach
Gruppierung³:		
G-DRG:	F07Z	Amputation mit zusätzlichem Gefäßeingriff oder andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 1 Jahr oder mit komplizierenden Prozeduren oder komplexer Operation
MDC:	05	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
Eff. Relativgewicht:		5,097
Verweildauer:		38 Tagen
uGVD:		7 Tage
oGVD:		41 Tage

Patientin die Klinik verlassen.

Kommentar:

Die DRG-relevanten Prozeduren sind die OPS²-Schlüssel 5-384.12 (Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta ascendens mit Reimplantation der Koronararterien mit Rohrprothese bei Aneurysma) und 8-851.0 (operativer äußerer Kreislauf (bei Anwendung der Herz-Lungen-Maschine), mit Normothermie. Folgt man den OPS³-Schlüssel 5-384 (Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta wird an 5. Stelle die Gefäßlokalisation und an 6. Stelle entsprechend den Hinweisen die Art der Prothese bei fehlendem bzw. vorliegendem Aneurysma verschlüsselt. Unter 5-384.0 bzw. 5-384.1 bzw. 5-384.2 findet sich der Hinweis, dass die Anwendung der Herz-Lungen-Maschine gesondert zu kodieren ist (8-851). Entsprechend der DKR⁴ 0908d (zusätzliche Prozeduren im Zusammenhang mit Herzoperationen) sind bei Operationen, bei denen die Herz-Lungen-Maschine grundsätzlich zum Einsatz kommt, deren Anwendung im Operationscode enthalten. Dies ist durch entsprechende Hinweise im OPS gekennzeichnet. Wenn die Anwendung

der Herz-Lungen-Maschine nicht im Operationscode enthalten ist, ist sie mit der passenden Schlüsselnummer aus 8-851 zu kodieren. Diese spezielle Kodierrichtlinie legt damit die Ausnahmen zur DKR⁴ P001d fest. Lässt man den OPS-Schlüssel 8-851.0 weg, ändert sich nichts an der DRG.

Grundsätzlich ist bei jeder Reoperation am Herzen zusätzlich zu den spezifischen Operationscodes der Code 5-379.5 (andere Operationen an Herz und Perikard: Reoperation) anzugeben. Die Reoperation ist ein erneuter Eingriff nach vorangegangener Herzoperation mit der Öffnung des Perikards oder offener Operation an Herzklappen. Wird ein vorhandener Bypass revidiert oder neu angelegt, sind zusätzlich die Codes 5-363.1 (Koronararterienbypass-Revision) oder 5-363.2 (Koronararterienbypass-Neuanlage) entsprechend der DKR 0909d anzugeben. Der OPS²-Schlüssel 5-361.01 legt die Lokalisation und Art des Bypasses fest. Die Entnahme eines Gefäßes zur Transplantation ist im Code enthalten. Entsprechend der DKR⁴ P013d (Wiedereröffnung eines Operationsgebietes/Reoperation) ist bei der erneuten Eröffnung ei-

nes Operationsgebietes zur Behandlung einer Komplikation, Durchführung einer Rezidiv-OP oder Durchführung einer anderen Operation in diesem Operationsgebiet zu prüfen, ob die durchgeführte Operation mit Wiedereröffnung des OP-Gebietes im OPS² durch einen spezifischen Code im betreffenden Organkapitel kodiert werden kann. Für die Herz- und Nierenchirurgie gibt es eigene Codes für eine Reoperation, die im OPS als eigenständige Codes ausgewiesen sind, aber im Allgemeinen wie Zusatzcodes verwendet werden entsprechend der bereits zitierten DKR 0909d.

Bei fehlender DRG-Relevanz im Jahr 2005 wurde auf die Darstellung der Verschlüsselung der intensivmedizinischen Komplexbehandlung verzichtet.

Beispiel 3:

Ein 57-jähriger Patient kommt wegen seit ca. 10 Tagen zunehmender Verschlechterung des Allgemeinzustandes, Gewichtsabnahme und febrilen Temperaturen zur stationären Aufnahme. Anamnestisch wird Husten mit Auswurf angegeben, unter antibiotischer Therapie unter dem

Verdacht eines Infektes des oberen Respirationstraktes trat keine Besserung auf. Der Patient berichtet über ein Druckgefühl unter dem rechten Rippenbogenrand. Im Röntgen-Thorax finden sich pneumonische Infiltrate im rechten Mittel- und Unterlappen mit einem geringen Pleuraerguss. Der Befund kann im Spiral-CT des Thorax mit Kontrastmittel verifiziert werden. Ursächlich findet sich sonographisch ein großer intrahepatisch subphrenisch gelegener Abszess im rechten Leberlappen mit Erregernachweis von *Bacteroides merdae* und *Bifidobacterium* spezie im Abszesspunktat nach sonographisch gezielter Leberpunktion. Die computertomographische Untersuchung des Abdomens bestätigt den sonographisch erhobenen Befund und erbringt eine Divertikulitis am rektosigmoidalen Übergang mit Verdacht auf paradivertikulitische Abszessbildungen, differenzialdiagnostisch wird eine gedeckte Perforation diskutiert. Entsprechend der Erregerauswertung wird die antibiotische Therapie modifiziert. Die über 10-Tage durchgeführte Leberdrainage, die initial reichlich Pus för-

Beispiel 3

Hauptdiagnose¹:	K75.0	Leberabszess
Nebendiagnosen¹:	B96.6!	<i>Bacteroides fragilis</i> und andere gramnegative Anaerobier als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind
	A41.58	Sepsis durch sonstige gramnegative Erreger
	R65.1!	Systemisches inflammatorisches Responsesyndrom (SIRS) infektiöser Genese mit Organkomplikationen
	J15.8	Sonstige bakterielle Pneumonie
	D69.58	Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet
Prozeduren²:	1-845	Diagnostische perkutane Punktion und Aspiration der Leber
	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel
	8-146.0	Therapeutische Drainage der Leber
Gruppierung³:		
G-DRG:	H12Z	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System
MDC:	07	Krankheiten und Störungen am hepatobiliären System und Pankreas
Eff. Relativgewicht:		1,504 (1,439 + 0,065 (oGVD-Zuschlag))
Verweildauer:		25 Tage
uGVD:		3 Tage
oGVD:		25 Tage

dert, führt im Verlauf zu einer deutlichen Rückbildung des Abszesses. Trotz Ansprechen der Antibiotikatherapie mit im Verlauf auch völliger Rückbildung der pneumonischen Infiltrate kommt es nur zu einer zögernden Erholung des Patienten mit anhaltender Schwäche und zögernder Rückbildung der Transaminasen bzw. der Entzündungsparameter. Die erhobenen Blutkulturen bleiben negativ.

Eine weitere diagnostische Abklärung in Hinblick auf die Abdomen-computertomographisch festgestellte Divertikulitis mit Verdacht auf Perforation zur Fokussuche wird von dem Patient aktuell nicht gewünscht.

Nach insgesamt 25-tägigem stationären Aufenthalt kann der Patient in stabilisiertem Zustand nach Hause entlassen werden.

Kommentar:

Ursächlich für die geschilderten Beschwerden des Patienten und für initial diagnostizierte rechtsseitige Pneumonie fand sich ein Leberabszess der als Hauptdiagnose zu verschlüsseln ist. Der ICD¹-10 GM führt unter dem Schlüssel K75.0 cholangitische, hämatogene, lymphogene und pylephlebitische Leberabszesse an sowie Leberabszesse ohne nähere Angaben, das Exklusivum beschreibt die Cholangitis ohne Leberabszess (K83.0), den Leberabszess durch Amöben (A06.4) und die Pylephlebitis ohne Leberabszess (K75.1).

Die ICD¹-Kodes B95.-!, B96.-! und B97.-! sind in der DKR⁴ D012d als bei bestimmten Diagnosen obligatorisch anzugebende Codes aufgelistet. Darüber hinaus können diese Codes bei anderen Situationen angegeben werden, wenn dies aus klinischer Sicht sinnvoll ist. Diese Kategorien sollten niemals zur primären Verschlüsselung be-

nutzt werden, sie dienen als ergänzende oder zusätzliche Schlüsselnummern zur Angabe des Infektionserregers bei andernorts klassifizierten Krankheiten.

Basierend auf den vorliegenden Laborparametern, dem klinischen Verlauf und dem Zustand des Patienten trotz negativer Blutkultur kann von einem septischen Geschehen mit Organkomplikation ausgegangen werden. (Die Autorin erlaubt sich, auf die Empfehlungen des DIMDI, basierend auf den Empfehlungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin und der Deutschen Sepsis Gesellschaft, hinzuweisen). Damit wäre als weitere Nebendiagnose A41.58 gefolgt von dem ICD-Kode R65.1! anzugeben. Verwirrend wirkt die unterschiedliche Formulierung der Anwendung der weder als optional oder obligat gekennzeichneten Schlüssel R65.0! bis -9! im ICD-10 GM bzw. in den DKR⁴: Beschreibt die DKR⁴ 0103d, dass zunächst ein Kode für

die Sepsis oder die ein SIRS nicht infektiöser Genese auslösende Grunderkrankung anzugeben ist, gefolgt von einem Kode R65.-!, findet sich im ICD-10 GM der Hinweis zunächst die Infektion oder die ein SIRS nicht infektiöser Genese auslösende Grunderkrankung anzugeben. Allerdings erfolgt hier der Verweis auf die Deutschen Kodierrichtlinien. Die Organkomplikationen sind mit zusätzlichen Schlüsselnummern zu bezeichnen, im vorliegenden Fall die Thrombozytopenie.

Die DRG-relevante Prozedur ist der OPS-Kode 8-146.0 (therapeutische Drainage der Leber). Ohne diese Prozedur berechnet sich die DRG H63A (Erkrankungen der Leber außer bösartiger Neubildung, Leberzirrhose und alkoholische Hepatitis, > 1 Belegungstag, mit komplexer Diagnose und äußerst schweren oder schweren CC) aus der MDC 07 mit einem effektiven Relativgewicht von 1,449 und einer oGVD von 27 Tagen (!).

Das Erreichen der Grenzverweildauer mit einer tat-

sächlichen Verweildauer von 25 Tagen ist durch die verzögerte Rekonvaleszenz des Patienten nachvollziehbar. Damit erhöht sich das Relativgewicht von 1,439 um 0,065 für den Zuschlag für den 25. Tag.

Beispiel 4

Ein 77-jähriger Patient wird mit dem Notarzt zur stationären Aufnahme gebracht. Anamnestisch ist zu erfahren, dass der Patient gestürzt ist, kurz bewusstlos war und anschließend einen anhaltenden Verwirrheitszustand zeigte. Von den Angehörigen des Patienten ist zu erfahren, dass dieser bis vor kurzen in einem sehr guten Allgemeinzustand war, sich alleine versorgte aber in den letzten Wochen über zunehmende Müdigkeit, Obstipationsbeschwerden und rezidivierende Schwächeanfälle klagte. Computertomographisch finden sich kortikale Kontusionsherde. Nach initialer intensivmedizinischer Überwachung kann der Patient am Tag nach der stationären Aufnahme auf ▶



die Allgemeinstation verlegt werden. Eine passager aufgetretene mäßig ausgeprägte globale Herzinsuffizienz zeigt sich unter diuretischer Therapie schnell rückläufig. In den folgenden Tagen klagt der Patient über zunehmende abdominelle krampfartige Beschwerden und eine erhebliche Obstipation die zunächst mit abführenden Maßnahmen therapiert wird. Koloskopisch findet sich im Bereich des Sigmas eine karzinomverdächtige Stenosierung, die für das Koloskop nicht passierbar ist. Mehrere Biopsien werden entnommen. In der Nacht nach der koloskopischen Untersuchung entwickelt der Patient einen ausgeprägten mechanischen Ileus, so dass notfallmäßig eine Sigmaresektion mit Anlage eines Zäkostomas durchgeführt wird. Histologisch bestätigt sich der makroskopische Verdachtsbefund eines lokal begrenzten Sigmakarzinoms erfreulicherweise ohne Hinweise für eine Metastasierung. Nach einem prolongierten Verlauf bei verzögerter Rekonvaleszenz kann der Patient nach 32 Tagen stationären Aufenthaltes entlassen werden. Weiterführende Maßnahmen einschließ-

lich einer AHB lehnt der Patient vorerst ab.

Kommentar:

Ursächlich für die stationäre Aufnahme ist als Ursache der anamnestisch angegebenen Bewusstlosigkeit die Hirnkontusion anzusehen. Entsprechend dem ICD-10¹ wird an 5. Stelle Lokalisation und Größe der Hirnblutung beschrieben. Die DKR4 1909c legt fest, dass wenn ein Verlust des Bewusstseins im Zusammenhang mit einer Verletzung aufgetreten ist, die Art der Verletzung vor einem Kode S06.7- (Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma) für die Dauer der Bewusstlosigkeit anzugeben ist. Die Bewusstlosigkeit eines Patienten, die nicht im Zusammenhang mit einer Verletzung steht, muss mit R40.0 Somnolenz oder R40.1 Sopor oder R40.2 Koma, nicht näher bezeichnet verschlüsselt werden. Bei Mehrfachverletzungen werden die einzelnen Verletzungen analog der DKR⁴ 1911a entsprechend ihrer Lokalisation und ihrer Art so genau wie möglich kodiert. Kombinationskategorien für Mehrfachverletzungen (T00-T07 Verletzungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen) und Kodes aus

S00-S99, die mit einer „.7“ an 4. Stelle multiple Verletzungen kodieren, sind nur dann zu verwenden, wenn die Anzahl der zu kodierenden Verletzungen die maximale Zahl der übermittelbaren Diagnosen überschreitet. In diesen Fällen sind spezifische Kodes (Verletzung nach Lokalisation/Art) für die schwerwiegenderen Verletzungen zu verwenden und die Mehrfachkategorien um weniger schwere Verletzungen zu kodieren. Das alphabetische Verzeichnis der ICD-10¹ schlägt für eine „Mehrfachverletzung“ oder ein „Polytrauma“ den Kode T07 (nicht näher bezeichnete multiple Verletzungen) vor. Dieser Kode ist unspezifisch und deshalb nach Möglichkeit nicht zu verwenden. Im Fall von mehreren näher beschriebenen Verletzungen ist als Hauptdiagnose die Erkrankung auszuwählen, die am schwerwiegendsten ist.

Bei offenen intrakraniellen Verletzungen soll nach der DKR⁴ 1905d zuerst der Kode für die intrakranielle Verletzung angegeben werden gefolgt von einem Kode für die offene Wunde. Analog wird eine offene Schädelfraktur verbunden mit einer intrakraniellen

Verletzung mit einem Kode für die intrakranielle Verletzung angegeben und dem Kode S01.83! (offene Wunde (jeder Teil des Kopfes) mit Verbindung zu einer intrakraniellen Verletzung).

Die die DRG-beeinflussende Prozedur ist der OPS²-Kode 5-455.72 (Sigmaresektion, offen chirurgisch mit Enterostoma und Blindverschluss). Grouppt man ohne diese Prozedur erhält man statt der Fehler-DRG 901B die DRG B78A (intrakranielle Verletzung mit äußerst schweren oder schweren CC) aus der MDC 01 (Krankheiten und Störungen des Nervensystems) mit einem effektiven Relativgewicht von 2,625 und einer oGVD von 24 Tagen.

Klinisch durchaus plausibel lässt sich der vermutlich aus einer Schwäche resultierende Sturz mit Bewusstlosigkeit und Hirnkontusion auf den reduzierten Allgemeinzustand bei stenosierendem Sigmakarzinom zurückführen. Grouppt man analog der DKR⁴ D002d (zwei oder mehr Diagnosen, die gleichermaßen der Definition der Hauptdiagnose entsprechen) mit der C18.7 (stenosierendes Sigmakarzinom) als Hauptdiagno- ►

Beispiel 4

Hauptdiagnose¹:	S06.31	Umschriebene Hirnkontusion
Nebendiagnosen¹:	S06.70!	Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma, weniger als 30 Minuten
	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz
	C18.7	Stenosierendes Sigmakarzinom
	K56.6	Mechanischer Ileus
Prozeduren²:	3-220	Kraniale Computertomographie mit Kontrastmittel
	3-200	Kraniale Computertomographie nativ
	1-650.0	Diagnostische Koloskopie, partiell
	1-444.7	Endoskopische Biopsie am Dickdarm, 1-5 Biopsien
	5-455.72	Sigmaresektion, offen chirurgisch mit Enterostoma und Blindverschluss
	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
Gruppierung³:		
G-DRG:	901B	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne komplizierende Prozeduren, ohne Strahlentherapie, mit komplexer OR-Prozedur
MDC:	01	Krankheiten und Störungen des Nervensystems
Eff. Relativgewicht:		3,174
Verweildauer:		32 Tage
uGVD:		6 Tage
oGVD:		38 Tage

se erhält man die DRG G18A (Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit komplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose) aus der MDC 06 (Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane) mit einem effektiven Relativgewicht von 2,777 (2,633 + 0,144 (oGVD-Zuschlag)) und einer uGVD von 5 bzw. oGVD von 31 Tagen. Nach der DKR D002d darf vom behandelnden Arzt, wenn zwei oder mehrere Diagnosen in Bezug zu Aufnahme, Untersuchungsbefunden und/oder der durchgeführten Therapie gleichermaßen die Kriterien für die Hauptdiagnose erfüllen, diejenige als Hauptdiagnose ausgewählt werden, die für Untersuchung und/oder Behandlung die meisten Ressourcen verbraucht hat. Es ist unerheblich, ob die Krankheiten verwandt sind oder nicht.

Auch im zuletzt geschilderten Grouping bleibt die Sigmaresektion als DRG-relevante Prozedur erhalten. Ohne diese erhält man die

DRG G48Z (Koloskopie, mehr als 2 Belegungstage, mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplizierenden Eingriff mit einem effektiven Relativgewicht von 1,628 (0,848 + 0,78 (oGVD-Zuschlag)) bei einer oberen Grenzverweildauer von 20 Tagen.

Die Verweildauer des Patienten ist in Hinblick auf die verzögerte Rekonvaleszenz plausibel nachvollziehbar.

Beispiel 5

Eine 44-jährige Patientin kommt wegen stärkster rechtsseitiger Oberbauchschmerzen mit Schüttelfrost und Fieber ikterisch zur stationären Aufnahme. Laborchemisch finden sich deutlich erhöhte Entzündungsparameter sowie massiv erhöhte Transaminasen, im Verlauf gelingt der Erregernachweis von E. coli in der Blutkultur. Bei der Versicherten ist eine dilatative Kardiomyopathie vermutlich ethyltoxischer Genese bekannt. Bei bis zu

diesem Zeitpunkt fehlenden Hinweisen für einen zirrhotischen Umbau der Leber mit eingeschränkter Gerinnungsfunktion wurde ambulant bei chronischem Vorhofflimmern und glaubhafter Angabe von Alkoholkarenz eine Marcumartherapie eingeleitet. Zum Aufnahmezeitpunkt gibt die Patientin Teerstuhl in den letzten Tagen an, der INR-Wert ist deutlich erhöht. Bei ausgeprägter Blutungsanämie werden 4 Erythrozytenkonzentrate verabreicht.

Ursächlich für das zum Aufnahmezeitpunkt bestehende Geschehen findet sich sonographisch eine grenzwertig große hydro-pische Gallenblase mit deutlich dilatiertem Ductus hepaticus communis, der mit Konkrementen angefüllt ist. Nach PPSB-Gabe wird eine ERCP durchgeführt. Im Rahmen des Eingriffes finden sich Blutkoagel im Bereich der Papille mit Sickerblutungen. Nach Einlage eines Stents

entleert sich teilweise blutige Galle. Die Patientin wird mehrere Tage intensivmedizinisch überwacht, da sich im Verlauf ein ausgeprägtes Alkoholentzugsdelir entwickelt. Nach vorübergehender Stabilisierung kommt es erneut zu hochfieberhaften Temperaturen mit Notwendigkeit einer zweiten antibiotischen Abdeckung. In Hinblick auf die Alkoholproblematik wird auf eine Fortsetzung der Marcumartherapie verzichtet. Nach insgesamt 21-tägigem stationären Aufenthalt kann die Patientin entlassen werden. Ein Termin für den Stentwechsel bzw. für eine erneute ERCP mit Papillotomie und Versuch der Steinbergung wird vereinbart. In Hinblick auf die kardiale Situation nimmt vor Entlassung der Patientin der Sozialdienst der Klinik Kontakt auf zur Einleitung eines Langzeitentzugs und dem aktuellen Ziel der Sicherung der Alkoholkarenz durch Einschaltung des Hausarztes, ambulanter Grup-

Beispiel 5

Hauptdiagnose¹:	K80.31	Gallengangstein mit Cholangitis mit Gallenwegsobstruktion
Nebendiagnosen¹:	A41.51	Sepsis durch Escherichia coli
	R65.0!	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom (SIRS) infektiöser Genese ohne Organkomplikationen
	I42.6	Alkoholische Kardiomyopathie
	I48.11	Chronisches Vorhofflimmern
	F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom
	F10.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Entzugssyndrom
	K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet
	D68.3	Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen und Antikörper
	Y57.9!	Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen
	D62	Akute Blutungsanämie
Prozeduren²:	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes
	8-831.0	Legen eines Katheters in zentralvenöse Gefäße
	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege
	5-513.f0	Endoskopisches Einlegen von nicht selbstexpandierenden Prothesen an den Gallengängen, eine Prothese
	8-800.7f	Transfusion von Erythrozytenkonzentrat, 1 TE bis unter 6 TE
	8-810.f3	Transfusion von Prothrombinkomplex, 2.500 IE bis unter 3.500 IE
Gruppierung³:		
G-DRG:	H41A	Komplexe therapeutische ERCP mit äußerst schweren oder schweren CC
MDC:	07	Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
Eff. Relativgewicht:		1,568 + Zusatzentgelt (ZE) 30.01
Verweildauer:		21 Tage
uGVD:		3 Tage
oGVD:		27 Tage

pen- und fachärztlicher psychiatrischer Betreuung.

Kommentar:

Die zur Aufnahme führende Erkrankung war der Gallengangsverschluss mit konsekutiven septischen Geschehen. Entsprechend der Aussage der DKR⁴ D002d „Zuweisung der zugrunde liegenden Krankheit als Hauptdiagnose“ wurde der ICD-Schlüssel K80.31 gewählt. Diskutiert man das Vorliegen gleichwertiger Hauptdiagnosen und groupiert mit dem ICD-Schlüssel A41.51 (Sepsis durch E. coli) als Hauptdiagnose, erhält man die DRG T60B (Sepsis mit komplizierenden Prozeduren oder bei Zustand nach Organtransplantation, ohne äußerst schwere CC oder ohne komplizierende Prozeduren, außer bei Zustand nach Organtransplantation mit äußerst schweren CC) aus der MDC 18 (HIV/infektiöse und parasitäre Erkrankungen) mit einem effektiven Relativgewicht von 1,811 bei einer oGVD von 28 Tagen. Die Hauptdiagnose gastrointestinale Blutung K92.2 ergibt die DRG G73A (gastrointestinale Blutung und Ulkuserkrankung, mehr als 1 Belegungstag, mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC) aus der MDC 06 (Krankheiten

und Störungen der Verdauungsorgane) mit einem effektiven Relativgewicht von 1,137 (0,927 + 0,21 (oGVD-Zuschlag)) bei einer oGVD von 19 Tagen.

Die DRG-relevante Prozedur ist die 5-513.f0 (endoskopisches Einlegen von nicht selbstexpandierenden Prothesen an den Gallengängen, eine Prothese), ohne diese erhält man die DRG H41 mit dem Schweregrad B und dem effektiven Relativgewicht von 1,166 bei einer oGVD von 23 Tagen.

Die Prozedur 8-810.f3 (Transfusion von Prothrombinkomplex, 2.500 Einheiten bis unter 3.500 Einheiten) führt zu dem Zusatzentgelt (ZE) 30.01. Die Fallpauschalenvereinbarung 2005 (FPV 2005) listet in den Anlagen gemäß § 5 Zusatzentgelte Abs. 1 bundeseinheitliche bzw. gemäß Abs. 2 krankenhausespezifische Zusatzentgelte auf. Anlage 2 beinhaltet den bundeseinheitlich vereinbarten Zusatzentgeltkatalog (Liste), deren Definition und differenzierte Beträge sich in Anlage 5 finden. In Anlage 4 und 6 sind die nicht mit dem bundeseinheitlichen Zusatzentgeltkatalog vergüteten Leistungen als krankenhausespezifische Zusatzentgelte aufgeführt.

In der Anlage 2 findet sich ZE 30 (Gabe von Prothrombinkomplex, parenteral) mit Verweis auf die Anlage 5 (Definition und differenzierte Beträge). Hier wird nach der Spalte 2 mit der Bezeichnung in Spalte 3 eine Dosis abhängige Untergliederung des ZEs angegeben mit dem korrespondierenden OPS-Kode in Spalte 4 bzw. OPS-Text (Spalte 5).

An 6. Stelle des OPS-Schlüssel wird die Dosis kodiert. Erst ab „f3“ kommt es zur Abrechnung des Zusatzentgeltes.

Auf die Tabelle 1 mit den Anmerkungen unter 2 der DKR⁴ P005d und die DKR⁴ P012d wird verwiesen (Prozeduren die nur einmal pro stationärem Aufenthalt zu kodieren sind bzw. Prozeduren unterschieden auf der Basis von Größe, Zeit oder Anzahl). Für die Gabe von Erythrozytenkonzentraten wird ab einer Anzahl von 16 TE ein Zusatzentgelt (ZE 32) abrechenbar.

Nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz wurde in Bayern das Zusatzentgelt ZE 2005-27 laut Anlage 4 bzw. 6 FPV 2005 für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, d.h. für die Behandlung von angeborenen bzw. dauerhaft erworbenen Blutungskrank-

heiten definiert. Dieses krankenhausespezifische Zusatzentgelt hat Vorrang vor anderen Zusatzentgelten der Anlage 2 FPV 2005. Neben diesem Zusatzentgelt sind die Zusatzentgelte ZE 18 bzw. 30 und 31 der genannten Anlage nicht berechenbar. Vergütet werden die Kosten für verabreichte Faktoren und Konzentrate und Inhibitoren sowie Immunglobuline bei Gerinnungsstörungen, Thrombozytopenien und -pathien bzw. Angiopathien mit festgeschriebenen ICD-Kodes. Im vorliegenden Falle könnte entsprechend der Definition das Zusatzentgelt ZE 2005-27 abgerechnet werden, da eine akute Blutung bei oraler Antikoagulation vorlag.

¹ ICD-10. Revision Version 2005 GM

² OPS Version 2005

³ 3M G-DRG Grouper Version

⁴ Deutsche Kodierrichtlinien Version 2005

Dr. med. Michael Kulzer
Oberarzt Kardiologie
DRG-Beauftragter
Abteilung für Kardiologie
Stadtklinikum München
Sanatoriumsplatz 2, 81545 München
Dr. med. Christine Kopf-Schiller
Schwerpunktgutachterin
Krankenhaus
Dr. med. Martin Zeuner
Ressortleiter Versorgungsstrukturen
Medizinischer Dienst der
Krankenversicherung in Bayern
Putzbrunner Str. 73, 81739 München

Arbeitszeit in der Klinik

Europa-Parlament will Bereitschaftszeit weiterhin als Arbeitszeit werten

Mit knapper Mehrheit haben die Europaabgeordneten in Straßburg eine Korrektur der von der EU-Kommission vorgeschlagenen Revision der Arbeitszeitrichtlinie beschlossen. In erster Lesung sprach sich rund die Hälfte der 732 Mitglieder des Europaparlaments (EP) dafür aus, den Bereitschaftsdienst in sta-

tionären Einrichtungen und beim Rettungsdienst grundsätzlich als Arbeitszeit zu werten. Die Kommission hatte eine Aufteilung des Bereitschaftsdienstes in inaktive und aktive Phasen vorgeschlagen, wobei nur der tatsächlich geleistete Dienst der Arbeitszeit zugerechnet werden sollte.

Darüber hinaus fordern die Abgeordneten, dass die Opt-out-Klausel, die ein Abweichen von der wöchentlichen Höchstleistungszeit erlaubt, drei Jahre nach Inkraft-Treten der neuen Richtlinie abgeschafft werden soll. Um aber zum Beispiel auch kleineren Krankenhäusern und Abteilungen mit einer dünnen Per-

sonaldecke eine flexible Arbeitszeitgestaltung zu ermöglichen, sollen die Tarifparteien die Bezugszeiträume für die Berechnung der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit auf 12 Monate ausdehnen können. Auch soll es in der Hand der Verhandlungspartner liegen, Regelungen zu vereinbaren, die es erlau- ➤

ben, in Ausnahmefällen die inaktive Zeit während des Bereitschaftsdienstes nur in Teilen auf die Höchstarbeitszeit anzurechnen. Die Europaabgeordneten wollen somit die Verantwortung in erster Linie auf die Tarifpartner übertragen, den Spielraum der Richtlinie flexibel und im Interesse von Arbeitnehmern und Arbeitgebern zu nutzen.

Trotz des eindeutigen Votums stieß das Abstimm-

ungsergebnis dennoch selbst innerhalb einzelner Fraktionen auf ein unterschiedliches Echo. „Wir haben heute eine Mehrheit für humane Arbeitsbedingungen bekommen“, kommentierte der stellvertretende Vorsitzende des EP-Beschäftigungsausschusses, Thomas Mann. „Alles andere wäre völlig unpraktikabel geworden und hätte die Belastungen der Krankenhausärzte nur

verschlimmert“, so der CDU-Abgeordnete. Ganz anders seine Fraktionskollegin Dr. Anja Weisgerber von der CSU. „Die Festbeschreibung des Grundsatzes Bereitschaftsdienst gleich Arbeitszeit und die Abschaffung des opt-out führen dazu, dass Bereitschaftsdienste in der heutigen Form in Deutschland nicht mehr möglich sein werden“, kritisierte Weisgerber. Mit dieser Weichenstellung habe Europa die Chance für eine flexible und zukunftsorientierte Lösung im Krankenhaussektor vertan, urteilte sie. Zudem beschere die Entscheidung des Europaparlaments deutschen Ärzten Einkommenseinbußen von bis zu 30 Prozent. Auch der Arzt und CDU-Abgeordnete Dr. Peter Liese hätte sich gerne etwas mehr Präzision unter anderem bei der Definition des inaktiven Bereitschaftsdienstes gewünscht. Karin Jöns von der SPD hingegen begrüß-

te das Ergebnis. „Die Entscheidung des Parlaments stärkt den Gesundheitsschutz der Arbeitnehmer und stellt einen wichtigen Schritt zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf dar, was letztlich auch dem Patientenschutz zugute kommt.“ Zudem verweist Jöns darauf, dass nicht die europäische Arbeitszeitrichtlinie das eigentliche Problem sei, sondern die Reformunfähigkeit des deutschen Krankenhauswesens.

Im Juni sind nun die zuständigen Minister der nationalen Regierungen am Zuge, um über das Abstimmungsergebnis des Europaparlaments zu beraten. Falls sie anders entscheiden, wird es eine zweite Lesung geben. Dies ist relativ wahrscheinlich, da vor allem Großbritannien und auch einige der neuen Mitgliedstaaten, allen voran Polen, gegen eine Abschaffung des opt-out sind.

ps

Zahlungen an Ärzte, Kliniken, Apotheker...

Kassen mit 17 Milliarden Euro im Zahlungsrückstand

KVen und Krankenhäuser können ein trauriges Lied von der schlechten Zahlungsmoral der Kassen singen. Eine parlamentarische Anfrage des CDU-Abgeordneten Jens Spahn verlangte nun Auskunft, wie viel die Kassen den Leistungserbringern schulden. Die in der Antwort genannte Summe der Zahlungsverpflichtungen der Kassen gegenüber den

Leistungserbringern zum Stichtag 31. Dezember 2003 war hoch interessant. Summa summarum beliefen sich die Verpflichtungen (Konten-Nr. 127) auf exakt 17,693 Mrd. Euro, davon u.a. für:

Ärzte	ca. 3,9 Mrd. €
Zahnärzte	ca. 1,9 Mrd. €
Apotheken	ca. 2,6 Mrd. €
Kliniken/Heime	ca. 6,8 Mrd. €.

Quelle: dtg, 1+2-05

Trotz Ciclosporin Abstoßungsperiode bei Nierentransplantierten

Mycophenolat Mofetil besser als das preiswerte Azathioprin?

Mycophenolat Mofetil (MMF) war Mitte der neunziger Jahre vor Einführung auf den internationalen Markt in drei großen Studien zur Prävention akuter Abstoßungsperioden nach Nierentransplantation gegen Azathioprin (1,2) bzw. Plazebo (3) bei Patienten untersucht worden, die bereits Ciclosporin (CIC) erhielten. Die Ergebnisse dieser Studien wurden von Halloran et al. (4) noch einmal in einer gemeinsamen Analyse zusammengefasst: Damals wurde eine signifikant stärkere Reduktion der Zahl und Schwere akuter Transplan-

tatrejektionen durch MMF in den ersten 12 Monaten gefunden, verglichen mit Azathioprin. In dieser Zeit wurde das stark hydrophobe CIC allerdings noch in einer öligen Lösung verabreicht. Gegen Ende der neunziger Jahre setzte sich weltweit die CIC-Mikroemulsion durch, die eine konstantere Bioverfügbarkeit dieses Immunsuppressivums gewährleistet und allein dadurch die Zahl akuter Transplantatrejektionen vermindert (5). Remuzzi et al. haben nun geprüft, ob sich auch in der Kombination mit der jetzt verwendeten CIC-Mikro-

emulsion noch ein signifikanter Vorteil von MMF gegenüber Azathioprin zur Prävention akuter Abstoßungsperioden nach Nierentransplantation nachweisen lässt (6).

(...)

Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass bei nierentransplantierten Patienten, die CIC in Mikroemulsion erhalten (und die relativ hohe CIC-Blutkonzentrationen haben), die zusätzliche Gabe von MMF nicht wirksamer akute Abstoßungsperioden verhindert als die zusätzliche Gabe von Azathioprin. Zudem sind die

Kosten für MMF mehr als zehnmal höher.

Auszüge aus einem Artikel
in: Der Arzneimittelbrief Berlin, 12/2004,
Tel.: 030/7452047, Fax: 030/453066,
Internet: <http://www.der-arzneimittelbrief.de>

Literatur

- (1) Sollinger, H.W., for the US Renal Transplant Mycophenolate Mofetil Study Group: Transplantation 1995, 60, 225
- (2) The Tricontinental Mycophenolate Mofetil Renal Transplantation Study Group: Transplantation 1996, 61, 1029
- (3) European Mycophenolate Mofetil Cooperative Study Group: Lancet 1995, 345, 1321
- (4) Halloran, P., et al., for the International Mycophenolate Mofetil Renal Transplant Study Groups: Transplantation 1997, 63, 39
- (5) Keown, P., und Niese, D., on behalf of the International Sandimmun Neoral Study Group: Kidney Int. 1998, 54, 938
- (6) Remuzzi, G., et al. (MYSS = Mycophenolate Steroids Sparing Study): Lancet 2004, 364, 503