

Kodierung im G-DRG-System (FPV 2005)

**Schulung
Gynäkologie und Geburtshilfe
Braunschweig**

29.10.2004 - Wegen Insolvenz: Kliniksterben in Deutschland?

Klinikinsolvenzen: Neue Rahmenbedingungen verändern die Gesundheitsbranche - Außenstände der Krankenhäusern werden auf 2,3 Milliarden Euro geschätzt

www.kliniksterben.de

Es wäre zum Lachen, hätte es nicht einen dramatischen Hintergrund: Im Internet, das ja für fast alle exotischen Bedürfnisse ein Forum bietet, gibt es seit dem Jahr 2000 die Webseite www.kliniksterben.de. Die Webseite ist der kriselnden Krankenhausbranche gewidmet und liefert täglich neue Nachrichten über Häuser, die aus Finanznot ihr Personal entlassen oder den Betrieb ganz einstellen müssen. Aktuell wurde zum Beispiel über die drohende Insolvenz der Hochrheinklinik in Bad Säckingen und die Schließung des Sankt-Johannis-Krankenhauses in Bonn berichtet.

DRG - Rahmenbedingungen....Budget

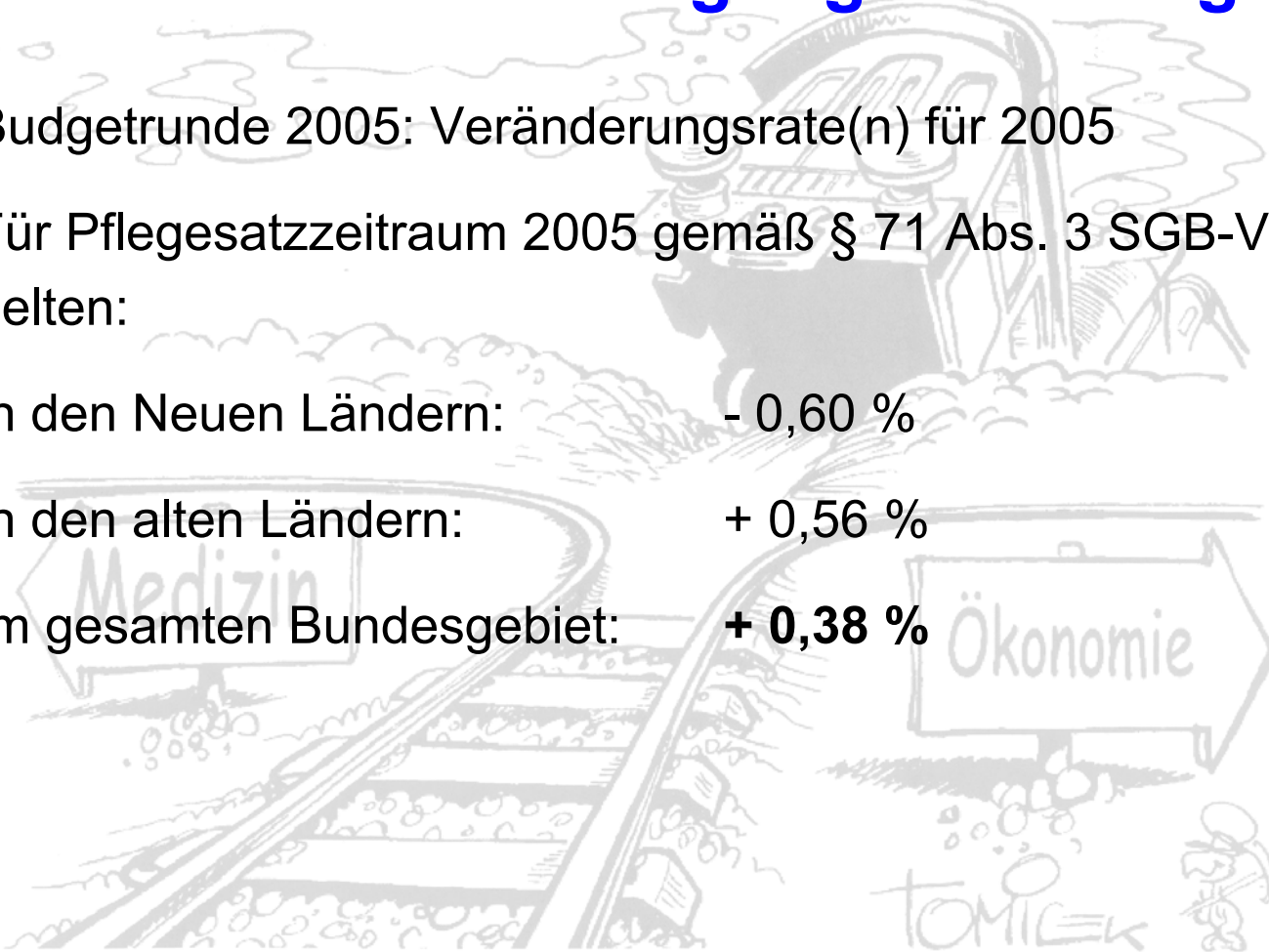
Budgetrunde 2005: Veränderungsrate(n) für 2005

Für Pflegesatzzeitraum 2005 gemäß § 71 Abs. 3 SGB-V gelten:

In den Neuen Ländern: - 0,60 %

In den alten Ländern: + 0,56 %

Im gesamten Bundesgebiet: **+ 0,38 %**



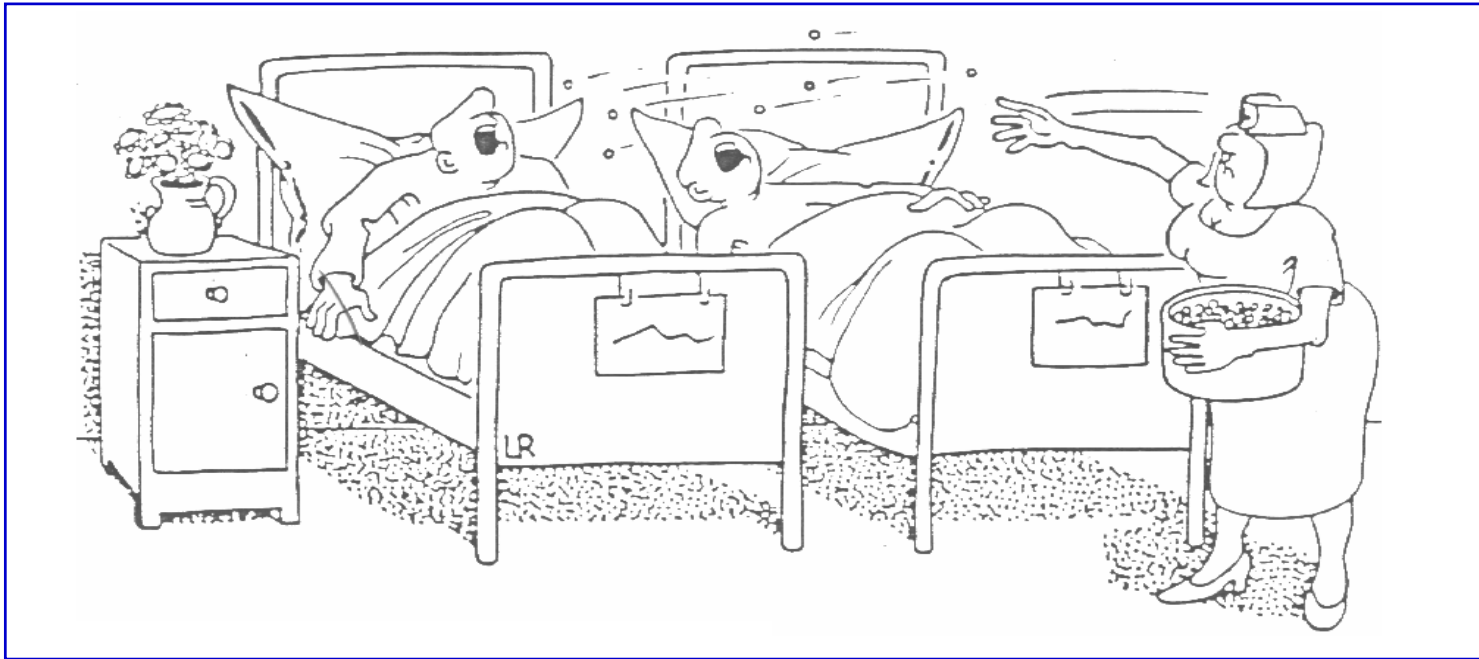
Vermittlungsausschuss: Änderung Regierungsentwurf zum 2. FPÄndG per Beschlussvorschlag vom 24. November 2004:

1. Vollständige Berücksichtigung der Grundlohnrate auch beim einzelnen Krankenhaus.
2. Abschlag für Krankenhäuser, die nicht an Notfallversorgung teilnehmen (50 € pro stationärem Fall).
3. Flexibilisierung der Innovationsregelung (NUB) § 6 Abs.2 KHEntgG.
4. Öffnung für krankenhausesindividuelle DRG-Erhöhung für hochspezialisierte Leistungen gemäß § 6 Abs. 2a KHEntgG.
5. Berücksichtigung von Mehrleistungen bei Zusatzentgelten.
6. Landesweite Basisfallwerte (ggf.2005 durch BMGS)
7. Ausbildungsfinanzierung § 17 a KHG: Krankenhausindividuelles Ausbildungsbudget.

**Vermittlungsausschuss:
Änderung Regierungsentwurf zum 2. FPÄndG
per Beschlussvorschlag vom 24. November 2004:**

	Konvergenz	Kappung
1. Jahr	15%	1,0%
2. Jahr	20%	1,5%
3. Jahr	20%	2,0%
4. Jahr	20%	2,5%
5. Jahr	25%	3,0%

Immer mehr, immer kürzer, immer schneller



Zukünftig müssen in immer kürzerer Zeit immer mehr (multimorbide und hochbetagte) Patienten mit (teilweise) immer mehr Leistungen von (auf Dauer) immer weniger und immer weniger qualifiziertem Personal durch das Krankenhaus geschleust werden.

Überblick

DRGs	878 (+54)	
Davon im FPK	845 (+39)	
Davon nicht bewertet	33 (+15)	Anlage 3
Ein-Belegungstag-DRG		
Explizit	19 (-28)	
Implizit	216	
Zusatzentgelte mit Bewertung	35 (+34)	Anlage 2
Zusatzentgelte ohne Bewertung	36 (+11)	Anlage 4

Änderung der Gruppierungshierarchie

Leistungsdifferenzierung: Differenz minimale / maximale Leistungsbewertung im Vergleich:

2004: 48,159 (P67E – A06Z)

2005: 57,515 (O64B – A18Z)

Quelle: InEK

Komplexere DRG-Definition

Intention: Reduktion der Fallgruppen
Fallkonstellationen mit ähnlicher Verweildauer und ähnlichen Kosten (Kriterium: Kostenhomogenität) werden über „komplexe“ DRGs zusammengefasst.

Beispiel: **DRG X60Z:** *Verletzungen und allergische Reaktionen*

DRG I74A: *Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß mit äußerst schweren oder schweren CC oder unspezifische Arthropathie*

Nicht bewertete DRGs (Anlage 3 FPV 2005) (n=33)

Problem !

Behandlungsfälle, die sich bislang einer Pauschalisierung entziehen (Beispiel: Schwer brandverletzte oder polytraumatisierte Patienten).

Definition über DRGs, aber keine bundeseinheitliche Bewertung.

Gynäkologie MDC 13 [N] und Geburtshilfe MDC 14 [O]: Keine

Quelle: InEK

G-DRG-System 2005

Fehler-DRG 2005

901A	O	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit komplizierenden Prozeduren oder Strahlentherapie	4,411
901B	O	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne komplizierenden Prozeduren, ohne Strahlentherapie , mit komplexer OR-Prozedur	3,174
901C	O	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne komplizierenden Prozeduren, ohne Strahlentherapie, ohne komplexer OR-Prozedur, mit anderen Eingriff an Kopf und Wirbelsäule	2,151
901D	O	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne komplizierenden Prozeduren, ohne Strahlentherapie, ohne komplexer OR-Prozedur, ohne anderen Eingriff an Kopf und Wirbelsäule	1,879
902Z	O	Nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose	1,303
960Z	M	Nicht gruppierbar	
961Z	M	Unzulässige Hauptdiagnose	
962Z	M	Unzulässige geburtshilfliche Diagnosekombination	0,577
963Z	M	Neonatale Diagnose unvereinbar mit Alter oder Gewicht	0,707

Neugeborene: Regelung nach FPV 2005

Kostenträger für Neugeborene

FPV 2005 § 1 Abs. (5)

DRG des Neugeborenen			Kostenträger		
Versorgung nur im Kreißsaal			nicht abrechenbar		
P66D oder P67D = "gesund"			der Mutter		
P60B und weniger als 24 h			nicht abrechenbar		
alle anderen DRG = "krank"			des Neugeborenen		

Begleitpersonen:

„medizinisch notwendige Begleitperson“

- 45 € pro Übernachtung
- unmittelbare Nähe zum Patienten
- Dokumentation der Notwendigkeit in Akte durch Krankenhausarzt

G-DRG-Systematik-2005 in der MDC-N [13]: Partition A=0, M=5, O=26 (n=31)

NEW:	12 DRGs
KILLED:	14 DRGs
FUSED:	07 DRGs
TEXT CHANGE:	09 DRGs

**G-DRG-Systematik-2005 in der MDC-N [13]:
Partition A=0, M=5, O=26 (n=31)**

NEW: 12 DRGs:

**N14Z, N15Z, N16Z, N17Z, N18Z, N19Z,
N20Z, N21Z, N22Z, N23Z, N24Z, N25Z**

G-DRG-Systematik-2005 in der MDC-O [14]: Partition A=1, M=10, O=7 (n=18)

NEW:	01 DRGs
TEXT CHANGE:	01 DRGs

G-DRG-Systematik-2005 in der MDC-O [14]:
Partition A=1, M=10, O=7 (n=18)

NEW: 1 DRG:

**O5Z: Bestimmte OR-Prozeduren in der
Schwangerschaft (BR: 0,861)**

Entwicklung des Casemix-Index Stand: 5.10.2004

Die so genannte Bezugsgröße (normierte mittlere Fallkosten der Inlier gemäß Kalkulation für 2005) veränderte sich aus methodischen Gründen. Sie lag im Jahr 2004 bei 2.830,92 €, im Jahr 2005 bei 2.974,89 €. **Die Veränderung beträgt damit plus 143,97 € absolut bzw. plus 5,086% relativ.**

Entwicklung des Casemix-Index Stand: 5.10.2004

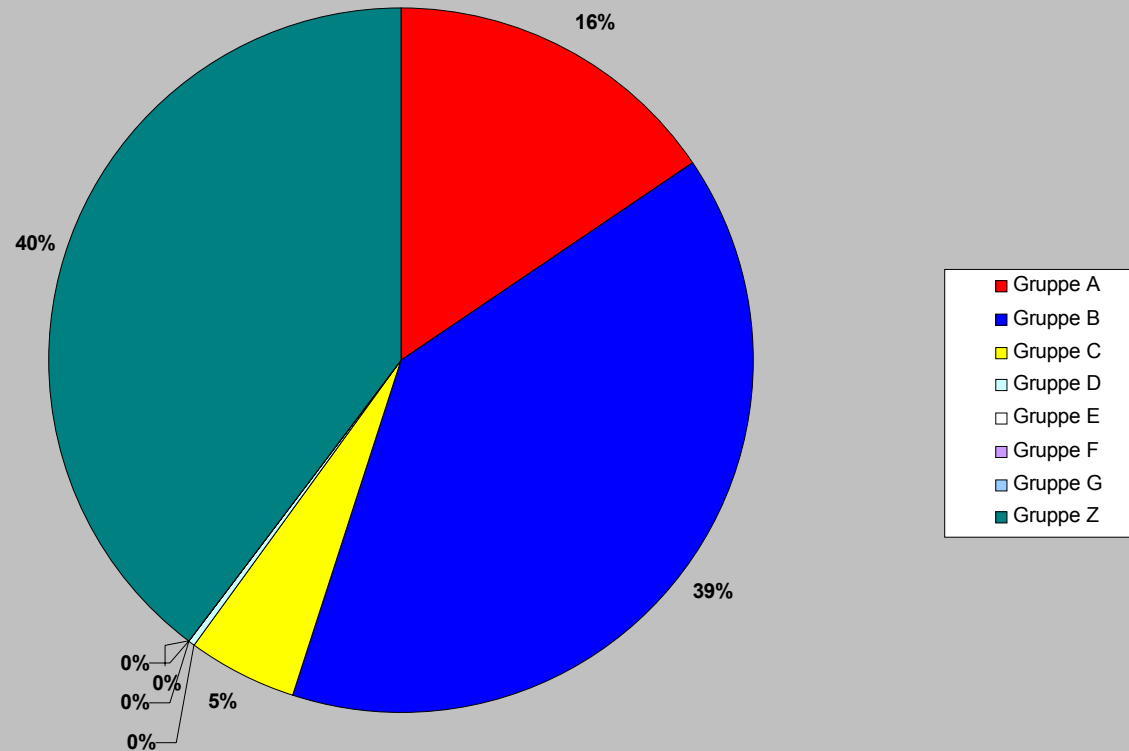
Dies führt im Ergebnis dazu, dass ohne Berücksichtigung von Klassifikationsveränderungen bei einem Vergleich der G-DRG-Version 2003/2004 und der G-DRG-Version 2003/2005 der Casemix eines Hauses um etwa 5% sinkt.

Beispiel:

Ein Haus, welches im G-DRG-System 2004 einen effektiven Casemix (CM) von 10.000 hat, wird ohne weitere Berücksichtigung von Klassifikationsveränderungen in Folge allein dieser Veränderungen im G-DRG-System 2005 einen effektiven CM von 9.516 erzielen.

G-DRG-System 2005

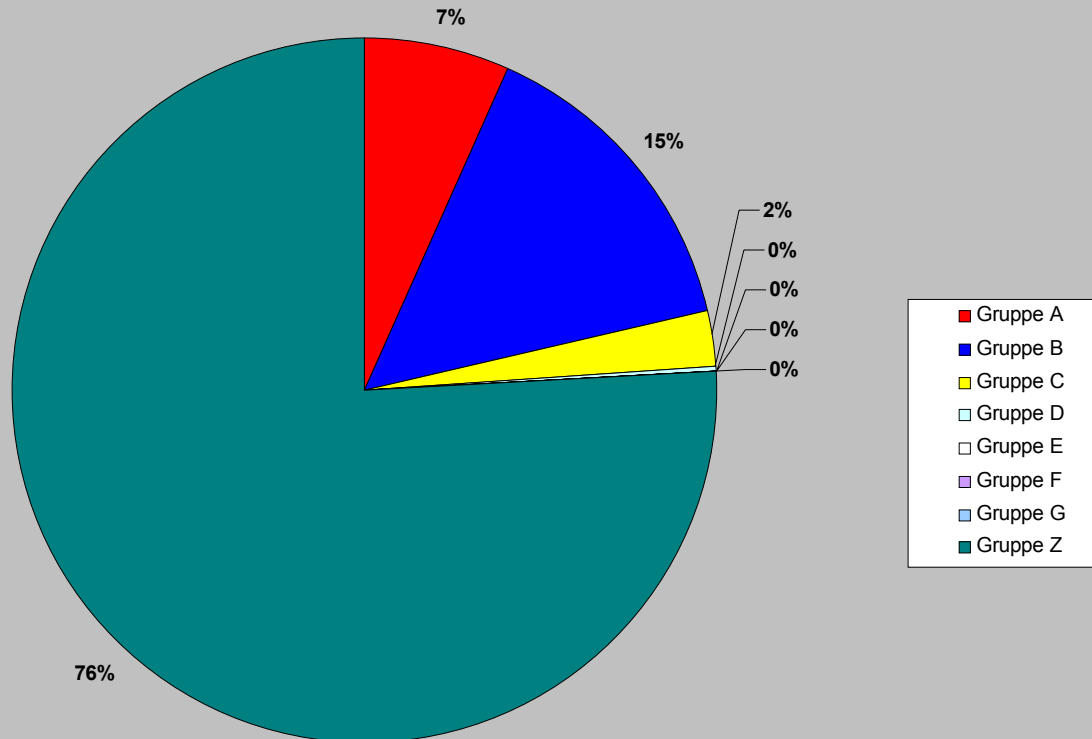
Frauen/Geburtshilfe 01.01.2004 - 31.10.2004



2004: DRG-Schweregrade GYN

G-DRG-System 2005

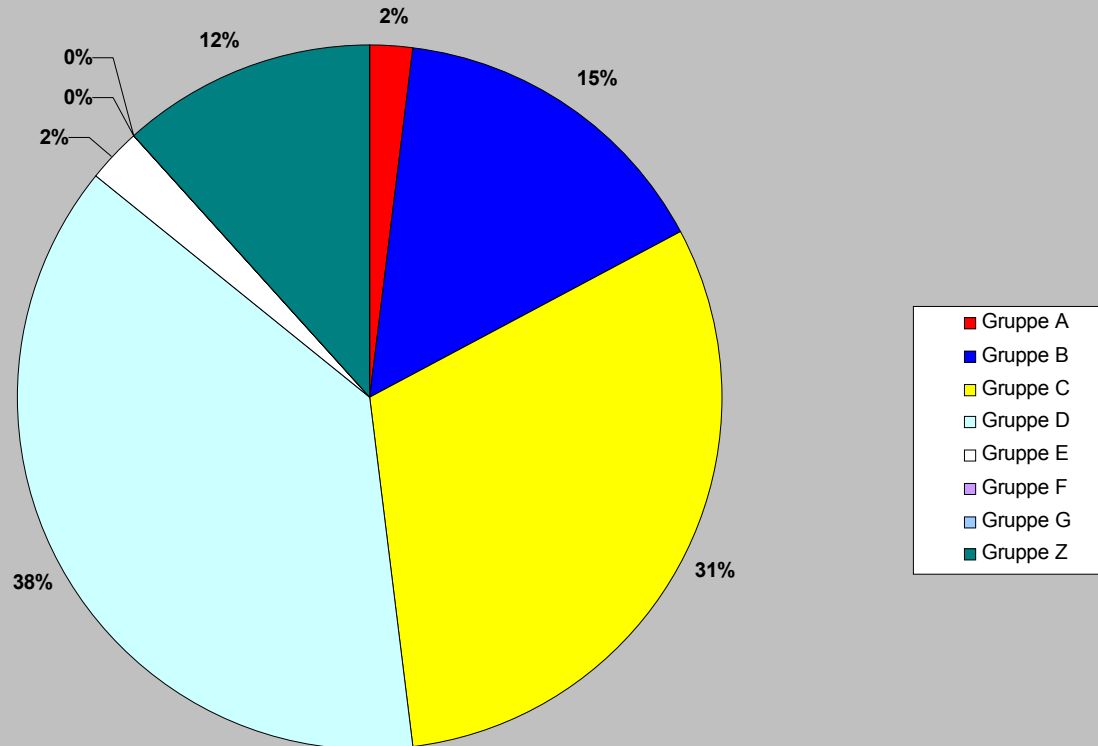
Frauen/Geburtshilfe 01.01.2004 - 31.10.2004



2005: DRG-Schweregrade GYN

G-DRG-System 2005

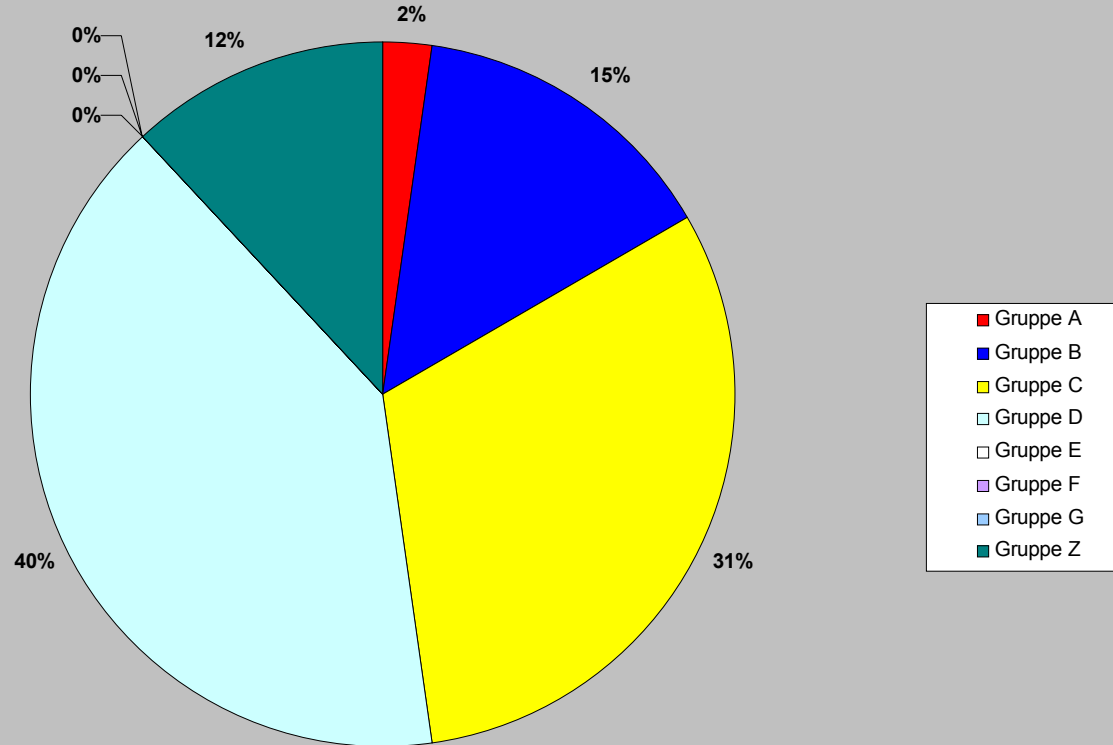
Geburtshilfe 01.01.2004 - 31.10.2004



2004: DRG-Schweregrade GBH

G-DRG-System 2005

Geburtshilfe 01.01.2004 - 31.10.2004



2005: DRG-Schweregrade GBH

G-DRG-System 2005

3M G-DRG Grouper inkl. Med.-Regelprüfung - Version 4.1. 000

Datei Datensatz Grouping Extras Hilfe Einzelplatz 3M G-DRG Grouper

Neu Laden Speichern Drucken Übersicht Batch Alternative DRG Info Anfang Zurück Vor Ende Gehe Group All Stop

Demographische Daten: Fall 84 / 5780

Patient

Alter [J] 55 Alter [T] 0 Verweild. 4 Geschlecht weiblich Beatmung [h] 0 Aufn.-Gew. [g] 0 Tagesfall nein

Entlassungsgrund 04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet Abteilungstyp 1 Hauptabteilung

Diagnosen (ICD-10 Version GM 2004)

Grouper Version G-DRG Version 2004/05

	Kode	CCL	Gültigk.	DRG	Beschreibung
Hdx ...	M16.7	0/0	✓	✗	Sonstige sekundäre Koxarthrose
Dx 2 ...	D62	2/2	✓	✗	Akute Blutungsanämie
Dx 3 ...	M05.85	0/0	✓	✗	Sonstige seropositive chronische Polyarthritis: Beckenregion und Oberschenkel [Bec
Dx 4 ...	Z96.6	0/0	✓	✗	Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten
Dx 5 ...	F172	0/0	✓	✗	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom
Dx 6 ...	I50.00	3/3	✓	✗	Primäre Rechtsherzinsuffizienz
Dx 7 ...	I11.01	3/0	✓	✗	Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hype
Dx 8 ...					
Dx 9 ...					
Dx 10 ...					
Dx 11 ...					
Dx 12 ...					
Dx 13 ...					
Dx 14 ...					
Dx 15 ...					
Dx 16 ...					
Dx 17 ...					
Dx 18 ...					
Dx 19 ...					
Dx 20 ...					
Dx 21 ...					
Dx 22 ...					
Dx 23 ...					
Dx 24 ...					
Dx 25 ...					
Dx 26 ...					
Dx 27 ...					
Dx 28 ...					
Dx 29 ...					

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

	Kode	OR	Gültigk.	DRG	Beschreibung
Px 1 ...	582000	✓	✓	✓	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementie
Px 2 ...	8930	✓	✓	✗	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruk
Px 3 ...	88000	✗	✓	✗	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Voll
Px 4 ...	88002	✗	✓	✗	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Ery
Px 5 ...					
Px 6 ...					
Px 7 ...					
Px 8 ...					
Px 9 ...					
Px 10 ...					
Px 11 ...					
Px 12 ...					
Px 13 ...					
Px 14 ...					
Px 15 ...					
Px 16 ...					
Px 17 ...					
Px 18 ...					
Px 19 ...					
Px 20 ...					
Px 21 ...					
Px 22 ...					
Px 23 ...					
Px 24 ...					
Px 25 ...					
Px 26 ...					
Px 27 ...					
Px 28 ...					
Px 29 ...					

Grouper Med.-Regelprüfung: 1 Meldung

(Kostengewichte: Fallpauschalenkatalog G-DRG Version 2005)

MDC 08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe

DRG 1482 Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne komplexen Eingriff, ohne äußerst schwere CC

CCCL 3 schwere CC Grp.-Status 00 Normale Gruppierung Rel.-Gew. 2,377 Entg.-Status 00

Entgelt inkl. ZuAbschläge 6.073,67 € Basisbetrag 6.819,61 € Abschlag 745,94 € Eff.-Gew. 2,117 1. Tag Abschlag 4 Mittlere Verw. 16,3 1. Tag Zusatzentg. 25 Verwend. Verw. 4

Start 3 Micro... D:\Marie... ORBIS21... ORBIS... ORBIS... ORBIS A... Microsoft... WinZip - ... Microsoft... 3M G-D... DE 23:56

G-DRG-System 2005

3M G-DRG Grouper inkl. Med.-Regelprüfung - Version 4.1 000

Datei Datensatz Grouping Extras Hilfe Einzelplatz 3M G-DRG Grouper

Neu Laden Speichern Drucken Übersicht Batch Alternative DRG Info Anfang Zurück Vor Ende Gehe Group All Stop

Demographische Daten: **Fall 84 / 5780**

Patient

Alter [J] 55 Alter [T] 0 Verweild. 4 Geschlecht weiblich Beatmung [h] 0 Aufn.-Gew. [g] 0 Tagesfall nein

Entlassungsgrund 04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet Abteilungstyp 1 Hauptabteilung

Diagnosen (ICD-10 Version GM 2004)

Grouper Version G-DRG Version 2004/05

	Kode	CCL	Gültigk.	DRG	Beschreibung
HDx	M16.7	0/0	✓	✗	Sonstige sekundäre Koxarthrose
Dx 2	D62	2/2	✓	✗	Akute Blutungsanämie
Dx 3	M05.85	0/0	✓	✗	Sonstige seropositive chronische Polyarthritis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken]
Dx 4	Z96.6	0/0	✓	✗	Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten
Dx 5	F172	0/0	✓	✗	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom
Dx 6	I50.00	3/3	✓	✗	Primäre Rechtsherzsuffizienz
Dx 7	I11.01	3/0	✓	✗	Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
Dx 8	I48.01	2/2	✓	✗	Vorhofflimmern: Chronisch
Dx 9					
Dx 10					
Dx 11					
Dx 12					
Dx 13					
Dx 14					
Dx 15					
Dx 16					
Dx 17					
Dx 18					
Dx 19					
Dx 20					
Dx 21					
Dx 22					
Dx 23					
Dx 24					
Dx 25					
Dx 26					
Dx 27					
Dx 28					
Dx 29					
Dx 30					

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

	Kode	OR	Gültigk.	DRG	Beschreibung
Px 1	582000	✓	✓	✓	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementierte
Px 2	8930	✓	✓	✗	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes
Px 3	88000	✗	✓	✗	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Vollblut
Px 4	88002	✗	✓	✗	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat
Px 5					
Px 6					
Px 7					
Px 8					
Px 9					
Px 10					
Px 11					
Px 12					
Px 13					
Px 14					
Px 15					
Px 16					
Px 17					
Px 18					
Px 19					
Px 20					
Px 21					
Px 22					
Px 23					
Px 24					
Px 25					
Px 26					
Px 27					
Px 28					
Px 29					
Px 30					

Grouper Med.-Regelprüfung: 1 Meldung

(Kostengewichte: Fallpauschalenkatalog G-DRG Version 2005)

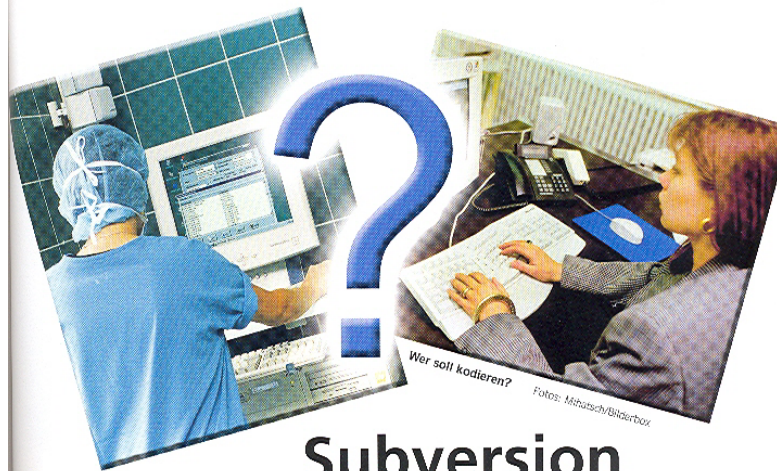
MDC 08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe

DRG I05Z Anderer großer Gelenkersatz oder Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne komplexen Eingriff, mit äußerst schweren CC

PCCL 4 äußerst schwere CC Grp.-Status 00 Normale Gruppierung Rel.-Gew. 2,861 Entg.-Status 00

Entgelt inkl. Basisbetrag 8.208,21 € 1. Tag Abschlag 5 Mittlere Verw. 18,6
Zu/Abschläge 6.601,57 € Abschlag 1.606,64 € Eff.-Gew. 2,301 1. Tag Zusatzentg. 32 Verwend. Verw. 4

Start 3 Micro... D:\Marie... ORBIS21... ORBIS@... ORBIS - ... ORBIS A... Microsoft... WinZip... Microsoft... 3M G-D... DE 23:54



Subversion der Kliniker

Die Überlastung der Krankenhausärzte durch zuviel Administration hat beim Kodieren fatale Folgen: Jede vierte Diagnose und jede fünfte Prozedur ist falsch oder unvollständig verschlüsselt. Was tun, wenn die Mediziner nicht wollen, was sie sollen?

Kodierqualität in Krankenhäusern: inkorrekt und unvollständig

zu belegen. Wer sich aber Zähne knirschend ins Unvermeidbare fügt, stellt nicht selten fest: Die Kodiersystematik ist nicht differenziert genug.

Das Maß ist randvoll

Der Kliniker erlebt das Kodieren in der Regel als arztfremde Tätigkeit. Über 80 Prozent, so das Ergebnis einer Umfrage unter hessischen Krankenhausärzten, halten das Maß an bürokratischer Arbeit ohnehin für randvoll. Bis zu 40 Prozent der täglichen Arbeit von Ärzten, Schwestern und Pflegekräften werden durch fachfremde administrative Aufgaben blockiert. Gerade der ausufernde Dokumentationsdruck, durch die Gesundheitsreform noch steigerungsfähig, belastet die Krankenhausmediziner arg und ruft bei so manchem Kliniker kaum noch zügelbare Aggression hervor.

Der Widerstand könnte ein Kündigungsgrund sein, denn „die Leistungserbringer sind gehalten, in jedem Fall eine korrekte Abbildung ihrer Tätigkeit zu gewährleisten“, wie es im Amtsdeutsch heißt. Wer sich renitent zeigt, inkorrekt und unvollständig kodiert, bekommt je nach Situation in dreierlei Hinsicht Ärger: Entweder er verringert

den Erlös oder sein Fehler behaftetes Tun führt zu überhöhten Erlösen oder er induziert eine Fehlbelegung.

Gerald Linczak, Leiter der Medizinischen Dokumentation und des Controllings der Berliner Charité, führte zwei Jahre lang Buch über die Kodierqualität der Ärzte in der unfallchirurgischen Klinik. Dabei wurde die elektronische Datenerfassung der Chirurgen noch am jeweils selben Tag auf „Regelkonformität“ überprüft (mdt, Heft 2/Juni 2004). Resultat: 23 Prozent der Diagnosen und 21 Prozent der Prozeduren mussten neu verschlüsselt werden.

Die Fehlerquellen

Vorwiegend unspezifische Schlüssel bildeten die Masse der Fehlverschlüsselungen. Bei den Diagnosen zogen sich Fehler über mehrere Schlüssel. In den Prozedurenverschlüsselungen fielen Linczak immer wieder dann Fehler auf, „wenn die operative Therapie mit nur einem statt mehreren Schlüsseln dokumentiert wurde.“ Generell sind zwei Fehlerquellen auszumachen: Entweder es wird nicht korrekt codiert, der Schlüssel stimmt also nicht, oder es wird unvollständig verschlüsselt, es fehlen Schlüssel. ▶

Die nachvollziehbare Subversion der Kliniker gegen die bürokratische Überforderung (wozu soll man medizinische Leistungen verschlüsseln?) bekommt bedrohliche Dimensionen. Denn die lästige Pflicht ist erstmals erfolgsrelevant. Mit der Einführung der DRGs wird die korrekte und vollständige Verschlüsselung von medizinischen Leistungen, rund 25.000 unterschiedlichen Prozeduren (OPS-301) und über 10.000 verschiedenen Diagnosen (ICD-10-GM), überlebenswichtig. Diese Daten bilden die Grundlage für die Generierung der entsprechenden Fallpauschalen (DRG). Mit jeder Kodierung schreibt der Krankenhausarzt quasi eine Rechnung an die Krankenkasse.

Die Erlösrelevanz hat sich zwar mittlerweile herumgesprochen. Doch mit der Einsicht verschwindet nicht der Widerwillen, die eigene Kunst zu dokumentieren, sie mit seltsamen Chiffren

Informationsquellen

- **Internet:** www.dimdi.de www.g-drg.de www.mydrg.de u.s.w. z.B. Änderungskataloge etc.
- **Bücher / „Intranet“:** News vom Medizin-Controlling im gleichnamigen Ordner.
- **Amtl. Klassifikationssysteme** (ICD-10-GM-2005 OPS-301-2005, DKR 2005, FPV 2005). Alphabetische Verzeichnisse für ICD und OPS.
- **Kodierleitfaden:** Kodierleitlinie Gynäkologie / Geburtshilfe.
- **Frühbesprechung:** Info MedCo
- **DRG-Beauftragter:** Info aus DRG-Arbeitskreis

Rechtsgrundlagen

NEU! Deutsche Kodierrichtlinien 2005

	2004	2005
Allg. DKR	29	27
Spez. DKR	164	87
Gesamt	193	114

NEU! Kodierrichtlinien DKR 2005

- Redaktionelle Überarbeitung.
- Anpassung an die ICD-10-GM Version 2005.
- Anpassung an den amtlichen OPS-301-Version 2005.
- Anpassung an die G-DRG-Klassifikation 2005.
- Inhaltliche Klarstellung einzelner Richtlinien.
- Kondensierung und Streichung zahlreicher DKR zur Vermeidung inhaltlicher Redundanzen. Medizinische und klassifikatorische Erläuterungen.

DKR 2005:

80 von 193

DKR wurden gestrichen !

P002a	Hauptprozedur
P010a	Prozeduren medizinischer Fachberufe
P011a	Pädiatrische Prozeduren
0104a	Urosepsis
0202b	Komplikationen im Zusammenhang mit Neubildungen
0203a	Rezidiv eines primären Malignoms
0204a	Ausgedehnte Exzision eines Tumorgebietes
0205b	Malignomnachweis nur in der Biopsie
0210a	Optionale Codes für die Morphologie
0216a	Malignom der Lippe
0217a	Familiäre adenomatöse Polypose
0218a	Hereditäres nichtpolypöses Kolonkarzinom
0219a	Intraepitheliale Neoplasie der Prostata
0301c	Knochenmark-/Stammzellentnahme und -transplantation
0302a	Bluttransfusion
0303c	Versagen und Abstoßungsreaktion nach Transplantation
0402a	Hyperglykämie
0503a	Persönlichkeitsstörungen
0506a	Psychische Krankheit als Komplikation einer Schwangerschaft
0508a	Morbus Alzheimer
0602a	Aphasie/Dysphasie
0604a	Autonome Dysreflexie
0605a	Shuddering Attacks
0606a	Mitochondriale Zytopathie
0607a	Schädelbasis-Chirurgie
0608a	Intrakranielle stereotaktische Bestrahlung
0609a	Intrakranielle stereotaktische Neurochirurgie
0610b	Liquordrainage, Liqueurshunt
0701a	Diabetische Katarakte
0703a	Reihenfolge der Angabe von Glaukom und Katarakt
0705c	Strabismus (Schielen)
0706a	Kontaktlinsen-Intoleranz
0707a	Verblitzung der Schweißer
0708a	Rost-Ring der Kornea
0709a	Keams-Sayre-Syndrom
0710a	Postoperatives Hyphäma
0711a	Trabekulektomie
0802a	Lalmoir
0803a	Entfernung von Paukenröhrchen
0907a	Sekundäre Hypertonie (I15.-)
0910c	Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO)
1002a	Asthma bronchiale
1003c	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COLD)
1104a	Helicobacter/Campylobacter
1106a	Perianale Blutung
1201a	Phlegmone
1202a	Versorgung einer Verletzung der Haut und des subkutanen Gewebes
1203a	Destruktion/Exzision einer Neubildung der Haut
1206a	Blepharoplastik
1207b	Hauttransplantation
1301a	Chronischer Kreuzschmerz
1302a	Bandscheibenprolaps

G-DRG-System 2005

DKR 2005:

**80 von 193
DKR wurden
gestrichen !**

1303a	Bandscheibenläsion
1304a	Retrolisthese
1305a	Spondylodese
1306c	Luxation einer Hüftendoprothese
1307a	Meniskus-/Bänderriss
1308a	Weichteilverletzungen
1309a	Kompartmentsyndrom
1402a	Hydrozele
1404a	Young-Syndrom
1405a	Klinische gynäkologische Untersuchung unter Anästhesie
1502a	Blasenmole
1503a	Abortivei
1513a	Beckenendlagegeburt und Exaktion des Kindes
1523a	Selektiver Fetoizid
1526a	Manuelle Plazentalösung
1527a	Definition des Puerperiums (Möchenbetts)
1528a	Nachgeburtliche Stillhindernisse
1529a	Hemmung der Laktation
1801a	Befunde und Symptome
1802a	Ataxie
1901a	Verstauchungen und Zerrungen
1904a	Zerquetschung
1906a	Offene Verletzungen mit Gefäß-, Nerven- und Sehnenbeteiligung
1907a	Offene intrakranielle Verletzung
1908a	Offene intrathorakale/intraabdominale Verletzung
1912a	Akute und alte Verletzungen
1913a	Folgeerscheinungen von Verletzungen, Vergiftungen, toxischen Wirkungen und anderen äußeren Ursachen
1919a	Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung

Version 2005: Prozedurklassifikation (OPS Version 2005)

Tabelle 3: Übersicht über die in den DKR 2005 mit „d“ gekennzeichneten Kodierrichtlinien (52 DKR)

D002d	Hauptdiagnose
D003d	Nebendiagnosen
D004d	Syndrome
D005d	Folgezustände und geplante Folgeeingriffe
D011d	Doppelkodierung
D012d	Mehrfachkodierung
D014d	Im Alphabetischen Verzeichnis verwendete formale Vereinbarungen
P001d	Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren
P003d	Hinweise und formale Vereinbarungen für die Benutzung des OPS
P005d	Multiple/bilaterale Prozeduren
P012d	Prozeduren, unterschieden auf der Basis von Größe, Zeit oder Anzahl
P013d	Wiedereröffnung eines Operationsgebietes/ Reoperation
P014d	Prozeduren, die normalerweise nicht verschlüsselt werden
P015d	Organentnahme und Transplantation
P016d	Verbringung
0101d	HIV/AIDS
0103d	Bakteriämie, Sepsis, SIRS und Neutropenie
0201d	Auswahl und Reihenfolge der Codes
0209d	Malignom in der Eigenanamnese
0211d	Chemotherapie bei Neubildungen
0212d	Insufflation von zytotoxischen Materialien in die Harnblase
0213d	Strahlentherapie
0214d	Lymphangiosis carcinomatosa
0215d	Lymphom
0401d	Diabetes mellitus
0403d	Zystische Fibrose
0501d	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
0601d	Schlaganfall
0603d	Tetraplegie und Paraplegie, nicht traumatisch
0901d	Ischämische Herzkrankheit
0904d	Hypertensive Herzkrankheit (I11.-)
0905d	Hypertensive Nierenerkrankung (I12.-)
0906d	Hypertensive Herz- und Nierenerkrankung (I13.-)
0908d	Zusätzliche Prozeduren im Zusammenhang mit Herzoperationen
0909d	Revisionen oder Reoperationen an Herz und Perikard
0911d	Schrittmacher/Defibrillatoren
1001d	Maschinelle Beatmung
1105d	Gastrointestinale Blutung
1204d	Knochentransplantationen bei kraniofazialen Eingriffen
1205d	Plastische Chirurgie
1401d	Dialyse
1403d	Anogenitale Warzen

DKR 2005:

**Von den
verbleibenden
114 wurden 52
angepasst
(Zusatz: „d“)**

DKR 2005:

Von den
verbleibenden
114 wurden 52
angepasst
(Zusatz: „d“)

0101d	HIV/AIDS
0103d	Bakteriämie, Sepsis, SIRS und Neutropenie
0201d	Auswahl und Reihenfolge der Codes
0209d	Malignom in der Eigenanamnese
0211d	Chemotherapie bei Neubildungen
0212d	Insitillation von zytotoxischen Materialien in die Harnblase
0213d	Strahlentherapie
0214d	Lymphangiosis carcinomatosa
0215d	Lymphom
0401d	Diabetes mellitus
0403d	Zystische Fibrose
0501d	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
0601d	Schlaganfall
0603d	Tetraplegie und Paraplegie, nicht traumatisch
0901d	Ischämische Herzkrankheit
0904d	Hypertensive Herzkrankheit (I11.-)
0905d	Hypertensive Nierenerkrankung (I12.-)
0906d	Hypertensive Herz- und Nierenerkrankung (I13.-)
0908d	Zusätzliche Prozeduren im Zusammenhang mit Herzoperationen
0909d	Revisionen oder Reoperationen an Herz und Perikard
0911d	Schrittmacher/Defibrillatoren
1001d	Maschinelle Beatmung
1105d	Gastrointestinale Blutung
1204d	Knochentransplantationen bei kraniofazialen Eingriffen
1205d	Plastische Chirurgie
1401d	Dialyse
1403d	Anogenitale Warzen
1508d	Dauer der Schwangerschaft
1512d	Abnorme Kindslagen und -einstellungen
1804d	Inkontinenz
1805d	Fieberkrämpfe
1806d	Schmerzdiagnosen und Schmerzbehandlungsverfahren
1905d	Offene Wunden/Verletzungen
1910d	Verletzung des Rückenmarks (mit traumatischer Paraplegie und Tetraplegie)
1914d	Verbrennungen und Verätzungen
1917d	Unerwünschte Nebenwirkungen von Arzneimitteln (bei Einnahme gemäß Verordnung)
1918d	Unerwünschte Nebenwirkungen/Vergiftung von zwei oder mehr in Verbindung eingenommenen Substanzen (bei Einnahme entgegen einer Verordnung)

deutet die Streichung einer Kodierrichtlinie in zahlreichen

NEU! Kodierrichtlinien DKR 2005

Anpassung an die ICD-10-GM Version 2005

- DKR P016d Verbringung (§2 KHEntgG Abs.2 Nr.2).
Ausnahme: Dialyse
- DKR P012d Verabreichte Menge / Dosis von
Medikamenten bei ZE.
- DKR 0103d Abgrenzung Sepsis / SIRS (DIVI).
Streichung von Exklusiva der ICD A40.-
Streptokokkensepsis: Erweiterte
Möglichkeiten.
- DKR 0201d Systemische Chemotherapie bei
Neubildungen: Primärtumor als HD.
- DKR 0401d Diabetes mellitus.

NEU! Kodierrichtlinien DKR 2005

Anpassung an die ICD-10-GM Version 2005

- DKR 0215d Lymphom: C79.5 für Knochenbeteiligung als Ausnahme erlaubt.
- DKR 1508d Angabe Schwangerschaftsdauer: Bei **jeder** zum Zeitpunkt der Aufnahme bestehenden SS.
- DKR D001d Keine wesentlichen Änderungen.
- DKR D002d Hauptdiagnose: Nach Entlassung eingehende Befunde sind relevant.

NEU! Kodierrichtlinien DKR 2005

Anpassung an die ICD-10-GM Version 2005

- DKR D002d Hauptdiagnose: **Nach Entlassung eingehende Befunde sind relevant.**
Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen (Z03.0 –Z03.9): Als HD nur, wenn sich Krankheitsverdacht **nicht** bestätigt und **keine** Behandlung erforderlich ist.
Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinische Maßnahmen: Als HD nur, wenn kein spezifischerer Kode existiert. Gilt auch für T80-T88.

NEU! Kodierrichtlinien DKR 2005

Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Maßnahmen

- E89.- Endokrine und Stoffwechselstörungen nach medizinischen Maßnahmen, andernorts nicht klassifiziert.
- G97.- Krankheiten des Nervensystems nach medizinischen Maßnahmen, andernorts nicht klassifiziert.
- H59.- Affektionen des Auges und der Augenanhangsgebilde nach medizinischen Maßnahmen, andernorts nicht klassifiziert.
- H95.- Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes nach medizinischen Maßnahmen, andernorts nicht klassifiziert.
- I97.- Kreislaufkomplikationen nach medizinischen Maßnahmen, andernorts nicht klassifiziert.

NEU! Kodierrichtlinien DKR 2005

Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Maßnahmen

- J95.- Krankheiten des Verdauungssystems nach medizinischen Maßnahmen, andernorts nicht klassifiziert.
- M96.- **Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen, andernorts nicht klassifiziert.**
- N99.- Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen, andernorts nicht klassifiziert.
- **Anmerkung:** Tabelle hat Vorrang vor den Codes der Gruppe T80-T88 !!! (Spezifisch vor unspezifisch).

NEU! Kodierrichtlinien DKR 2005

Anpassung an die ICD-10-GM Version 2005

- DKR D003d Nebendiagnosen: Symptome:
Ein Symptom wird nicht kodiert, wenn es im Regelfall als eindeutige und unmittelbare Folge mit der zugrundeliegenden Krankheit vergesellschaftet ist. Stellt ein Symptom jedoch ein eigenständiges, wichtiges Problem für die medizinische Betreuung dar, so wird als Nebendiagnose kodiert (siehe auch ICD-10-GM Kapitel XVIII).

Beispiel: M54.4 Lumboischialgie

NEU! Kodierrichtlinien DKR 2005

Anpassung an die ICD-10-GM Version 2005

- DKR D003d Nebendiagnosen: Abnorme Befunde:
Abnorme Labor-, Röntgen-, Pathologie- und andere diagnostische Befunde werden nicht kodiert, es sei denn, sie haben eine klinische Bedeutung im Sinne einer therapeutischen Konsequenz oder weiterführenden Diagnostik (nicht allein Kontrolle der abnormen Werte)

Beispiel: Erhöhte Gamma-GT*

- * Für die ärztliche Kommunikation sehr wohl von Bedeutung (z.B. Arztbrief, Krankenakte etc.)

NEU! Kodierrichtlinien DKR 2005

Anpassung an die ICD-10-GM Version 2005

- DKR D005d Folgezustände und Folgeeingriffe:

Auch bei Aufnahme zu einer zweiten oder weiteren Operation nach einem Ersteingriff, die zum Zeitpunkt des Ersteingriffes im Rahmen der Gesamtbehandlung bereits als Folgeeingriff geplant war, wird die ursprüngliche Krankheit als Hauptdiagnose kodiert. Das gilt auch dann, wenn die ursprüngliche Krankheit nicht mehr vorhanden ist.

Beispiel: Metallentfernung (Z47.0).

NEU! Kodierrichtlinien DKR 2005

Anpassung an OPS-301 Version 2005

- DKR D011d **Doppelkodierung:** Anpassung an das mit dem OPS Version 2005 **neu eingeführte Zusatzkennzeichen für Beidseitigkeit**
 1. Dieselbe Schlüsselnummer für die Diagnose wird nur einmal angegeben.
 2. Gibt es in der ICD eine eigene Schlüsselnummer für eine doppelseitige Erkrankung, so ist diese zu verwenden.
 3. Fehlen in der ICD Angaben zur Lokalisation, so kann das Zusatzkennzeichen „B“ für „beidseitig“ hinter der Schlüsselnummer angegeben werden.

Beispiel: Leistenhernie. Endoprothese

NEU! Kodierrichtlinien DKR 2005

- DKR D014d **Alphabetisches Verzeichnis statt früherem Diagnosethesaurus: Maßgeblich ist stets das Systematische Verzeichnis!**
- DKR P001d Reihenfolge der Kodierung von Prozeduren: Kein Einfluss auf Gruppierung.

Eingriffsverwandte diagnostische Maßnahmen sind nicht gesondert zu kodieren, wenn in derselben Sitzung und regelhaft Bestandteil der interventionell-therapeutischen Prozeduren und wenn im OPS nicht anders geregelt.

Beispiel: Diagnostische Arthroskopie vor arthroskopischer Meniskektomie wird nicht verschlüsselt.

NEU! Kodierrichtlinien DKR 2005

Anpassung an OPS-301 Version 2005

- DKR P001d Andere Prozeduren, wie z.B. Schmerztherapie (**mit Ausnahme des OPS-Kodes 8-919: Komplexe Akutschmerzbehandlung**), enterale und parenterale Ernährung sind nur dann zu kodieren, wenn sie als alleinige Maßnahme durchgeführt wurden.

NEU! Kodierrichtlinien DKR 2005

Anpassung an OPS-301 Version 2005

- DKR P003d **Hinweis auf neuen Prozedurenschlüssel:**

Alle Schlüsselnummern, die mit einem Zusatzkennzeichen (**R**=rechts, **L**=links, **B**=beidseitig) versehen werden müssen, sind \longleftrightarrow oder \longleftrightarrow in dieser Fassung mit dem Zeichen gekennzeichnet.

NEU! Kodierrichtlinien DKR 2005

Anpassung an OPS-301 Version 2005

- DKR P005d **Ab 2005 sieht der OPS die verpflichtende Angabe der Zusatzkennzeichen (R=rechts, L=links, B=beidseitig) für paarige Organe und Körperteile vor.**
Wird eine Prozedur in der gleichen Sitzung beiderseits durchgeführt, ist diese mit dem Zusatzkennzeichen „B“ zu versehen.

NEU! OPS-301-2005

Notwendige Anpassungen:

5-652 Ovariektomie

- ~~5-652.0~~ ~~Partiell, einseitig~~
- ~~5-652.1~~ ~~Partiell, beidseitig~~
- ~~5-652.2~~ ~~Total, einseitig~~
- ~~5-652.3~~ ~~Total, beidseitig~~
- **5-652.5** **Partiell**
- **5-652.6** **Total**

Spezielle Kodierrichtlinien DKR 2005

Anpassung an die ICD-10-GM Version 2005

- DKR 0501d **Psychische und Verhaltensstörungen (F10.-)** durch psychotrope Substanzen (Akuter Rausch).
- DKR 0603d **Tetraplegie und Paraplegie**, nicht traumatisch: Unterscheidung zwischen akuter und chronischer Querschnittslähmung auf der 5.Stelle. 0.-bzw.1.:akut, 2. bzw. 3.: Späte Phase.
- DKR 0904d **Hypertensive Herzkrankheit (I11.-)**. Analog: DKR 0905d (I12.-), DKR 0906d (I13.-).
- DKR 0911d **Schrittmacher / Defibrillation**: Aufnahme zum Aggregatwechsel: Z45.0 als HD.

Spezielle Kodierrichtlinien DKR 2005

Anpassung an den OPS-301 Version 2005

- DKR 1001d **Maschinelle Beatmung:**
Erfassung der Beatmungszeit nicht mehr über den Kode 8-718 (Dauer der maschinellen Beatmung), sondern über separates Datenfeld nach § 301-SGB-V sowie § 21 KHentgG.
Regelung der Angabe von Beatmungszeiten bei Verlegungen.

Spezielle Kodierrichtlinien DKR 2005

Anpassung an die ICD-10-GM Version 2005

- DKR 1205d **Plastische Chirurgie:**
Differenzierung nach medizinischer und kosmetischer (Z42.-) OP-Indikation über Hauptdiagnose.
- DKR 1401d **Dialyse:** Kodierung Z49.1(Extrakorporale Dialyse) entfällt.
- DKR 1506d **Spontane vaginale Entbindung** eines Einlings. Anm.: Endlich Klarstellungen
- DKR1804d **Inkontinenz:** Auch zu nutzen bei Indikation für entsprechende operative Behandlung.
- DKR 1806d **Schmerzdiagnosen und Schmerzbehandlung** (Regelung für R52.0).

Spezielle Kodierrichtlinien DKR 2005

Anpassung an die ICD-10-GM Version 2005

- DKR 1905d **Offene Wunden / Verletzungen:** Auch bei Verletzungen intrakraniell / intrathorakal / intraabdominell ist ein Kode für den Schweregrad der WT-Verletzung anzugeben

Ansteuerung der I42Z (G-DRG-2005):

***Multimodale Schmerztherapie
bei Krankheiten u. Störungen an Muskel-
Skelett-System u. Bindegewebe***

Prozedur: 8-918

***Multimodale
Schmerztherapie***

Cave:

**Diverse Voraussetzungen für
diese Kodevergabe!**

Prozedur: 8-918 *Multimodale Schmerztherapie*

Voraussetzungen:

Leitung	FA mit Zusatzqualifikation
Fachdisziplin	Somatisch+Psychiatrie+Psychosomatik oder Psychologie
Erkrankungsschwere	Manifeste/drohende Beeinträchtigung, Fehlschlag unimodale Schmerztherapie
Therapiearten	mindestens 3 aus Verhaltenstherapie, Physiotherapie, Entspannungsverfahren, Ergotherapie, med. Trainingstherapie etc.
Diagnostik	1-910, 1-911, 1-912
Dokumentation	Assessment, interdisziplinäre Teambesprechung, Therapieplan
Dauer	ab 7 Tagen=8-918.0, ab 14 Tage=8-918.1, ab 21 Tage=8-912.3

Amtliche Klassifikationen

NEU! ICD-10-GM 2005

NEU! ICD-10-GM 2005

- Aktualisierungsliste unter: www.dimdi.de
- Anpassung an die G-DRG-Klassifikation 2005.
- Redaktionelle Überarbeitung.
- Änderungen der Inklusiva / Exklusiva.
- Abschaffung von ca. 40 Codes.
- Aufnahme 170 zur Kodierung erlaubter Codes.
- Insgesamt: Nur marginale Veränderungen.

NEUE Kodes ICD-10-GM 2005

- **Zustände schwerstkranker Patienten** sind besser über Zusatzkodes abzubilden (z.B. K72.7-! R65.-!).
- **Differenzierungen** für Zustände bei Dysphagie R13.- oder bei Hirnschädigung (G83.8 Locked-in-Syndrom, Apallisches Syndrom).
- **Dekubitalgeschwüre (L89.-)**: 5.Stelle differenziert nun nach Entstehungsort (Ferse, Steißbein etc.). Zuvor: Anzahl u. Wiederauftreten vorhandener Defekte.
- **Herzinsuffizienz (I50.-)**: Neue Priorität für Kode I50.- über ergänzende Hinweise für die Gruppen I11.- bzw. I13.-

Neuer ICD-10 GM 2005: Dekubitus: Auszug

L89.- Dekubitalgeschwür

Dekubitus

Druckgeschwür

Ulkus bei medizinischer Anwendung von Gips

Exkl.: Dekubitalgeschwür (trophisch) der Cervix (uteri)

(N86)

Hinweis: Kann der Grad eines Dekubitalgeschwüres nicht sicher bestimmt werden, ist der niedrigere Grad zu kodieren.

Die folgenden fünften Stellen sind bei der Kategorie L89 zu benutzen:

0 Kopf

1 Obere Extremität

2 Dornfortsätze

3 Beckenkamm

Spina iliaca

4 Kreuzbein

Steißbein

5 Sitzbein

6 Trochanter

7 Ferse

8 Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität

9 Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen

Hinweis: In den Katalog der
Pflegerrelevanten Diagnosen
übernehmen!

Neuer ICD-10 GM 2005: Dekubitus: Auszug

L89.- Dekubitalgeschwür

L89.1 Dekubitus 1. Grades

Umschriebene Rötung bei intakter Haut

L89.2 Dekubitus 2. Grades

Hautdefekt

L89.3 Dekubitus 3. Grades

Tiefer Hautdefekt, Muskeln und Sehnen sind sichtbar und eventuell betroffen

L89.4 Dekubitus 4. Grades

Tiefer Hautdefekt mit Knochenbeteiligung

L89.9 Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet

ICD-10-2005: Akute Blutungsanämie



**Freundliche Leihgabe:
OA Dr. E.G. Bergmann
Orthopädische Klinik
Braunschweig**

NEUE Kodes ICD-10-GM 2005

- **Ergänzung Akute Blutungsanämie (D62):**
NEU: Einschlusskriterium: *Anämie nach intra- und postoperativer Blutung* (Entschärfung von Konfliktpotential?).
- **Kodes für Rehabilitation (U50.-) Motorische Funktionseinschränkung** (Barthel-Index) und **U51.- Kognitive Funktionseinschränkung** (erweiterter Barthel-Index, FIM, MMSE) nun auch als Hauptdiagnose möglich.

NEUE Codes ICD-10-GM 2005

- **Pleuraerguss (J90):** Klarstellung: Kode C78.2 *Sekundäre bösartige Neubildung der Pleura* beinhaltet den klinischen Sachverhalt *Maligner Pleuraerguss o.n.A.*. Allerdings leider kein entsprechendes Exklusivum.
- **Diabetes mellitus (E11):** Koma und Ketoazidose gelten grundsätzlich als entgleist (war bislang nicht so!). Differenzierung von Koma und Hypoglykämie über 4. Stelle. 5. Stelle wie bisher. **Pankreopriver Diabetes:** Kode aus E13.- (*Sonstiger näher bezeichneter D.m.*) gefolgt von E89.1 (*Hypoinsulinämie nach medizinischen Maßnahmen*). Entsprechend geänderte DKR (0401d).

NEUE Kodes ICD-10-GM 2005

- **Knochenmetastasen (C79.4):** Klarstellung: Kode C79.4 *Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarks* ist zur Abbildung von Knochen(mark)herden bei Lymphomen möglich. Im Rahmen der Kalkulation hatte sich gezeigt, dass die Knochenbeteiligung bei Lymphomen zu einem deutlichen Mehraufwand führt.

NEUE Kodes ICD-10-GM 2005

- **Paraparese und Paraplegie (G82.-):** Bislang differenzierte die 5. Stelle zwischen kompletter und inkompletter Querschnittslähmung. NEU: Differenzierung nach nichttraumatischer Genese. Traumatische Genese ist unter S14.-, S24.-, S34.- anzugeben (siehe auch DKR 0603d).

ICD-10 GM 2005: Paraparese (G82.-) (Auszug)

Die folgenden fünften Stellen sind bei den Subkategorien G82.0-G82.5 zu verwenden:

- 0 Akute komplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese**
- 1 Akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese**
- 2 Chronische komplette Querschnittlähmung**
Komplette Querschnittlähmung o.n.A.
- 3 Chronische inkomplette Querschnittlähmung**
Inkomplette Querschnittlähmung o.n.A.
- 9 Nicht näher bezeichnet**
Zerebrale Ursache

Hinweis: In den Katalog der
Pflegerlevanten Diagnosen
übernehmen!

ICD-10-2005: Diabetes mellitus und.....



ICD-10 GM 2005: Diabetes mellitus (Auszug)

.0 Mit Koma

Diabetisches Koma:

- . hyperosmolar
- . mit oder ohne Ketoazidose

Hyperglykämisches Koma o.n.A.

Exkl.: Hypoglykämisches Koma (.6) (NEU)

.1 Mit Ketoazidose

Diabetisch:

- . Azidose } ohne Angabe eines Kommas
- . Ketoazidose }

.2+ Mit Nierenkomplikationen

Diabetische Nephropathie (N08.3*)

Intrakapilläre Glomerulonephrose (N08.3*)

Kimmelstiel-Wilson-Syndrom (N08.3*)

ICD-10 GM 2005: Diabetes mellitus (Auszug)

.3+ Mit Augenkomplikationen

Diabetisch:

- . Katarakt (H28.0*)
- . Retinopathie (H36.0*)

.4+ Mit neurologischen Komplikationen

Diabetisch:

- . Amyotrophie (G73.0*)
- . autonome Neuropathie (G99.0*)
- . autonome Polyneuropathie (G99.0*)
- . Mononeuropathie (G59.0*)
- . Polyneuropathie (G63.2*)

ICD-10 GM 2005: Diabetes mellitus (Auszug)

.5 Mit peripheren vaskulären Komplikationen

Diabetisch:

- . Gangrän
- . periphere Angiopathie+ (I79.2*)
- . Ulkus

ICD-10 GM 2005: Diabetes mellitus (Auszug)

.6 Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen

Diabetische Arthropathie+ (M14.2*)

Hypoglykämie (NEU)

Hypoglykämisches Koma (NEU)

Neuropathische diabetische Arthropathie+ (M14.6*)

.7 Mit multiplen Komplikationen

.8 Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen

.9 Ohne Komplikationen

ICD-10 GM 2004: Diabetes mellitus – Beispiel

ORBIS® OpenMed - 6.12.2004 10:08:03

Datei Bearbeiten Fenster Extra Administration ?

Administration Diagnosen KG Zentral OP / Prozeduren KG ORT KG RAD
Laborbefunde Interne Leistungen DRG Workplace

**Auswahl der
Hauptdiagnose:**

**Manifestation
oder
Diabetes ?**

Diagnosen ☐ alle Diagnosen

Code	S	Bezeichnung	Ew	Au	Fa	Fb	Fe	Be	Po	En**	HN	ccl	flag
L02.8	R	Hautabszeß, Furunkel und Karbunkel an sonstigen Lokalisationen			H	H	H			H	H	0	NO
B95.6		<i>Staphylococcus aureus als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind</i>										4	NO
E10.60 ^K	D	Diabetes mellitus primärinsulinabh. mit sonstiger Kompl. nicht entgleist		N	N		N			N		2	NO
L02.8	R	Hautabszeß, Furunkel und Karbunkel an sonstigen Lokalisationen		H					H			0	0

Prozeduren

Code	S	Bezeichnung	Datum	OP	Fall	or	flag
5-892.3c	R	Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Implantation eines Medikamententrägers: Leisten- und Genitalregion	25.11.04	H	H	nOr	JO

Details **Plaus.** **OPs** **QS**

Alter: 43J
Geschlecht: M
Aufnahmegew.: g
Beatmung: 0
Dauer erfassen
Verweildauer: 5
Abwesend: 0
Entlassart: 01

Terminbuch
Terminsuche

DRG: J11A Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma mit äußerst schweren
Belegtyp: H
Simulation: H

PCCL: 4
Gewicht: 1.745
Wert: 4.978 EUR

PCCL:
Gewicht:

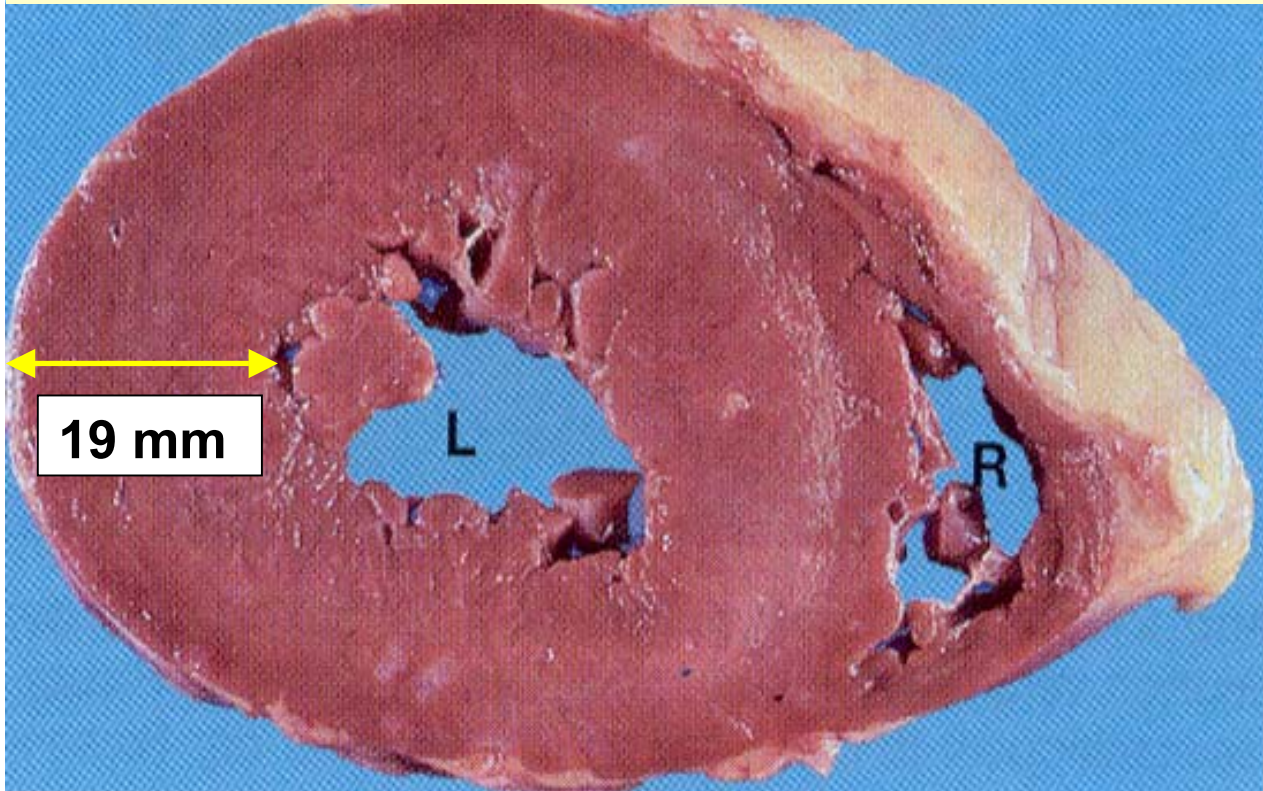
Strukturierte Erfassung

Start Postfach - Gueven Ayfer... ORBIS21-(SP5.22) - HEH... ORBIS® OpenMed - B... 10:11

ICD-10 GM 2005: Diabetes mellitus - Kodierlogik

- Frage 1: Was ist Hauptdiagnose? Diabetes oder eine oder mehrere Manifestationen?
- Option 1: Diabetes ist HD. Eine Manifestation. Verschlüsselung 4. Stelle mit .6. Falls Mehrere Manifestationen / Komplikationen: Verschlüsselung 4. Stelle .7
- Frage 2: Manifestation behandlungsrelevant? Falls ja: Angabe als Sekundärdiagnose (Sternkode). Falls nein: Keine Kodierung der Manifestation / Komplikation.
- Option 2: Diabetes ist ND. Bedingungen der ND-Definition sind erfüllt. Liegen Manifestationen / Komplikationen vor und erfüllen diese die Bedingungen der ND-Definition, dann sind sie zu kodieren. **In dieser Konstellation ist jedoch nicht 4. Stelle mit .6 zu erfassen, wenn ein spezifischerer Kode gewählt werden kann.**

ICD-10-2005: Herzinsuffizienz



ICD-10-2005: Hypertensive Herzkrankheit

ICD-10 GM 2005: Herzinsuffizienz (I50.-)

I50.- Linksherzinsuffizienz als ersten Schlüssel:

Hinweis: Benutze, sofern zutreffend, **zunächst** Schlüsselnummern aus I50.- oder I51.4 - I51.9, um die Art der Herzkrankheit anzugeben.

ICD-10 GM 2005: Linksherzinsuffizienz (unverändert)

I50.11 Linksherzinsuffizienz: Ohne Beschwerden

I50.12 Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung

I50.13 Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichter Belastung

I50.14 Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe

I50.19 Linksherzinsuffizienz: Nicht näher bezeichnet

ICD-10 GM 2005: Hypertensive Herzkrankheit (I11.-)

I50.- Herzinsuffizienz

Soll das Vorliegen einer hypertensiven Herzkrankheit angegeben werden, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer aus I11.- oder I13.- zu benutzen (NEU).

Exklusivum: Als Komplikation bei:

- Abort, Extrauterin gravidität oder Molenschwangerschaft (O00-O07, O08.8)
- geburtshilflichen Operationen und Maßnahmen (O75.4)
- Herzinsuffizienz beim Neugeborenen (P29.0)
- Nach chirurgischem Eingriff am Herzen oder wegen einer Herzprothese (I97.1)

ICD-10 GM 2005:

Hypertensive Herzerkrankung (unverändert)

I11.00 Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise

I11.01 Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise

I11.90 Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise

I11.91 Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise

ICD-10 GM 2005: Rechtsherzinsuffizienz (I50.0-)

I50.0- Rechtsherzinsuffizienz

I50.00 Primäre Rechtsherzinsuffizienz

I50.01 Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz

Rechtsherzinsuffizienz infolge Linksherzinsuffizienz
Rechtsherzinsuffizienz o.n.A.

Globale Rechtsherzinsuffizienz

Soll das Stadium der Linksherzinsuffizienz
angegeben werden, ist eine zusätzliche
Schlüsselnummer aus I50.1 zu benutzen

ICD-10 GM 2005: Herzinsuffizienz (Übersicht)

	NYHA I	NYHA II	NYHA III	NYHA IV
Links	I50.11	I50.12	I50.13	I50.14
Biventrikulär	I50.01	I50.01	I50.01	I50.01
	I50.11	I50.12	I50.13	I50.14
Rechts primär	I50.00			
Zu vermeiden	I50.9			
Prinzip: Jeden Ventrikel einzeln kodieren				

ICD-10 GM 2005: Sekundäre Thrombozytopenie (D69.5-)

D69.5- Sekundäre Thrombozytopenie

Soll die äußere Ursache angegeben werden, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer (Kapitel XX) zu benutzen.

D69.52 Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ I

D69.53 Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ II

D69.57 Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, als transfusionsrefraktär bezeichnet

D69.58 Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet

D69.59 Sekundäre Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet

DKR 1508c: Dauer der Schwangerschaft

Angabe zum Zeitpunkt der Aufnahme für die Schwangerschaftsdauer als Nebendiagnose bei:

- O00 – O07 SS mit abortiven Ausgang
- O20.0 Drohender Abort
- O42.- Vorzeitiger Blasensprung
- O47.0 Frustrane Kontraktionen vor 37 vollendeten SS-Wochen
- O60.- Vorzeitige Wehen und Entbindung

DKR 1508d: Dauer der Schwangerschaft

MERKE: Ein Kode aus O09.-! *Schwangerschaftsdauer* ist zum Zeitpunkt der Aufnahme für die Schwangerschaftsdauer anzugeben (in den Basisdaten der Mutter).

Bei Aufnahme zur Behandlung von Komplikationen nach zuvor behandeltem Abort wird die Schwangerschaftsdauer **nicht** kodiert (DKR 1504b) z.B. bei Diagnosen O08.- Komplikationen nach Abort, EU-Gravidität und Molen-SS.

Geburtshilfe

2005: Schwangerschaftsdauer

Bis Woche	Bis Tag	ICD
4	34	O09.0
13	91	O09.1
19	133	O09.2
25	175	O09.3
33	231	O09.4
36	252	O09.5
41	287	O09.6
ab 42	ab 288	O09.7

Geburtshilfe

2005: Zervixinsuffizienz in der Schwangerschaft

Neue Kodes					2005	2004
Zervixlänge vaginalsonographisch unter 10 mm oder Trichterbildung					O34.30	
Fruchtblasenprolaps					O34.31	O34.3
Sonstige Zervixinsuffizienz					O34.38	
<i>Mir ist alles egal</i>					O34.39	

Geburtshilfe

2005: Plazenta praevia

		Ohne Blutung in den		Mit Blutung in den	
		letzten 24 Stunden		letzten 24 Stunden	
Tiefer Sitz der Plazenta		O44.00		O44.10	
Plazenta praevia		O44.01		O44.11	

Geburtshilfe

2005: Sonstige Wochenbettinfektion:

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

Geburtshilfe

Präpartale Behandlungsdauer

9-280.- Stationäre Behandlung vor Entbindung im gleichen Aufenthalt

Hinweis: Präpartale Behandlungsdauer vor Entbindung während des gleichen stationären Aufenthaltes

9-280.0 Mindestens 3 bis höchstens 6 Tage

9-280.1 Mindestens 7 bis höchstens 13 Tage

9-280.2 Mindestens 14 bis höchstens 27 Tage

9-280.3 Mindestens 28 bis höchstens 55 Tage

9-280.4 Mindestens 56 Tage

Entbindungskodes:

O60 – O75: Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung

O80 - O82: Entbindung

O15.1: Eklampsie unter der Geburt

DKR 1511a: Entbindung I

Zuordnung der Hauptdiagnose bei Entbindung:

- Krankenhausaufenthalt ist mit Entbindung verbunden und
- Aufnahme wegen behandlungsbedürftigen, vorgeburtlichen Zustandes

Wenn Behandlung von **mehr als 7 Tagen** vor der Geburt erforderlich war, ist der vorgeburtliche Zustand zu kodieren.

In allen anderen Fällen ist die Diagnose, die sich auf die Entbindung bezieht, als Hauptdiagnose zu verwenden.

DKR 1511a: Entbindung II

Spontane vaginale Entbindung eines Einlings O80:

- ist sowohl als Hauptdiagnose als auch als Nebendiagnose ausschließlich bei einer **spontanen vaginalen Entbindung** eines Einlings anzugeben

ohne Vorliegen von Diagnosen (Anomalien / Komplikationen), die an anderer Stelle im Kapitel XV aufgeführt sind (z.B. O60 – O75).

ohne manuelle oder instrumentuelle Maßnahmen (Ausnahme: Erlaubte Prozeduren wie Episiotomie).

Beispiel in DKR: Angabe Schwangerschaftsdauer,
Damm intakt.

NEU ! DKR 1512d: Abnorme Kindslagen und Einstellungen

Bei Geburt z.B. aus Beckenendlage ist **bei Vorliegen eines Geburtshindernisses**

O64.1 *Geburtshindernis durch Beckenendlage*

als Hauptdiagnosen zu kodieren.

Bei Spontangeburt **ohne Geburtshindernis**

O32.1 *Betreuung der Mutter wegen Beckenendlage*

Hinterhauptslagen (HHL) wie die vordere, hintere, seitliche oder diagonale HHL werden nur dann kodiert, wenn ein Eingriff erfolgt.

Ein Kode O80 Spontangeburt eines Einling wird nicht angegeben.

Spontane vaginale Entbindung eines Einlings O80:

Erlaubte, geburtshilfliche Prozeduren:

- 8-910 Epidurale Injektion ...
- 5-730 Künstliche Fruchtblasensprengung
- 5-738.0 Episiotomie
- 9-260 Überwachung u. Leitung der Geburt
- 9-261 Überwachung und Leitung einer Risikogeburt *.

*Anmerkung: Voraussetzung für Kombination O80 und 9-261: Beendigung als vaginale Geburt, spontan u. komplikationslos.

Mehrlingsgeburt O30.-:

Wenn eine Mehrlingsschwangerschaft zur spontanen Geburt von z.B. Zwillingen führt, werden die Codes

- O30.0 Zwillingsschwangerschaft
- Z37.2! Zwillinge, beide lebendgeboren
- 9-261 Überwachung und Leitung einer Risikogeburt

zugewiesen. Wenn die Kinder einer Mehrlingsschwangerschaft auf unterschiedliche Weise geboren werden, sind **beide** Entbindungsmethoden zu kodieren (siehe Beispiel in DKR Seite 162).

DKR 1507a: Resultat der Entbindung

Vorschrift für jede Entbindung für die medizinische Dokumentation der Mutter:

Passender Kode zur Angabe des Resultates der Entbindung als Nebendiagnose (als Hauptdiagnose nicht erlaubt) nach Z37!.

Z37.0! Lebendgeborener Einling

Z37.1! Totgeborener Einling

Z37.2! Zwillinge, beide lebendgeboren

DKR 1520a: Verlängerte Schwangerschaftsdauer

O48 Übertragene Schwangerschaft

Beispiel: Eine Patientin erhält ein Kind in der 42. Schwangerschaftswoche:

Hauptdiagnose: O48 Übertragene SS

Nebendiagnose: Z37.0! Lebendgeborener Einling

Prozedur(en): 9-261 Überwachung und Leitung einer Risiko-SS

O09.7 Schwangerschaftsdauer

DKR 1519c: Frühgeburt, vorzeitige Wehen und frustrane Kontraktionen (1)

O60.0 **Vorzeitige Wehen** (bei vorzeitigen Wehen mit Wirkung auf die Zervix vor abgeschlossener 37 SSW, die nicht zu einer Entbindung beim selben Krankenhausaufenthalt führen.

Ist der Grund für die vorzeitigen Wehen bekannt, ist dieser Grund die Hauptdiagnose, gefolgt von O60.0 als Nebendiagnosekode. Wenn der Grund nicht bekannt ist, ist O60.0 die Hauptdiagnose.

Außerdem ist als Nebendiagnose ein Kode aus O09.-! *Schwangerschaftsdauer* zuzuordnen.

DKR 1519c: Frühgeburt, vorzeitige Wehen und frustrane Kontraktionen (2)

O60.1 **Vorzeitige Entbindung** (vor abgeschlossener 37 SSW, spontan, eingeleitet oder durch Kaiserschnitt)

Ist der Grund für Frühgeburt bekannt, ist dieser Grund die Hauptdiagnose, gefolgt von O60.1 als Nebendiagnosekode. Wenn der Grund nicht bekannt ist, ist O60.1 die Hauptdiagnose.

Außerdem ist als Nebendiagnose ein Kode aus O09.-! *Schwangerschaftsdauer* zuzuordnen.

DKR 1519c: Frühgeburt, vorzeitige Wehen und frustrane Kontraktionen (3)

O47.0 **Frustrane Kontraktionen vor** **abgeschlossener 37 SSW ohne** **Wirkung auf die Zervix.**

Ist Grund für die frustranen Kontraktionen bekannt, ist dieser Grund die Hauptdiagnose, gefolgt von O47.0 als Nebendiagnosekode. Wenn der Grund nicht bekannt ist, ist O47.0 die Hauptdiagnose.

Außerdem ist als Nebendiagnose ein Kode aus O09.-! *Schwangerschaftsdauer* zuzuordnen.

DKR 1519c: Frühgeburt, vorzeitige Wehen und frustrane Kontraktionen (4)

O47.1 **Frustrane Kontraktionen ab** **abgeschlossener 37 SSW ohne** **Wirkung auf die Zervix.**

Ist Grund für die frustranen Kontraktionen bekannt, ist dieser Grund die Hauptdiagnose, gefolgt von O47.1 als Nebendiagnosekode. Wenn der Grund nicht bekannt ist, ist O47.1 die Hauptdiagnose.

Außerdem ist als Nebendiagnose ein Kode aus O09.-! *Schwangerschaftsdauer* zuzuordnen.

DKR 1514c: Verlängerte Schwangerschaftsdauer

O36.8 Verminderte Kindsbewegungen

Bei Aufnahme mit der Diagnose “verminderte fetale Bewegungen” ist

O36.8 Betreuung der Mutter wegen sonstiger näher bezeichneter Komplikationen beim Feten

zu kodieren, wenn die zugrundeliegende Ursache **nicht** bekannt ist. Wenn die zugrundeliegende Ursache bekannt ist, ist diese Ursache zu kodieren und O36.8 nicht anzugeben. Wenn die Patientin während des KH-Aufenthaltes entbunden wird, ist der passende Kode aus Z37.-! als **Nebendiagnose** anzugeben.

DKR 1510b: Komplikationen in der Schwangerschaft (1)

Kapitel XV enthält **2 Bereiche** zur Kodierung von Komplikationen in der Schwangerschaft

O20 – O29

Sonstige Krankheiten der Mutter, die vorwiegend mit der SS verbunden sind

O95 – O99

Sonstige Krankheitszustände während der Gestationsperiode, die andernorts nicht klassifiziert sind

DKR 1510b: Komplikationen in der Schwangerschaft (2)

O95 – O97

Gestationsbedingte Sterbefälle

O98

Infektiöse und parasitäre Krankheiten der Mutter die andernorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren.

O99

Sonstige Krankheiten der Mutter, die andernorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren.

(z.B. Erkrankungen Blut, Psyche, Atmung, Kreislauf, Verdauungssystem, Stoffwechsel....etc.)

DKR 1510b: Komplikationen in der Schwangerschaft (3)

O99.0 **Anämie, die SS, Geburt
und Wochenbett
komplizieren**

Beispiel: **Schwangerschaft, kompliziert
durch Eisenmangelanämie**

Hauptdiagnose: **O99.0 Anämie, die SS, Geburt
und Wochenbett
komplizieren**

Nebendiagnose: **D50.9 Eisenmangelanämie, n.n.
Bezeichnet**

O09.- Schwangerschaftsdauer

DKR 1502a: Blasenmole

Eine Blasenmole kann zu einem spontanen Abort führen. Der post partum durchgeführte Eingriff ist zu kodieren mit

5-690.0 *Therapeutische Kürettage ohne lokale Medikamentenapplikation*

Die operative Behandlung einer Blasenmole, die nicht zu einem Abort führt, wird mit

O5-690.1 *Therapeutische Kürettage mit lokaler Medikamentenapplikation*

Kodiert.

DKR 1503a: Abortivei

Wenn die Diagnose “Abortivei” ist, ist der Kode

O02.0 Abortivei und sonstige Molen

zuzuweisen, auch wenn kein histopathologischer Befund vorliegt

DKR 1504b: Komplikationen nach Abort, EU-Gravidität und Molenschwangerschaft (1)

O08.- *Komplikationen nach Abort, Extrauterin gravidität und Molenschwangerschaft*

(z.B. Infektion, Blutung, Schock, Embolie, Nierenversagen.....etc.)

Ein Kode aus O08.- wird **nur dann** zur Hauptdiagnose, wenn eine Patientin wegen einer Spätkomplikation in Folge eines zuvor behandelten Aborts stationär aufgenommen wird.

Keine Kodierung der Schwangerschaftsdauer!

DKR 1504b: Komplikationen nach Abort, EU-Gravidität und Molenschwangerschaft (2)

O00.- *Extrauterin gravidität*

O01.- *Blasenmole*

O02.- *Sonstige abnorme Konzeptionsprodukte*

(z.B. Infektion, Blutung, Schock, Embolie, Nierenversagen.....etc.)

Ein Kode aus O08.- wird als Nebendiagnose zugeordnet, um eine mit den Diagnosen der Kategorie O00 – O02 verbundene Komplikation zu verschlüsseln.

Kodierung der Schwangerschaftsdauer mit O09.-!

DKR 1504b: Komplikationen nach Abort, EU-Gravidität und Molenschwangerschaft (3)

O03.1 *Spontanabort, inkomplett, kompliziert durch Spätblutung oder verstärkte Blutung*

Wenn eine Patientin aufgenommen wird, weil nach Abortbehandlung bei einer vorhergehenden Behandlung Teile der Fruchtanlage zurückgeblieben sind, wird als Hauptdiagnose ein inkompletter Abort mit Komplikationen kodiert (O03-O06 mit vierter Stelle .0 bis .3).

Keine Kodierung der Schwangerschaftsdauer !

DKR 1504b: Komplikationen nach Abort, EU-Gravidität und Molenschwangerschaft (4)

O08.- *Komplikationen nach Abort, Extrauterin gravidität und Molenschwangerschaft*

(z.B. Infektion, Blutung, Schock, Embolie, Nierenversagen.....etc.)

Ein Kode aus O08.- wird in Verbindung mit Diagnosen O03 – O07 (Abort....) als Nebendiagnose angegeben, wenn hierdurch die Kodierung genauer wird.

DKR 1505a: Vorzeitige Beendigung der SS I

1. Vorzeitige Beendigung aus medizinischen Gründen:
Bei Abort (Fetalgewicht **unter** 500 g): **O04.-; O09.-!**
und Kode für den Grund der Beendigung: z.B. **O35.0**
Betreuung der Mutter bei Fehlbildung ..des Feten
2. Beendigung der SS mit Totgeburt (Fetalgewicht **mindestens** 500 g), dann ist als Hauptdiagnose der Grund für die Beendigung der SS: O35.0 anzugeben.

Als Nebendiagnosen: O60.1 (Vorzeitige Entbindung); O09.-! Sowie Z37.1! *Totgeborener Einling*

DKR 1505a: Vorzeitige Beendigung der SS II

3. Wenn die vorzeitige Beendigung der SS in eine **Lebendgeburt** mündet, dann als Hauptdiagnose der Grund für die Beendigung der SS: O35.0 anzugeben.

Als Nebendiagnosen: O60.1 (Vorzeitige Entbindung); O09.-! (SS-Dauer) sowie Z37.1! *Totgeborener Einling.*

DKR 1510b: Schwangerschaft als Nebebefund

Eine schwangere Frau wird mit Mittelhandfraktur aufgenommen:

Hauptdiagnose: S62.32 **Fraktur eines
Mittelhandknochens...**

Nebendiagnose: Z34 **Überwachung einer
normalen
Schwangerschaft**

Siehe auch: Neue Codes für Ältere Erstgebärende
Z35.5 bzw. Vielgebärende Z35.4

Kodierung der Schwangerschaftsdauer mit O09.-!

DKR 1525c: Primärer und sekundärer Kaiserschnitt

Primäre Sectio:

Elektiv, vor Einsetzen der Wehen

Sekundäre Sectio:

Notfall (z.B. fetal distress), ohne, dass die Sectio vor Einsetzen der Wehen als notwendig erachtet wurde

5-74.- *Sectio caesarea und Entwicklung des Kindes*

Amtliche Klassifikationen

Neu! OPS-301-Version 2005

17.11.2004: Liegt bislang nur in online-Version vor

NEU! OPS-301-2005

1. Amtlicher Katalog (ca. 22.000 endstellige Codes).
2. Nichtamtlicher Katalog (ca. 400 Codes).
3. Mehr als 250 Vorschläge. Erheblicher Informationsgehalt im Rahmen der Auslösung eines Zusatzentgeltes (Anlage 5 FPK 2005).
4. Alphabetisches Verzeichnis um 20% erweitert (2004: 56.000 Einträge).

NEU! OPS-301-2005

- Zusatzkennzeichen: Seitenlokalisierung bei 12.500 Kodes.
- Übernahme von Kodes aus dem Erweiterungskatalog in amtlichen Katalog.
- Neugestaltung des Bereichs „Frührehabilitation“.
- Ausweitung des Bereichs „Komplexbehandlung“.
- Gravierende Änderungen: Intensivmedizin

NEU! OPS-301-2005

127 Seiten Änderungsliste:

1- Diagnostik (1-6)	= 6
3- Bildgebung (7-8)	= 2
5- Operationen (9-67)	= 59
8- Nichtoperative Therapie (68-118)	= 51
9- Ergänzende Maßnahmen (119 – 127)	= 9

Das Einfügen neuer Codes in den OPS Version 2005 würde eine neue Gesamtproduktion aller OPS-Dateien erfordern. Da dies die dritte Produktion in diesem Jahr wäre und im DIMDI dafür keine Kapazitäten zur Verfügung stehen, können wir leider keine Update-Dateien zur Verfügung stellen.

Daher bitten wir die Softwarehersteller, diese Codes in den Klinikinformationssystemen bzw. in der Kodiersoftware noch zu ergänzen, damit sie in den Kliniken genutzt werden können. Alternativ können die Anwender die benötigten Codes auch selber nachpflegen.

Ergänzungen zum OPS mitgeteilt zum 15.11.2004 !

Folgende Codes müssen deshalb von den Anwendern im OPS Version 2005 noch ergänzt werden:

8-800.7f	1 TE bis unter 6 TE
8-800.7g	6 TE bis unter 11 TE
8-800.7h	11 TE bis unter 16 TE
8-800.8s	1 TE bis unter 6 TE
8-800.8t	6 TE bis unter 11 TE
8-800.8u	11 TE bis unter 16 TE
8-800.9v	1 Apherese-Thrombozytenkonzentrat

Ergänzungen zum OPS mitgeteilt zum 15.11.2004 !

NEU! OPS-301-2005

Zusatzentgelte 2005

11 – Zusatzentgelte Stand: 29.9.2004

Hier sind mehrere Änderungen zu beachten:

a) Neue Zusatzentgelte

In der Fallpauschalenvereinbarung 2005 (FPV 2005) wird eine Vielzahl von Leistungen aufgeführt, die im Jahr 2005 über Zusatzentgelte vergütet werden.

Die genannten Leistungen wurden im Jahr 2003 z.T. noch über DRG-Fallpauschalen vergütet (z.B. ZE2005-22 *IABP*). Ein Teil dieser Leistungen ist über OPS-Kodes definiert, die in den Daten des Jahres 2003 noch nicht vorliegen (z.B. ZE2005-26 *Anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung* definiert über 8-975.3 *Anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung*, einem neuen Kode des OPS 2005).

11 – Zusatzentgelte

Stand: 29.9.2004

b) Gabe von Thrombozyten

In Bezug auf die Einzelmengen-Definition Thrombozyten sind die „Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie)“ in der Neuformulierung von 2003 der Bundesärztekammer zu beachten.

(<http://www.bundesaerztekammer.de/30/Richtlinien/Richtidx/Blutprodukte/Haemo.pdf>)

G-DRG-System 2005

Zusatzentgelt	Medikament	OPS-Gruppe	Anzahl der Dosiskategorien, OPS 6. Stelle
ZE13	Gabe von Alemtuzumab, parenteral	8-012.0-	11
ZE14	Gabe von Caspofungin, parenteral	8-012.1-	27
ZE15	Gabe von Docetaxel, parenteral	8-012.2-	12
ZE16	Gabe von Filgrastim, parenteral	8-012.4-	16
ZE17	Gabe von Gemcitabin, parenteral	8-012.5-	9
ZE19	Gabe von Irinotecan, parenteral	8-012.8-	13
ZE20	Gabe von Lenograstim, parenteral	8-012.9-	16
ZE21	Gabe von Liposomalem Amphotericin B, parenteral	8-012.a-	24
ZE22	Gabe von Methotrexat, parenteral	8-012.b-	5
ZE23	Gabe von Oxaliplatin, parenteral	8-012.d-	9
ZE24	Gabe von Paclitaxel, parenteral	8-012.c-	13
ZE25	Gabe von Rituximab, parenteral	8-012.f-	15
ZE26	Gabe von Topotecan, parenteral	8-012.g-	9
ZE27	Gabe von Trastuzumab, parenteral	8-012.h-	17
ZE28	Gabe von Voriconazol, oral	8-012.j-	10
ZE29	Gabe von Voriconazol, parenteral	8-012.k-	26

Tabelle 1: Auszug aus Anlage 5 Fallpauschalenkatalog 2005. Zusatzentgelte für spezielle Medikamente mit jeweils zugehörigem OPS-Schlüssel.

NEU! OPS-301-2005

Intensivtherapie 2005

SAPS II

Simplified Acute Physiology Score (14 Kriterien).

TISS 28

Therapeutic Intervention Scoring System (10 Kriterien)
(Von insgesamt 28 Items).

NEU! OPS-301-2005

Intensivtherapie 2005

Voraussetzungen:

1. Kontinuierliche, 24-stündige Überwachung und akute Behandlungsbereitschaft durch ein Team von Pflegepersonal und Ärzten, die in der Intensivtherapie erfahren sind und die aktuellen Probleme ihrer Patienten kennen.
2. Eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation muss gewährleistet sein.
3. Nicht: Kurzfristige postoperative Überwachung bzw. kurzfristige Intensivbehandlung (< 24 h)

G-DRG-System 2005

OPS	Aufwandspunkte nach kumuliertem täglichem Scoring
8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte
8-980.1	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte
8-980.2	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1104 Aufwandspunkte
8-980.3	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1105 bis 1656 Aufwandspunkte
...
8-980.c	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 11041 bis 13800 Aufwandspunkte
8-980.d	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 13801 bis 16560 Aufwandspunkte
8-980.e	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 16561 bis 19320 Aufwandspunkte
8-980.f	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 19321 und mehr Aufwandspunkte

Tabelle 2: Prozedurenkodes zur Erfassung intensivmedizinischer Komplexbehandlung (Auswahl). Die Aufwandspunkte ergeben sich aus der Summe der täglich ermittelten Punktzahl (Beurteilungskriterien aus SAPS II sowie TISS 28).

NEU! OPS-301-2005

Weitere Komplexbehandlungen 2005

G-DRG-System 2005

OPS-Gruppe	Leistungsbereich Komplexbehandlung	Optionaler OPS 2004
8-563.-	Physikalisch-medizinische Komplexbehandlung	x
8-971.-	Multimodale dermatologische Komplexbehandlung	x
8-972.-	Komplexbehandlung bei schwerbehandelbarer Epilepsie	x
8-974.-	Multimodale Komplexbehandlung bei sonstiger chronischer Erkrankung	x
8-975.-	Naturheilkundliche und anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung	x
8-977.-	Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems	x
8-980.-	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	
8-981.-	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	
8-982.-	Palliativmedizinische Komplexbehandlung	
9-412.-	Multimodale psychotherapeutische Komplexbehandlung im Liaisondienst	

Tabelle 3: Neue Kodes für komplexe Therapieformen im amtlichen OPS 2005.

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

Bitte Fragen ???