# DRG-Update 2005

- DRG-Katalog, Fallpauschalenvereinbarung
- ICD-Verzeichnis
- OPS-Verzeichnis
- Deutsche Kodierrichtlinien

# DRG-Update 2005

- DRG-Katalog, Fallpauschalenvereinbarung
- ICD-Verzeichnis
- OPS-Verzeichnis
- Deutsche Kodierrichtlinien

# DRG-Katalog 2005: Änderungen

- Zahl der DRGs ↑ auf 845
- Zusatzentgelte erheblich ausgeweitet
  - mit Bewertung: von 1 auf 35
  - ohne Bewertung: von 25 auf 36
- Zahl der Z-DRGs deutlich ↑
- Bis zu 7 Schweregrade
- Tendenz: Langliegerzuschläge ↑, Kurzliegerabschläge ↑
- Kompressionseffekt ↓
- „Problembereiche" wie Transplantationen, Onkologie, Intensivmedizin und Frühreha komplett neu strukturiert, oftmals Ausgliederung in Anlage 3 (krankenhausindividuell zu vereinbaren)

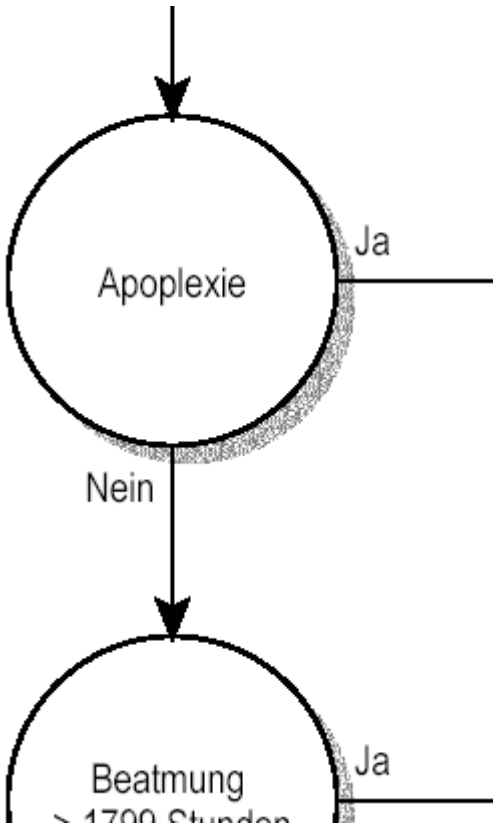
# DRG-Katalog 2005: Intensivmedizin

- Differenziertere Vergütung Intensivmedizin
- Intensiv-Diagnosen und -prozeduren als Splitkriterium
- Intensivmedizinisch relevante Zusatzentgelte (z.B. Blutprodukte, Gerinnungsfaktoren, ECMO)

# DRG-Katalog 2005: Beatmung

- Beatmungs-DRGs:
- Weitere Differenzierung, weite Spreizung
- Split nicht nur nach Beatmungsdauer, sondern auch nach weiteren Prozeduren
- Beatmungszeiten werden nicht mehr über OPS verschlüsselt –
  Eingabe der Beatmungsstunden muss zuverlässig sein!

# Beatmungs-DRGs: Prä-MDC-Zuordnung




- Neu: Beatmete Schlaganfall-Patienten landen in einer **Neurologischen DRG,** nicht in einer **Beatmungs-DRG**

## Beatmungs-DRGs

- Beatmungs-DRGs werden nur angesteuert, wenn
  - Beatmungsstunden > 95
  - kein Schlaganfall

# Einige der Beatmungs-DRGs

| | | |
|---|---|---|
| A06B | Beatmung > 1799 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma | 37,508 |
| A07C | Beatmung > 999 und < 1800 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma | 23,090 |
| A09C | Beatmung > 499 und < 1000 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, mit komplizierenden Prozeduren | 15,037 |
| A09D | Beatmung > 499 und < 1000 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, ohne komplizierende Prozeduren | 12,684 |
| A11E | Beatmung > 249 und < 500 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne komplizierende Prozeduren | 7,406 |
| A13E | Beatmung > 95 und < 250 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne komplizierende Prozeduren | 4,410 |

| | | |
|---|---|---|
| B83A | Apoplexie mit Beatmung > 499 Stunden | 13,032 |
| B83B | Apoplexie mit Beatmung > 249 und < 500 Stunden | 7,615 |
| B83C | Apoplexie mit Beatmung > 95 und < 250 Stunden | 3,412 |

# „Zusatz"-Entgelte 2005

| ZE | Bezeichnung | Betrag |
|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 |
| ZE01 [2)] | Hämodialyse | 255,76 € |
| ZE02 [2)] | Hämodiafiltration | 267,80 € |
| ZE03 | Tumorendoprothesen, Kniegelenk | 10.201,46 € |
| ZE04 | Tumorendoprothesen, andere Gelenke | 4.810,52 € |
| ZE05 | Stentgraft-Prothesen bei thorakalen und thorakoabdominalen Aortenaneurysmen, nicht perkutan-transluminal | 8.496,18 € |
| ZE06 | Stentgraft-Prothesen bei anderen Aortenaneurysmen, nicht perkutan-transluminal | 7.228,62 € |
| ZE07 | Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation, Einzelelektrodensystem | 6.275,01 € |
| ZE08 | Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation, Mehrelektrodensystem | 12.430,58 € |
| ZE09 | Elektrisch betriebene, implantierbare Medikamentenpumpen | 9.496,28 € |
| ZE10 | Künstlicher Blasenschließmuskel | 7.267,00 € |
| ZE11 | Wirbelkörperersatz | 4.823,70 € |
| ZE12 | Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), intrakraniell | siehe Anlage 5 |
| ZE34 | Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten | siehe Anlage 5 |
| ZE35 | Gabe von patientenbezogenen Thrombozytenkonzentraten | siehe Anlage 5 |

# „Zusatz"-Entgelte 2005

| | | |
|---|---|---|
| ZE13 | Gabe von Alemtuzumab, parenteral | siehe Anlage 5 |
| ZE14 | Gabe von Caspofungin, parenteral | siehe Anlage 5 |
| ZE15 | Gabe von Docetaxel, parenteral | siehe Anlage 5 |
| ZE16 | Gabe von Filgrastim, parenteral | siehe Anlage 5 |
| ZE17 | Gabe von Gemcitabin, parenteral | siehe Anlage 5 |
| ZE18 | Gabe von Human-Immunglobulin, polyvalent, parenteral | siehe Anlage 5 |
| ZE19 | Gabe von Irinotecan, parenteral | siehe Anlage 5 |
| ZE20 | Gabe von Lenograstim, parenteral | siehe Anlage 5 |
| ZE21 | Gabe von Liposomalem Amphotericin B, parenteral | siehe Anlage 5 |
| ZE22 | Gabe von Methotrexat, parenteral | siehe Anlage 5 |
| ZE23 | Gabe von Oxaliplatin, parenteral | siehe Anlage 5 |
| ZE24 | Gabe von Paclitaxel, parenteral | siehe Anlage 5 |
| ZE25 | Gabe von Rituximab, parenteral | siehe Anlage 5 |
| ZE26 | Gabe von Topotecan, parenteral | siehe Anlage 5 |
| ZE27 | Gabe von Trastuzumab, parenteral | siehe Anlage 5 |
| ZE28 | Gabe von Voriconazol, oral | siehe Anlage 5 |
| ZE29 | Gabe von Voriconazol, parenteral | siehe Anlage 5 |
| ZE30 | Gabe von Prothrombinkomplex, parenteral | siehe Anlage 5 |
| ZE31 | Gabe von Antithrombin III, parenteral | siehe Anlage 5 |
| ZE32 | Gabe von Erythrozytenkonzentraten | siehe Anlage 5 |
| ZE33 | Gabe von Thrombozytenkonzentraten | siehe Anlage 5 |

# „Zusatz"-Entgelte 2005

| | |
|---|---|
| ZE2005-01 | Beckenimplantate |
| ZE2005-02 | Links- und rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz") |
| ZE2005-03 | ECMO |
| ZE2005-04 | Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich |
| ZE2005-05 | Distraktion am Gesichtsschädel |
| ZE2005-06 | Neuroprothesen, Neurostimulatoren zur Vorderwurzelstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems |
| ZE2005-07 | Andere implantierbare Medikamentenpumpen |
| ZE2005-08 | Sonstige Dialyse |
| ZE2005-09 | Hämoperfusion |
| ZE2005-10 | Leberersatztherapie |
| ZE2005-11 | Extrakorporale Photopherese |
| ZE2005-12 | Plasmapherese |
| ZE2005-13 | Immunadsorption |
| ZE2005-14 | LDL-Apherese |
| ZE2005-15 | Zellapherese |
| ZE2005-16 | Isolierte Extremitätenperfusion |

# „Zusatz"-Entgelte 2005

| | |
|---|---|
| ZE2005-17 | Retransplantation von Organen während desselben stationären Aufenthaltes |
| ZE2005-18 | Zwerchfellschrittmacher |
| ZE2005-19 | Medikamente-freisetzende Koronarstents |
| ZE2005-20 | Radioaktive Koronarstents |
| ZE2005-21 | Selbstexpandierende Prothesen an Ösophagus und Gallengängen |
| ZE2005-22 | IABP |
| ZE2005-23 | Stentgraft-Prothesen bei Aortenaneurysmen, perkutan-transluminal |
| ZE2005-24 | Penisprothesen |
| ZE2005-25 | Modulare Endoprothesen |
| ZE2005-26 | Anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung |
| ZE2005-27 | Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren |
| ZE2005-28 | Gabe von Adalimumab, parenteral |
| ZE2005-29 | Gabe von Gemtuzumab Ozogamicin, parenteral |
| ZE2005-30 | Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Zytomeglie-Virus, parenteral |
| ZE2005-31 | Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Varicella-Zoster-Virus, parenteral |
| ZE2005-32 | Gabe von Infliximab, parenteral |

# „Zusatz"-Entgelte 2005

| | |
|---|---|
| ZE2005-33 | Gabe von Sargramostim, parenteral |
| ZE2005-34 | Gabe von Granulozytenkonzentraten |
| ZE2005-35 | Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen |
| ZE2005-36 | Versorgung von Schwerstbehinderten |

# Änderungen in der FPV (früher KFPV)

- Regelungen zu Verlegungen, Wiederaufnahmen etc. weitgehend unverändert
- Klarstellung: Fallzusammenführung gilt auch bei Verlegungsketten (z.B. KH A → KH B → KH A → Entlassung → Wiederaufnahme KH A)
- Neuregelung zu Begleitpersonen (€ 45 / Tag bei medizinischer Indikation, keine DRG)

# DRG-Update 2005

- DRG-Katalog, Fallpauschalenvereinbarung
- ICD-Verzeichnis
- OPS-Verzeichnis
- Deutsche Kodierrichtlinien

# DRG-Update 2005

- DRG-Katalog, Fallpauschalenvereinbarung
- ICD-Verzeichnis
- OPS-Verzeichnis
- Deutsche Kodierrichtlinien

## Tuberkulose

Unterscheidung nach

- gesicherten und
- ungesicherten

Tuberkulosefällen

# Diabetes mellitus

**.0 Mit Koma**

Diabetisches Koma:

- hyperosmolar
- ~~hypoglykämisch~~
- mit oder ohne Ketoazidose

Hyperglykämisches Koma o.n.A.

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

**.6 Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen**

Diabetische Arthropathie† (M14.2*)

Hypoglykämie

Hypoglykämisches Koma

## Diabetes mellitus

# E13 Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus

***Inkl.:*** Pankreopriver Diabetes mellitus

# SIRS

## Neue Codes

- R65.1! *Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese mit Organkomplikationen*.
- R65.2! *Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] nichtinfektiöser Genese ohne Organkomplikationen*.
- R65.3! *Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] nichtinfektiöser Genese mit Organkomplikationen*.
- R65.9! *Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS], nicht näher bezeichnet*.

# TIA: jetzt inklusive PRIND

**G45 Zerebrale transitorische ~~ischämische Attacken~~ Ischämie und verwandte Syndrome**

***Inkl.:*** Prolongiertes reversibles ischämisches neurologisches Defizit [PRIND]

Zerebrale transitorische ischämische Attacke [TIA]

Die folgenden fünften Stellen sind bei der Kategorie G45 zu benutzen:

**~~0 Komplette Rückbildung innerhalb von 24 Stunden~~**

**~~1 Komplette Rückbildung nach mehr als 24 Stunden;~~** ~~Minimale, den Alltag nicht beeinträchtigende Restsymptome~~

**~~9 Verlauf der Rückbildung nicht näher bezeichnet~~**

**1 Komplette Rückbildung nach mehr als 24 Stunden;** Minimale, den Alltag nicht beeinträchtigende Restsymptome

**2 Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden**

**3 Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde**

**9 Verlauf der Rückbildung nicht näher bezeichnet**

**G45.8 Sonstige zerebrale transitorische ~~ischämische Attacken~~ Ischämie und verwandte Syndrome**

**G45.9 Zerebrale transitorische ~~ischämische Attacke~~ Ischämie, nicht näher bezeichnet**

# Nichttraumatische Intrazerebrale Blutung: jetzt immer zwei Codes!

| | SAB | ICB | SDH |
|---|---|---|---|
| Aneurysma: | | | |
| angeboren | I60.- & Q28.x0 | I61.- & Q28.x0 | I62.0 & Q28.x0 |
| erworben | I60.- & I67.10 | I61.- & I67.10 | I62.0 & I67.10 |
| | | | |
| AVM | I60.- & Q28.x8 | I61.- & Q28.x8 | I62.0 & Q28.x8 |
| | | | |
| AV-Fistel | | | |
| erworben | I60.- & I67.11 | I61.- & I67.11 | I62.0 & I67.11 |
| angeboren | I60.- & Q28.x1 | I61.- & Q28.x1 | I62.0 & Q28.x1 |

# Multiple Sklerose

**G35 Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]**

Die folgenden fünften Stellen sind bei den Subkategorien G35.1-G35.3 zu benutzen:

0 Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression

1 Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression

**G35.0 Erstmanifestation einer multiplen Sklerose**

**G35.1 Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf**

**G35.2 Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf**

**G35.3 Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf**

**G35.9 Multiple Sklerose, nicht näher bezeichnet**

# FEV muss jetzt bei jeder COPD mitkodiert werden

**J44 Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit**

Die folgenden fünften Stellen sind bei J44 zu benutzen, um den Grad der Obstruktion anzugeben:

0 FEV1 < 35 % des Sollwertes

1 FEV1 >= 35 % und < 50 % des Sollwertes

2 FEV1 >= 50 % des Sollwertes

9 FEV1 nicht näher bezeichnet

**J44.1 Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet**

Die folgenden fünften Stellen sind bei J44.1 zu benutzen, um den Grad der Obstruktion anzugeben:

0 FEV1 < 35 % des Sollwertes

1 FEV1 >= 35 % und < 50 % des Sollwertes

2 FEV1 >= 50 % des Sollwertes

9 FEV1 nicht näher bezeichnet

# Dekubitus

**L89 Dekubitalgeschwür**

***Hinw.:*** 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 ~~Eine Druckstelle, nicht als Rezidiv bezeichnet~~ Kopf

1 ~~Eine Druckstelle, als Rezidiv bezeichnet~~ Obere Extremität

2 ~~Zwei Druckstellen, nicht als Rezidiv bezeichnet~~ Dornfortsätze

3 ~~Zwei Druckstellen, als Rezidiv bezeichnet~~ Beckenkamm Spina iliaca

4 ~~Mehr als zwei Druckstellen, nicht als Rezidiv bezeichnet~~ Kreuzbein Steißbein

5 ~~Mehr als zwei Druckstellen, als Rezidiv bezeichnet~~ Sitzbein

**6 Trochanter**

**7 Ferse**

**8 Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität**

9 ~~Nicht näher bezeichnet~~ Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen

# Anlage, Vorhandensein und Wartung venöser Katheterverweilsysteme (Port)

## Z45.2 Anpassung und Handhabung eines vaskulären Zugangs

Z45.20 Anpassung und Handhabung eines operativ implantierten vaskulären Katheterverweilsystems

Port-System, Broviak-Katheter

Z45.29 Anpassung und Handhabung eines sonstigen und nicht näher bezeichneten vaskulären Zugangs

# Zervixinsuffizienz: Differenzierung

## O34.3 Betreuung der Mutter bei Zervixinsuffizienz

Jeder Zustand mit vorzeitiger Zervixverkürzung oder -eröffnung in der Schwangerschaft, unabhängig von der Angabe von Wehen oder anderen Ursachen

- O34.30 Betreuung der Mutter bei vaginalsonographisch dokumentierter Zervixlänge unter 10 mm oder Trichterbildung
- O34.31 Betreuung der Mutter bei Fruchtblasenprolaps
- O34.38 Betreuung der Mutter bei sonstiger Zervixinsuffizienz
- O34.39 Betreuung der Mutter bei Zervixinsuffizienz, nicht näher bezeichnet

# Placenta praevia: Differenzierung

**O44.0 Placenta praevia und tiefer Sitz der Plazenta ohne (aktuelle) Blutung ~~mit der Angabe: ohne Blutung~~**

Placenta praevia und tiefer Sitz der Plazenta o.n.A.

~~Tiefer Sitz der Plazenta mit der Angabe: ohne Blutung~~

- O44.00 Tiefer Sitz der Plazenta ohne (aktuelle) Blutung
- O44.01 Placenta praevia ohne (aktuelle) Blutung

**O44.1 Placenta praevia und tiefer Sitz der Plazenta mit aktueller Blutung ~~mit Blutung~~**

Placenta praevia:

- marginalis
- partialis
- totalis

mit Blutung oder o.n.A.

Tiefer Sitz der Plazenta o.n.A. oder mit Blutung

- O44.10 Tiefer Sitz der Plazenta mit aktueller Blutung
- O44.11 Placenta praevia mit aktueller Blutung

# DRG-Update 2005

- DRG-Katalog, Fallpauschalenvereinbarung
- ICD-Verzeichnis
- OPS-Verzeichnis
- Deutsche Kodierrichtlinien

# DRG-Update 2005

- DRG-Katalog, Fallpauschalenvereinbarung
- ICD-Verzeichnis
- OPS-Verzeichnis
- Deutsche Kodierrichtlinien

## Änderungen im OPS

- Angabe der Seitenlokalisation (L, R, B)
- Bei Codes mit Doppelpfeil ↔ Angabe erforderlich
- Hierdurch viele redaktionelle Änderungen

# Übernahme aus dem erweiterten Katalog

| | |
|---|---|
| 1-213 | Syndromdiagnose bei komplizierten Epilepsien |
| 1-91 | Diagnostik bei chronischen Schmerzzuständen |
| 3-70c.0-x | Ganzkörperszintigraphie zur Lokalisationsdiagnostik |
| 5-786.j | Osteosynthese durch ein internes Verlängerungs- oder Knochentransportsystem |
| 5-787.j | Entfernung von Osteosynthesematerial: Internes Verlängerungs- oder Knochentransport-system |
| 5-919 | Operative Versorgung von Mehrfachtumoren an einer Lokalisation der Haut in einer Sitzung |
| 5-930.5 | Art des Transplantates, autogen, nach externer In-vitro-Aufbereitung – 6. Stelle bei 5-930.0 |
| 8-030 | Spezifische allergologische Immuntherapie |
| 8-190.0 | Vakuumversiegelung der Haut mit neuer Struktur |
| 8-561 | Funktionsorientierte physikalische Therapie mit neuer Struktur |
| 8-563 | Physikalisch-medizinische Komplexbehandlung mit neuer Struktur |
| 8-971 | Multimodale dermatologische Komplexbehandlung |
| 8-972 | Komplexbehandlung bei schwerbehandelbarer Epilepsie |
| 8-973 | Komplexbehandlung bei Spina bifida |
| 8-974 | Multimodale Komplexbehandlung bei sonstiger chronischer Erkrankung |
| 8-975 | Naturheilkundliche Komplexbehandlung |
| 8-977 | Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems |
| 9-401 | Psychosoziale Interventionen |
| 9-403.0-y | Sozial- und neuropädiatrische Therapie |
| 9-410-6. Stelle | Psychotherapie, Einzeltherapie |
| 9-411-6. Stelle | Psychotherapie, Gruppentherapie |
| 9-500 | Patientenschulung |

# „Physikalische Therapie" für Akutkrankenhäuser

**8-561** **Funktionsorientierte physikalische Therapie**

***Hinw.:*** Mindestmerkmale:
· Standardisierte Befunderhebung bei vorübergehender oder vorbestehender Beeinträchtigung der Körperfunktionen und -strukturen unter therapeutischer bzw. sekundärpräventiver Zielstellung

8-561.1 Funktionsorientierte physikalische Monotherapie

***Inkl.:*** Sensomotorische Entwicklungs- und Übungsbehandlung und weitere Therapieformen

***Hinw.:*** Einsatz von einem der folgenden Therapiebereiche: Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie mit mindestens 5 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche

8-561.2 Kombinierte funktionsorientierte physikalische Therapie

***Hinw.:*** Behandlung unter fachärztlicher Leitung
Einsatz von zwei Therapiebereichen: Physiotherapie/Physikalische Therapie und Ergotherapie mit mindestens 10 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche über mindestens 10 Tage

hieß früher „Frühmobilisation"

# Patientenschulung

9-500.0 Basisschulung

- ***Hinw.:*** Dauer mindestens 2 Stunden
  Sie beinhaltet themenorientierte Schulungen, z.B. für Antikoagulanzientherapie, Eigeninjektion, häusliche Pflege eines venösen Verweilkatheters, Monitoring oder Reanimation

9-500.1 Grundlegende Patientenschulung

- ***Hinw.:*** Dauer bis 5 Tage mit insgesamt mindestens 20 Stunden
  Durchführung durch dafür ausgebildete Trainer und ihre Teams nach einem von den jeweiligen Fachgesellschaften bzw. Arbeitsgruppen vorgegebenen, definierten und standardisierten Schema
  Durchführung z.B. bei Diabetes mellitus, Asthma bronchiale, Neurodermitis, rheumatologischen Erkrankungen, Mukoviszidose, Adipositas, Epilepsie
  Bei Patienten, die ihre Behandlung nicht eigenverantwortlich übernehmen können, werden Angehörige regelmäßig mitgeschult

9-500.2 Umfassende Patientenschulung

- ***Hinw.:*** Dauer 6 Tage und mehr mit durchschnittlich 4 Stunden pro Tag
  Durchführung durch dafür ausgebildete Trainer und ihre Teams nach einem von den jeweiligen Fachgesellschaften bzw. Arbeitsgruppen vorgegebenen, definierten und standardisierten Schema
  Durchführung z.B. bei Diabetes mellitus, Asthma bronchiale, Neurodermitis, rheumatologischen Erkrankungen, Mukoviszidose, Adipositas, Epilepsie
  Bei Patienten, die ihre Behandlung nicht eigenverantwortlich übernehmen können, werden Angehörige regelmäßig mitgeschult

# Schmerzdiagnostik – jetzt im „offiziellen“ OPS

**1-91 Diagnostik bei chronischen Schmerzzuständen 1-910 Multidisziplinäre algesiologische Diagnostik *Hinw.:*** Hier ist die standardisierte multidisziplinäre (somatische, psychologische und psychosoziale) Diagnostik bei Patienten mit chronischen Schmerzzuständen zu kodieren, die mindestens drei der nachfolgenden Merkmale aufweisen:
· manifeste oder drohende Beeinträchtigung der Lebensqualität und/oder der Arbeitsfähigkeit
· Fehlschlag einer vorherigen unimodalen Schmerztherapie, eines schmerzbedingten operativen Eingriffs oder einer Entzugsbehandlung
· bestehende(r) Medikamentenabhängigkeit oder -fehlgebrauch
· gravierende psychische Begleiterkrankung
· gravierende somatische Begleiterkrankung
Dieser Kode erfordert:
· die Mitarbeit von mindestens zwei Fachdisziplinen (davon eine psychiatrische, psychosomatische oder psychologische Disziplin)
· eine psychometrische und physische Funktionstestung mit anschließender Teambesprechung zur Erstellung eines Therapieplanes
Die Anwendung dieses Kodes setzt die Zusatzqualifikation "Spezielle Schmerztherapie" bei der/dem Verantwortlichen voraus

**1-911 Erweiterte apparativ-überwachte interventionelle Schmerz-Diagnostik mit standardisierter Erfolgskontrolle *Inkl.:*** Kontrollierte diagnostische Injektion und Infiltration in Organe und Gewebe unter Anwendung eines bildgebenden Verfahrens oder eines Neurostimulators
Testung von Medikamenten zur Schmerz-Diagnostik durch systemische oder regionale Applikation

***Hinw.:*** Dieser Kode umfaßt die Dokumentation und Auswertung der erwünschten neurophysiologischen und analgetischen sowie der unerwünschten Wirkungen über einen Zeitraum von mindestens 12 Stunden und die daraus resultierende Erstellung eines schriftlichen Behandlungsplanes

**1-912 Neurophysiologische apparative Testverfahren zur Schmerz-Diagnostik *Inkl.:*** Apparative Verfahren wie Schmerzschwellenmessung, somatosensorische Testung oder Funktionsmessung am sympathischen Nervensystem
Alle zur Schmerz-Diagnostik geeigneten Methoden unter Einsatz funktioneller bildgebender oder elektrophysiologischer Verfahren

# Multimodale Schmerztherapie

**8-918 Multimodale Schmerztherapie**

***Hinw.:*** Hier ist eine mindestens siebentägige interdisziplinäre Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzzuständen unter Einbeziehung von mindestens zwei Fachdisziplinen, davon eine psychiatrische, psychosomatische oder psychologische Disziplin, nach Behandlungsplan mit ärztlicher Behandlungsleitung bei Patienten zu kodieren, die mindestens drei der nachfolgenden Merkmale aufweisen:
· manifeste oder drohende Beeinträchtigung der Lebensqualität und/oder der Arbeitsfähigkeit
· Fehlschlag einer vorherigen unimodalen Schmerztherapie, eines schmerzbedingten operativen Eingriffs oder einer Entzugsbehandlung
· bestehende(r) Medikamentenabhängigkeit oder -fehlgebrauch
· gravierende psychische Begleiterkrankung
· gravierende somatische Begleiterkrankung
Dieser Kode erfordert die gleichzeitige Anwendung von mindestens drei der folgenden aktiven Therapieverfahren: Psychotherapie (Verhaltenstherapie), Spezielle Physiotherapie, Entspannungsverfahren, Ergotherapie, medizinische Trainingstherapie, sensomotorisches Training, Arbeitsplatztraining, Kunst- oder Musiktherapie oder sonstige übenden Therapien. Er umfaßt weiter die Überprüfung des Behandlungsverlaufs durch ein standardisiertes therapeutisches Assessment mit interdisziplinärer Teambesprechung. Die Anwendung dieses Kodes setzt die Zusatzqualifikation "Spezielle Schmerztherapie" bei der/dem Verantwortlichen voraus

- 8-918.0 Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage
- 8-918.1 Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage
- 8-918.2 Mindestens 21 Behandlungstage

# Akutschmerzbehandlung

**8-919 Komplexe Akutschmerzbehandlung**

***Hinw.:*** Dieser Kode umfaßt die Einleitung, Durchführung und Überwachung einer speziellen Schmerztherapie oder Symptomkontrolle bei Patienten mit schweren akuten Schmerzzuständen nach Operationen oder Unfällen mit einem der unter 8-910 bis 8-911 genannten Verfahren, mit kontinuierlichen Regionalanästhesieverfahren (z.B. Plexuskatheter) oder parenteraler patientenkontrollierter Analgesie (PCA) durch spezielle Einrichtungen (z.B. Akutschmerzdienst) mit mindestens zweimaliger Visite pro Tag

Die Anwendung dieses Kodes erfordert die Dokumentation von mindestens drei Aspekten der Effektivität der Therapie (Analgesie, Symptomintensität, Symptomkontrolle, Ermöglichung aktiver Therapie)

Der Kode ist nicht anwendbar bei Schmerztherapie nur am Operationstag

## Kodierung der Beatmung

- OPS: Beatmungscodes fallen 2005 weg; Zugang wird weiterhin kodiert
- ICD: weitgehend unverändert
- Beatmungsstunden entscheidend; keine Validierung mehr über OPS!

# Konfliktpotenzial mit dem MDK

- Beatmungsstunden / CPAP kodieren ?
  - DKR 1001c: Maschinelle Beatmung ist *„… ein Vorgang, bei dem Gase mittels einer mechanischen Vorrichtung in die Lunge bewegt werden. … "*
    → reines CPAP wird außer beim Weaning nicht kodiert, CPAP mit Druckunterstützung wird wie invasivere Beatmung kodiert
  - "Die Dauer **der Entwöhnung** wird bei der Berechnung der Beatmungsdauer eines Patienten hinzugezählt."
    → nicht nur die reinen Beatmungsstunden kodieren

# Transfusionscodes

8-800.7
Erythrozytenkonzentrat

.70 16 TE bis unter 24 TE
.71 24 TE bis unter 32 TE
.72 32 TE bis unter 40 TE
.73 40 TE bis unter 48 TE
.74 48 TE bis unter 56 TE
.75 56 TE bis unter 64 TE
.76 64 TE bis unter 72 TE
.77 72 TE bis unter 80 TE
.78 80 TE bis unter 88 TE
.79 88 TE bis unter 104 TE
.7a 104 TE bis unter 120 TE
.7b 120 TE bis unter 136 TE
.7c 136 TE bis unter 152 TE
.7d 152 TE bis unter 168 TE
.7e 168 TE und mehr
**.7f 1 TE bis unter 6 TE**
**.7g 6 TE bis unter 11 TE**
**.7h 11 TE bis unter 16 TE**

# Mengenangaben: Beispiel Ösophagusstents

5-429.j Maßnahmen bei selbstexpandierender Prothese

.j0 Einlegen oder Wechsel, offen chirurgisch, eine Prothese

.j1 Einlegen oder Wechsel, endoskopisch, eine Prothese

.j3 Einlegen oder Wechsel, offen chirurgisch, zwei Prothesen

.j4 Einlegen oder Wechsel, endoskopisch, zwei Prothesen

.j5 Einlegen oder Wechsel, offen chirurgisch, drei Prothesen

.j6 Einlegen oder Wechsel, endoskopisch, drei Prothesen

.j7 Einlegen oder Wechsel, offen chirurgisch, mehr als drei Prothesen

.j8 Einlegen oder Wechsel, endoskopisch, mehr als drei Prothesen

# Genauere Lokalisationsangabe – Beispiel Ablation bei Tachyarrhythmie

8-835.0 Radiofrequenzablation
~~8-835.1 Thermoablation~~
8-835.2 Konventionelle Radiofrequenzablation
.20 Rechter Vorhof *Inkl.:* Venae cavae und Koronarsinus *Exkl.:* AV-Knoten (8-835.21)
.21 AV-Knoten
.22 Rechter Ventrikel
.23 Linker Vorhof *Inkl.:* Pulmonalvenen
.24 Linker Ventrikel
8-835.3 Gekühlte Radiofrequenzablation
.30 Rechter Vorhof *Inkl.:* Venae cavae und Koronarsinus *Exkl.:* AV-Knoten (8-835.31)
.31 AV-Knoten
.32 Rechter Ventrikel
.33 Linker Vorhof *Inkl.:* Pulmonalvenen
.34 Linker Ventrikel
8-835.4 Ablation mit anderen Energiequellen *Inkl.:* Kryotherapie, Ultraschall, Mikrowelle, Laser
.40 Rechter Vorhof *Inkl.:* Venae cavae und Koronarsinus *Exkl.:* AV-Knoten (8-835.41)
.41 AV-Knoten
.42 Rechter Ventrikel
.43 Linker Vorhof *Inkl.:* Pulmonalvenen
.44 Linker Ventrikel
8-835.5 Ablation durch dreidimensionale, elektroanatomische Mappingverfahren *Inkl.:* CARTO-System, ENSITE, BASKET-System
.50 Rechter Vorhof *Inkl.:* Venae cavae und Koronarsinus *Exkl.:* AV-Knoten (8-835.51)
.51 AV-Knoten
.52 Rechter Ventrikel
.53 Linker Vorhof *Inkl.:* Pulmonalvenen
.54 Linker Ventrikel
8-835.6 Ablation durch dreidimensionale, rein anatomische Mappingverfahren *Inkl.:* Intrakardialer Ultraschall
.60 Rechter Vorhof *Inkl.:* Venae cavae und Koronarsinus *Exkl.:* AV-Knoten (8-835.61)
.61 AV-Knoten
.62 Rechter Ventrikel
.63 Linker Vorhof *Inkl.:* Pulmonalvenen
.64 Linker Ventrikel

# Genauere Lokalisationen: Beispiel Gelenk-OPs

Die Lokalisation ist für die Kodes 5-810 bis 5-812 und 5-819 nach folgender Liste zu kodieren:

- 0↔ Humeroglenoidalgelenk
- 1↔ Akromioklavikulargelenk
- 2↔ Thorakoskapulargelenk(raum)
- 3↔ Sternoklavikulargelenk
- 4↔ Humeroulnargelenk
- 5↔ Proximales Radioulnargelenk
- 6↔ Distales Radioulnargelenk
- 7↔ Handgelenk
- 8↔ Radiokarpalgelenk
- 9↔ Ulnakarpalgelenk
- e↔ Iliosakralgelenk
- f↔ Symphyse
- g↔ Hüftgelenk
- h↔ Kniegelenk
- j↔ Proximales Tibiofibulargelenk
- k↔ Oberes Sprunggelenk
- m↔ Unteres Sprunggelenk
- n↔ Tarsalgelenk
- p↔ Tarsometatarsalgelenk
- q↔ Metatarsophalangealgelenk
- r↔ Zehengelenk
- x↔ Sonstige

## Arthroskopische Gelenkoperationen

**5-81 Arthroskopische Gelenkoperationen** *Exkl.:* ~~Diagnostische~~ Alleinige diagnostische Arthroskopie (1-697)

*Hinw.:* Eine gleichzeitig durchgeführte diagnostische Arthroskopie ist im Kode enthalten

# Rektumresektion

## 5-484 Rektumresektion unter Sphinktererhaltung

*Hinw.:* Die Anlage eines protektiven Enterostomas ist gesondert zu kodieren (5-462) Zugang und Art der Rekonstruktion sind in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren. Nicht alle Verfahren sind von allen Zugängen aus durchführbar:

1 Offen chirurgisch mit Anastomose

2 Offen chirurgisch mit Enterostoma und Blindverschluß

~~4 Offen chirurgisch mit Anastomosen-Anus praeter~~

5 Laparoskopisch mit Anastomose

6 Laparoskopisch mit Enterostoma und Blindverschluß

x Sonstige

# Simultane Cholezystektomie

5-511.4 Simultan, während einer Laparotomie aus anderen Gründen

.41 Ohne operative Revision der Gallengänge

.42 Mit operativer Revision der Gallengänge

5-511.5 Simultan, während einer Laparoskopie aus anderen Gründen

.51 Ohne operative Revision der Gallengänge

.52 Mit operativer Revision der Gallengänge

# Neues zur Hernien-Chirurgie

**5-530 Verschluß einer Hernia inguinalis**

**5-531 Verschluß einer Hernia femoralis**

**5-538 Verschluß einer Hernia diaphragmatica**

*Hinw.:* Unter Rezidiv ist hier ein Wiederauftreten nach operativem Hernienverschluß zu verstehen, nicht jedoch eine erneute Hernierung nach konservativer Reposition

**5-536 Verschluß einer Narbenhernie**

5-536.4 Mit alloplastischem Material

~~.40 Offen chirurgisch~~

.42 Endoskopisch total extraperitoneal

.43 Offen chirurgisch als Bauchwandverstärkung

.44 Offen chirurgisch als Bauchwandersatz

# Klarstellung: Neuromonitoring bei SD-OP

**5-064 Operationen an der Schilddrüse durch Sternotomie**

**5-066 Partielle Nebenschilddrüsenresektion**

**5-067 Parathyreoidektomie**

**5-068 Operationen an der Nebenschilddrüse durch Sternotomie**

*Hinw.:* Das Monitoring des N. recurrens ist gesondert zu kodieren (5-069.4)

**5-069 Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen**

5-069.3 Replantation einer Nebenschilddrüse

.30 Orthotop

.31 Heterotop (z.B. Oberarm)

**5-069.4 Monitoring des N. recurrens im Rahmen einer anderen Operation**

# 8-836 Perkutan-transluminale Gefäßintervention

8-836.m Selektive Embolisation mit Metallspiralen *Hinw.:* Die Anzahl der verwendeten Metallspiralen ist unter (8-836.n ff.) zu kodieren

8-836.n Anzahl der Metallspiralen

*Hinw.:* Diese Kodes sind Zusatzkodes. Sie dürfen nur zusätzlich zu einem Kode aus 8-836.m verwendet werden

.n1 1 Metallspirale

.n2 2 Metallspiralen

.n3 3 Metallspiralen

.n4 4 Metallspiralen

.n5 5 Metallspiralen

...

.nk 19 Metallspiralen

.nm 20 Metallspiralen

.nn Mehr als 20 Metallspiralen

# Dauer IABP

**5-376 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch**

5-376.0 Intraaortale Ballonpumpe *Hinw.:* Die Dauer der Behandlung ist gesondert zu kodieren (8-83a.0 ff.)

**8-839 Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße**

8-839.0 Perkutane Einführung einer intraaortalen Ballonpumpe

*Hinw.:* Die Dauer der Behandlung ist gesondert zu kodieren (8-83a.0 ff.)

# Dauer IABP

**8-83a Dauer der Behandlung mit einem herzunterstützenden System**
8-83a.0 Intraaortale Ballonpumpe
*Exkl.:* Offen chirurgische Implantation und Entfernung einer intraaortalen Ballonpumpe (5-376.0 ff.)
Perkutane Einführung und Entfernung einer intraaortalen Ballonpumpe (8-839.0, 8-839.3)
.00 Bis unter 48 Stunden
.01 48 bis unter 96 Stunden
.02 96 Stunden und mehr
8-83a.1 Extrakorporale Pumpe (z.B. Kreiselpumpe oder Zentrifugalpumpe), univentrikulär
*Exkl.:* Implantation und Entfernung einer extrakorporalen univentrikulären Pumpe (5-376.2 ff.)
.10 Bis unter 48 Stunden
.11 48 bis unter 96 Stunden
.12 96 Stunden und mehr
8-83a.2 Extrakorporale Pumpe (z.B. Kreiselpumpe oder Zentrifugalpumpe), biventrikulär
*Exkl.:* Implantation und Entfernung einer extrakorporalen biventrikulären Pumpe (5-376.3 ff.)
.20 Bis unter 48 Stunden
.21 48 bis unter 96 Stunden
.22 96 Stunden und mehr
8-83a.x Sonstige
8-83a.y N.n.bez.

# 5-399 Andere Operationen an Blutgefäßen

5-399.5 Implantation und Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)

*Inkl.:* Portsystem

5-399.6 Revision von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)

*Inkl.:* Portsystem ~~Wechsel eines venösen Katheterverweilsystems~~

5-399.7 Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie) *Inkl.:* Portsystem

5-399.b Implantation und Wechsel einer implantierbaren Medikamentenpumpe (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)

5-399.c Revision einer implantierbaren Medikamentenpumpe (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)

5-399.d Entfernung einer implantierbaren Medikamentenpumpe (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)

# Osteosynthesetechniken

**5-786 Osteosynthese von Knochen**

5-786.8 Durch Fixateur externe *Exkl.:* Durch Ringfixateur (5-786.m)

5-786.9 Durch Materialkombinationen ~~*Inkl.:* Verbundosteosynthese~~

5-786.f Durch resorbierbares Material

5-786.j Durch internes Verlängerungs- oder Knochentransportsystem

5-786.k Durch winkelstabile Platte

5-786.m Durch Ringfixateur

**5-787 Entfernung von Osteosynthesematerial**

5-787.9 Fixateur externe *Exkl.:* Ringfixateur (5-787.m ff.)

5-787.j Internes Verlängerungs- oder Knochentransportsystem

5-787.k Winkelstabile Platte

5-787.m Ringfixateur [6. Stelle: 1-9, a,b,d,f,g,h,k,m,n,p-v]

# Temporäre Weichteildeckung

5-916.a Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung

*Exkl.:* Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung ohne Operationsbedingungen und Anästhesie (8-190.1 ff.)

*Hinw.:* Die Angabe dieses Kodes ist an die Durchführung unter Operationsbedingungen mit Anästhesie gebunden Die alleinige Entfernung ist als Wunddebridement zu verschlüsseln (5-850 ff., 5-869.1 ff., 5-893 ff.)

.a0 An Haut und Unterhaut

.a1. Tiefreichend, an Knochen und Gelenken der Extremitäten

.a2 Tiefreichend, an Thorax, Mediastinum und Sternum *Inkl.:* Vakuumversiegelung nach Herzoperation

.a3 Am offenen Abdomen *Exkl.:* Anlage eines Laparostomas (5-541.4)

.ax Sonstige *Inkl.:* Retroperitoneum

## Präpartale Behandlungsdauer

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

- 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

# Komplexbehandlungen

- Geriatrische Frühreha
- Neurologisch-neurochirurgisch Frühreha
- Sonstige Frühreha
- Epilepsie
- Spina bifida
- Chronische Erkrankungen
- Querschnittslähmung
- Bewegungssystem
- Akuter Schlaganfall (stroke unit)
- Intensivmedizin
- Palliativmedizin

# Komplexbehandlungen

- Geriatrische Frühreha
- Neurologisch-neurochirurgisch Frühreha
- Sonstige Frühreha
- Epilepsie
- Spina bifida
- Chronische Erkrankungen
- Querschnittslähmung
- Bewegungssystem
- Akuter Schlaganfall (stroke unit)
- Intensivmedizin
- Palliativmedizin

# DRG-Katalog 2005: Intensivmedizin

- Neuer OPS-Code: Intensivmedizinische Komplexbehandlung
- aufwändige tägliche SAPS- und TISS-Bestimmung
- 2005 noch keine Erlösauswirkung

# Intensivmedizinische Komplexbehandlung

**8-980** **Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)**

***Exkl.:*** Intensivüberwachung ohne akute Behandlung lebenswichtiger Organsysteme oder kurzfristige ( < 24 Stunden) Intensivbehandlung
Kurzfristige ( < 24 Stunden) Stabilisierung von Patienten nach operativen Eingriffen

***Hinw.:*** Mindestmerkmale:
· Kontinuierliche, 24-stündige Überwachung und akute Behandlungsbereitschaft durch ein Team von Pflegepersonal und Ärzten, die in der Intensivmedizin erfahren sind und die aktuellen Probleme ihrer Patienten kennen
· Eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation muss gewährleistet sein
· Die Anzahl der Aufwandspunkte errechnet sich aus der Summe des täglichen SAPS II (ohne Glasgow Coma Scale) über die Verweildauer auf der Intensivstation (total SAPS II) plus der Summe von 10 täglich ermittelten aufwendigen Leistungen aus dem TISS-Katalog über die Verweildauer auf der Intensivstation
· Die zu verwendenden Parameter des SAPS II und des TISS sind in den Hinweisen für die Benutzung des OPS zu finden
· Spezielle intensivmedizinische Prozeduren, wie Transfusion von Plasma und Plasmabestandteilen, Plasmapherese und Immunadsorption, Maßnahmen im Rahmen der Reanimation u.a. sind gesondert zu kodieren
· Dieser Kode ist für Patienten ab dem vollendeten 14. Lebensjahr anzugeben

# Aufwandspunkte für OPS 9-980._

| | |
|---|---|
| 8-980.0 | 1 bis 184 Aufwandspunkte |
| 8-980.1 | 185 bis 552 Aufwandspunkte |
| 8-980.2 | 553 bis 1104 Aufwandspunkte |
| 8-980.3 | 1105 bis 1656 Aufwandspunkte |
| 8-980.4 | 1657 bis 2208 Aufwandspunkte |
| 8-980.5 | 2209 bis 2760 Aufwandspunkte |
| 8-980.6 | 2761 bis 3680 Aufwandspunkte |
| 8-980.7 | 3681 bis 4600 Aufwandspunkte |
| 8-980.8 | 4601 bis 5520 Aufwandspunkte |
| 8-980.9 | 5521 bis 7360 Aufwandspunkte |
| 8-980.a | 7361 bis 9200 Aufwandspunkte |
| 8-980.b | 9201 bis 11040 Aufwandspunkte |
| 8-980.c | 11041 bis 13800 Aufwandspunkte |
| 8-980.d | 13801 bis 16560 Aufwandspunkte |
| 8-980.e | 16561 bis 19320 Aufwandspunkte |
| 8-980.f | 19321 und mehr Aufwandspunkte |

# SAPS Teil 1

| | Punkte | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Variablen** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| Herzfrequenz [1/min] | 70 - 119 | | 40-69 | | 120-159 | | | ≥160 | | | <40 | | |
| Systolischer Blutdruck [mmHg] | 100-199 | | ≥200 | | | 70-99 | | | | | | | <70 |
| Körpertemperatur [°C] | <39 | | | ≥39 | | | | | | | | | |
| $PaO_2/FiO_2$* [mmHg] | | | | | | | ≥200 | | 100-199 | | <100 | | |
| Ausfuhr Urin [l/d] | ≥1,0 | | | | 0,5-0,999 | | | | | | <0,5 | | |
| Harnstoff im Serum [g/l] | <0,6 | | | | | | 0,6-1,79 | | | ≥1,8 | | | |
| Leukozyten [$10^3/mm^3$] | 1,0-19,9 | | | ≥20 | | | | | | | | <1,0 | |
| Kalium im Serum [mmol/l] | 3,0-4,9 | | | ≥5,0<br><3,0 | | | | | | | | | |
| Natrium im Serum [mmol/l] | 125-144 | ≥145 | | | | <125 | | | | | | | |
| Bicarbonat im Serum [mmol/l] | ≥20 | | | 15-19 | | | <15 | | | | | | |
| Bilirubin im Serum [µmol/l] | <68,4 | | | | 68,4-102,5 | | | | ≥102,6 | | | | |

*Erhebung nur im Falle der maschinellen Beatmung oder der kontinuierlichen Messung des pulmonalarteriellen Druckes

# SAPS Teil 2

| | Punkte | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Variablen** | **0** | **6** | **8** | **9** | **10** | **17** |
| Chronische Leiden | | | | Metastasierende Neoplasie | Hämatologische Neoplasie | AIDS* |
| Aufnahmestatus** | Geplant chirurgisch | Medizinisch | Nicht-geplant chirurgisch | | | |

* Wertung bei positivem HIV-Test und entsprechenden klinischen Komplikationen

** geplant chirurgisch: Operationstermin mindestens 24 Stunden vorher geplant
nicht-geplant chirurgisch: Operationstermin erst in den letzten 24 Stunden geplant
medizinisch: mindestens eine Woche lang nicht operiert

Achtung! Bei den chronischen Leiden darf nur das mit der höchsten Punktzahl berechnet werden.

| | Punkte | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Variablen** | **0** | **5** | **7** | **12** | **13** | **15** | **16** | **18** | **26** |
| Alter des Patienten | <40 | | 40-59 | 60-69 | | 70-74 | 75-79 | ≥80 | |

# TISS 10

| Leistung: | Punkte pro Tag: |
|---|---|
| Apparative Beatmung | 5 |
| Infusion multipler Katecholamine (>1) | 4 |
| Flüssigkeitsersatz in hohen Mengen (>5 l/24 Std.) | 4 |
| Peripherer arterieller Katheter | 5 |
| Linksvorhof-Katheter / Pulmonalis-Katheter | 8 |
| Hämofiltration / Dialyse | 3 |
| Intrakranielle Druckmessung | 4 |
| Behandlung einer metabolischen Azidose / Alkalose | 4 |
| Spezielle Interventionen auf der ITS (z.B. Tracheotomie, Kardioversion) | 5 |
| Aktionen außerhalb der Station (Diagnostik / Operation) | 5 |

AUFWANDSPKT - Microsoft Internet Explorer

Datei Bearbeiten Ansicht Favoriten Extras ?

OPS-Verzeichnis

# SAPS II und Core-10-TISS
## zur Erfassung der Aufwandspunkte

Name: Pat-ID:

Geboren: Datum:

| | | |
|---|---|---|
| Aufnahmestatus 0 | Chronische Leiden 0 | Glasgow Coma Scale 0 |
| Alter des Patienten 0 | Syst. Blutdruck [mmHg] 0 | Herzfrequenz [1/min] 0 |
| Körpertemperatur [°C] 0 | bei masch. Beatmung: $p_aO_2/F_iO_2$ [mmHg] 0 | Ausfuhr Urin [l/24Std.] 0 |
| Harnstoff im Serum [mg/dl] 0 | Leukozyten [$10^3/mm^3$] 0 | Kalium im Serum [mmol/l] 0 |
| Natrium im Serum [mmol/l] 0 | Bicarbonat im Serum [mmol/l] 0 | Bilirubin im Serum [mg/dl] 0 |
| SAPS II | 0 | Löschen |

| Leistung nach Core-10-TISS | Punkte | Auswahl |
|---|---|---|
| Apparative Beatmung | 5 | ja nein |
| Infusion multipler Katecholamine | 4 | ja nein |
| Flüssigkeitsersatz in hohen Mengen (>5l/24Std.) | 4 | ja nein |
| Peripherer arterielle Katheter | 5 | ja nein |
| Linksvorhof-Katheter/Pulmonalis-Katheter | 8 | ja nein |

## Palliativmedizin

- 8-892: OPS-Code für Palliativmedizin
- Noch keine eigenen Palliativ-DRGs

# Palliativmedizin

**8-982 Palliativmedizinische Komplexbehandlung**

***Hinw.:*** Mindestmerkmale:
Aktive, ganzheitliche Behandlung zur Symptomkontrolle und psychosozialen Stabilisierung ohne kurative Intention und im Allgemeinen ohne Beeinflussung der Grunderkrankung von Patienten mit einer progredienten, fortgeschrittenen Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung unter Einbeziehung ihrer Angehörigen und unter Leitung eines Facharztes mit nachgewiesener Qualifikation in der Palliativmedizin (z.B. mindestens einjährige Erfahrung im Bereich Palliativmedizin oder entsprechende Qualifikation)
Erstellung und Dokumentation eines individuellen Behandlungsplans bei Aufnahme
Wöchentliche Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele
Einsatz von mindestens zwei der folgenden Therapiebereiche: Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Psychologie, Physiotherapie, künstlerische Therapie (Kunst- und Musiktherapie) mit insgesamt mindestens 6 Stunden pro Patient und Woche in patientenbezogenen unterschiedlichen Kombinationen

- 8-982.0 Bis zu 6 Behandlungstage
- 8-982.1 Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage
- 8-982.2 Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage
- 8-982.3 Mindestens 21 Behandlungstage

# DRG-Update 2005

- DRG-Katalog, Fallpauschalenvereinbarung
- ICD-Verzeichnis
- OPS-Verzeichnis
- Deutsche Kodierrichtlinien

# DRG-Update 2005

- DRG-Katalog, Fallpauschalenvereinbarung
- ICD-Verzeichnis
- OPS-Verzeichnis
- Deutsche Kodierrichtlinien

## Aufbau der DKR

- Trend: Verlagerung
  Spezielle DKR → Allgemeine DKR
- Streichung zahlreicher DKR
- Anpassung an ICD 2005, OPS 2005 und DRG 2005

# Gestrichene Kodierrichtlinien

- 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 Kodes 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, Liquorshunt*
- 0701a *Diabetische Katarakte*
- 0703a *Reihenfolge der Angabe von Glaukom und Katarakt*0705c *Strabismus (Schielen)*
- 0706a *Kontaktlinsen-Intoleranz*
- 00707a *Verblitzung der Schweißer*
- 0708a *Rost-Ring der Kornea*
- 0709a *Kearns-Sayre-Syndrom*
- 0710a *Postoperatives Hyphäma*
- 0711a *Trabekulektomie*
- 0802a *Leimohr*
- 0803a *Entfernung von Paukenröhrchen*
- 907a *Sekundäre Hypertonie (I15.–)*
- 0910c *Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO)*
- 1002a *Asthma bronchiale*
- 1003c *Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COLD)*
- 1104a *Helicobacter/Campylobacter*
- 1106a *Peranale Blutung*
- 1201a *Phlegmone*
- 1202a *Versorgung einer Verletzung der Haut und des subkutanen Gewebes*
- Anhang B
- 1203a *Destruktion/Exzision einer Neubildung der Haut*
- 1206a *Blepharoplastik*
- 1207b *Hauttransplantation*
- 1301a *Chronischer Kreuzschmerz*
- 1302a *Bandscheibenprolaps*
- 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 *Beckenendlagengeburt und Extraktion des Kindes*
- 1523a *Selektiver Fetozid*
- 1526a *Manuelle Plazentalösung*
- 1527a *Definition des Puerperiums (Wochenbetts)*
- 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*
- Übergangsregelungen
- Anpassung des Absatzes zur Kodierung von beidseitigen Eingriffen.
- Redaktionelle Hinweise
- Tabelle 1 und 2 wurden in DKR D012d Mehrfachkodierung verschoben.
- *Diabetes].*

# Definition Hauptdiagnose

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

Der Begriff „nach Analyse" bezeichnet die Evaluation der Befunde am Ende des stationären Aufenthaltes, um diejenige Krankheit festzustellen, die hauptsächlich verantwortlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes war. Die dabei evaluierten Befunde können Informationen enthalten, die aus der medizinischen und pflegerischen Anamnese, einer psychiatrischen Untersuchung, Konsultationen von Spezialisten, einer körperlicher Untersuchung, diagnostischen Tests oder Prozeduren, chirurgischen Eingriffen und pathologischen oder radiologischen Untersuchungen gewonnen wurden. Für die Abrechnung relevante Befunde, die nach der Entlassung eingehen, sind für die Kodierung heranzuziehen.

# Definition Nebendiagnose

Die Nebendiagnose ist definiert als:

**„Eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt."**

Für Kodierungszwecke müssen Nebendiagnosen als Krankheiten interpretiert werden, die das Patientenmanagement in der Weise beeinflussen, dass irgendeiner der folgenden Faktoren erforderlich ist:

- therapeutische Maßnahmen
- diagnostische Maßnahmen
- erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand

Krankheiten, die z.B. durch den Anästhesisten während der präoperativen Beurteilung dokumentiert wurden, werden nur kodiert, wenn sie den oben genannten Kriterien entsprechen. Sofern eine Begleitkrankheit das Standardvorgehen für eine spezielle Prozedur beeinflusst, wird diese Krankheit als Nebendiagnose kodiert.

Anamnestische Diagnosen, die das Patientenmanagement gemäß obiger Definition nicht beeinflusst haben, wie z.B. eine ausgeheilte Pneumonie vor 6 Monaten oder ein abgeheiltes Ulkus, werden nicht kodiert.

# Relevanz von Nebendiagnosen – Beispiel

**Beispiel 1**

Eine Patientin wird zur Behandlung einer chronischen myeloischen Leukämie (CML) stationär aufgenommen. In der Anamnese gibt sie eine Knieoperation vor 10 Jahren wegen eines Außenmeniskusschadens an. Danach war sie beschwerdefrei. Eine bekannte koronare Herzkrankheit wird medikamentös weiterbehandelt. Die sonografische Untersuchung der abdominellen Lymphknoten zeigt auch ein bekanntes Uterusmyom, das keine weitere Diagnostik und Behandlung erfordert. Während des stationären Aufenthaltes kommt es zu einer depressiven Reaktion mit Therapie durch Antidepressiva. Wegen anhaltender Lumbalgien wird die Patientin krankengymnastisch betreut.

| | |
|---|---|
| Hauptdiagnose: | Chronisch myeloische Leukämie (CML) |
| Nebendiagnose(n): | Depressive Reaktion |
| | Lumbalgien |
| | Koronare Herzkrankheit |

Die Nebendiagnosen erfüllen die obige Definition (Ressourcenverbrauch) und sind deshalb zu dokumentieren.

Die sonstigen Diagnosen (Uterus myomatosus, Z.n. OP nach Außenmeniskusschaden) erfüllen diese Definition nicht und werden deshalb für das DRG-System nicht dokumentiert. Sie sind jedoch für die medizinische Dokumentation und die ärztliche Kommunikation von Bedeutung.

# Prozedurenkomponenten

Normalerweise ist eine Prozedur vollständig mit all ihren Komponenten, wie z.B. Vorbereitung, Lagerung, Anästhesie, Zugang, Naht, usw., in einem Kode abgebildet.

Ebenso sind eingriffsverwandte diagnostische Maßnahmen nicht gesondert zu kodieren, wenn diese in derselben Sitzung durchgeführt werden und regelhaft Bestandteil der interventionelltherapeutischen Prozeduren sind und dies im OPS nicht anders geregelt ist (z.B. diagnostische Arthroskopie vor arthroskopischer Meniskektomie wird nicht verschlüsselt).

# Bakteriämie und Sepsis (DKR 0103d)

## Bakteriämie

- Kein Sepsis-Code, sondern
- A49.- *Bakterielle Infektion, nicht näher bezeichneter Lokalisation*
- oder spezifischer, z.B. A54.9 *Gonokokkeninfektion, nicht näher bezeichnet*
- Ausnahme: Meningokokken-Bakteriämie A39.4 *Meningokokkensepsis, nicht näher bezeichnet*

# Bakteriämie und Sepsis (DKR 0103d)

## Sepsis

- A02.1 *Salmonellensepsis*
- A32.7 *Listeriensepsis*
- A39.2 *Akute Meningokokkensepsis*
- A39.3 *Chronische Meningokokkensepsis*
- A39.4 *Meningokokkensepsis, nicht näher bezeichnet*
- A40.- *Streptokokkensepsis*
- A41.- *Sonstige Sepsis*
- B37.7 *Candida-Sepsis*
- P36.- *Bakterielle Sepsis beim Neugeborenen*

## Bakteriämie und Sepsis (DKR 0103d)

### Sepsis bei Abort, Geburt etc.

- O03–O07 *Schwangerschaft mit abortivem Ausgang*
- O08.0 *Infektion des Genitaltraktes und des Beckens nach Abort, Extrauteringravidität*
- *und Molenschwangerschaft*
- O75.3 *Sonstige Infektion unter der Geburt*
- O85 *Puerperalfieber*

## Bakteriämie und Sepsis (DKR 0103d)

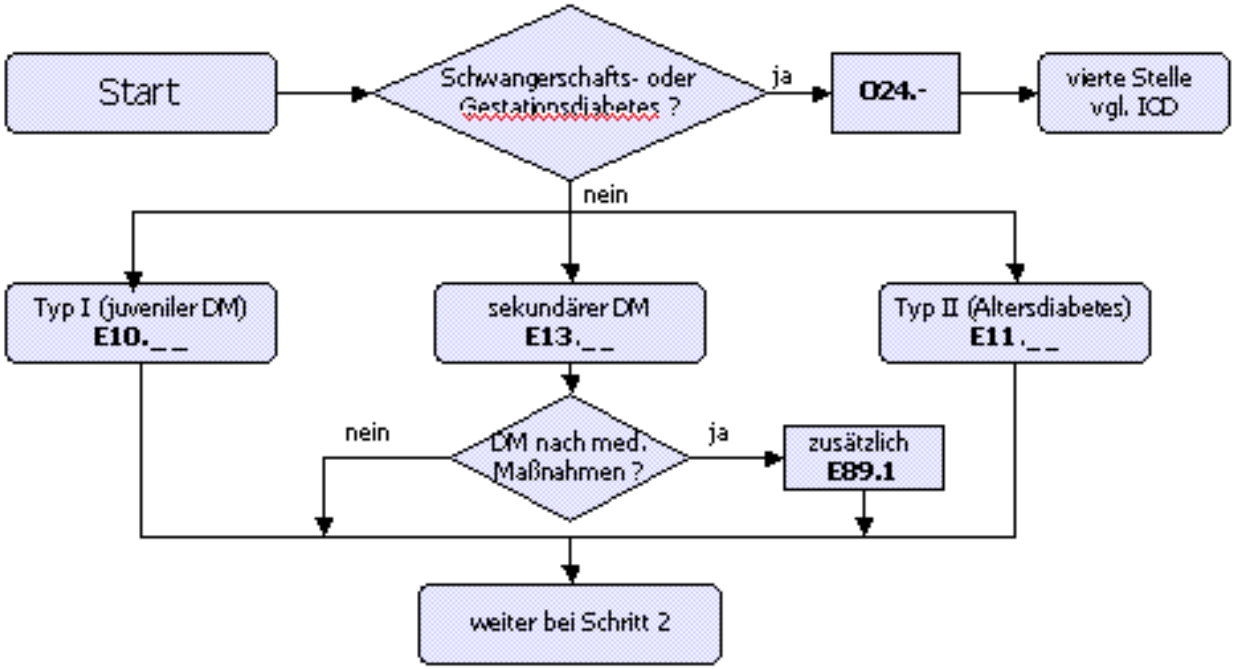
### SIRS

- zunächst Code für die Sepsis oder die ein SIRS nichtinfektiöser Genese auslösende Grundkrankheit
- gefolgt von einem Kode aus R65.-! *Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS]*
- Weitere Codes zur Angabe von Organkomplikationen, Erregern und deren Resistenzlage

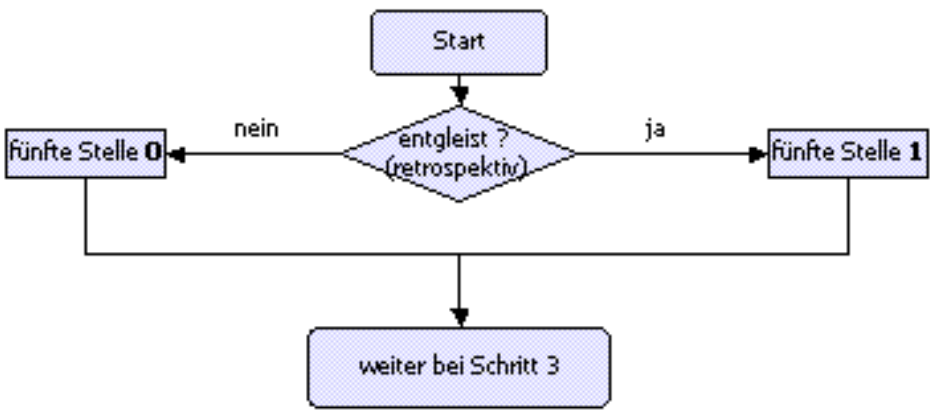
# Neu: DKR 0401d – Diabetes mellitus als Nebendiagnose

- Manifestationen nur verschlüsseln, wenn sie die ND-Definition erfüllen
- .6 (sonstige näher bezeichnete Komplikation) nicht verwenden, wenn spezifischere Angabe möglich
- multiple Komplikationen stets mit .7 verschlüsseln
- Neues Flowchart-Diagramm 2005

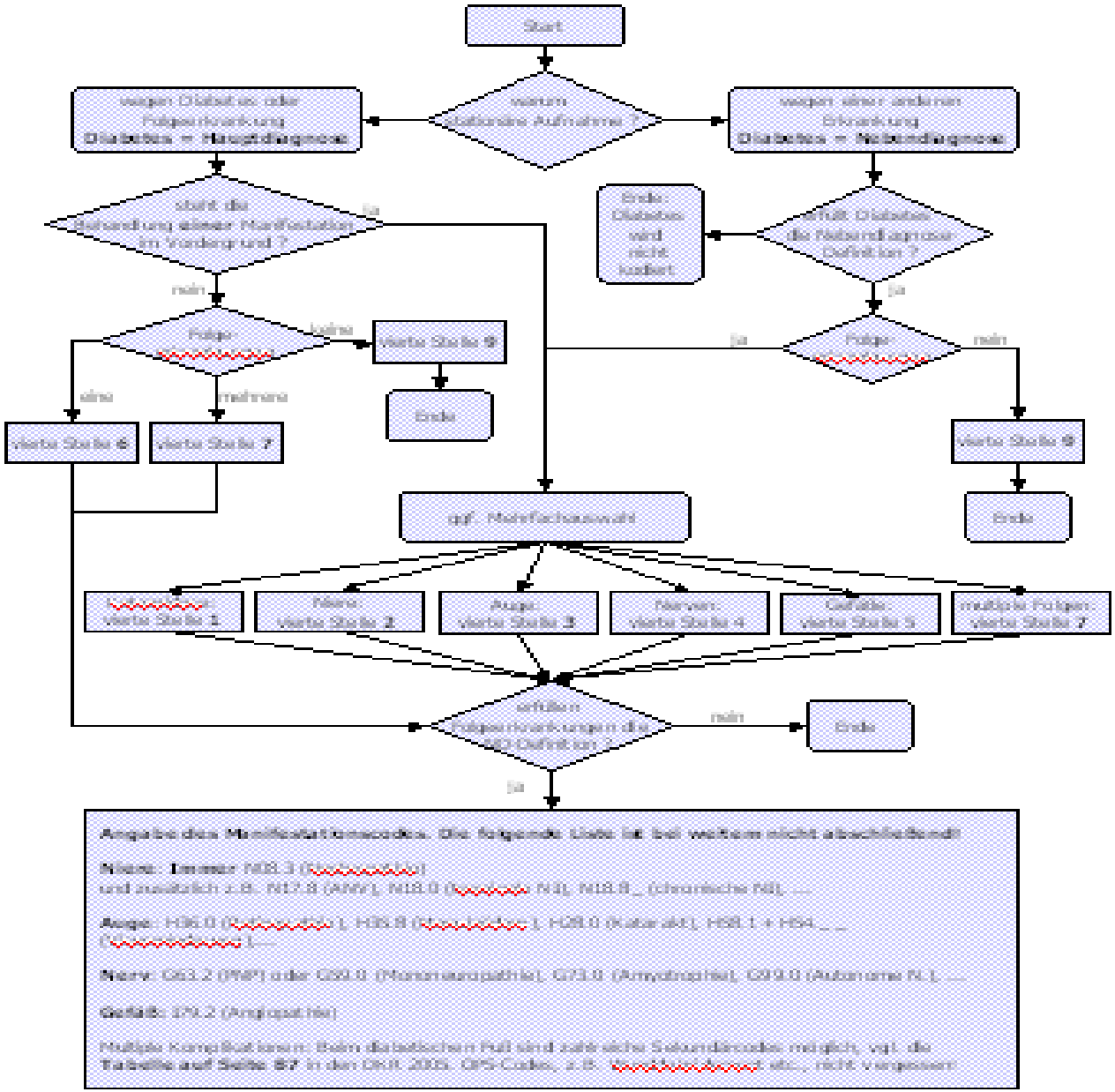
## Schritt 1: Festlegung der 1. bis 3. Codestelle




## Schritt 2: Festlegung der 5. Codestelle



## Schritt 3: Festlegung der 4. Codestelle und ggf. der Sekundärcodes




**Angabe des Manifestationscodes. Die folgende Liste ist bei weitem nicht abschließend!**

**Niere:** Immer N18.3 (
und zusätzlich z.B. N17.8 (Akut), N18.0 (
N1), N18.9 _ (chronische N1), ...

**Auge:** H36.0 (
), H35.8 (
), H28.0 (Katarakt), H36.1 + H54 _ _
(
), ...

**Nerv:** G63.2 (PNP) oder G50.8 (Mononeuropathie), G73.8 (Amyotrophie), G99.0 (Autonome N.), ...

**Gefäß:** I79.2 (Angiopathie)

Multiple Komplikationen: Beim diabetischen Fuß sind zahlreiche Sekundärcodes möglich, vgl. die Tabelle auf Seite 87 in den DKR 2006, OPS-Codes, z.B. (
) etc., nicht vergessen!

# Hypertensive Herzkrankheit (I11.–)

damit wird die Kodierung des Herzinsuffizienzgrades bei hypertensiver Herzkrankheit möglich

Steht eine Herzkrankheit in **kausalem Zusammenhang** zur Hypertonie, so ist ein Kode für die Herzkrankheit (z.B. aus I50.- *Herzinsuffizienz* oder I51.- *Komplikationen einer Herzkrankheit und ungenau beschriebene Herzkrankheit*) gefolgt von I11.- *Hypertensive Herzkrankheit* anzugeben.

Wenn für die Herzerkrankung kein anderer Kode der ICD-10-GM außer I11.- *Hypertensive Herzkrankheit* zur Verfügung steht, wird dieser allein kodiert.

Liegen Herzerkrankungen und Hypertonie aber *ohne* kausale Beziehung vor, werden Hypertonie und Herzkrankheit einzeln kodiert.

# Hypertensive Nierenerkrankung (I12.–)

damit wird die Kodierung des Niereninsuffizienzgrades bei hypertensiver Herzkrankheit möglich

Steht eine Nierenerkrankung in **kausalem Zusammenhang** zur Hypertonie, so ist ein Kode für die Nierenerkrankung (z.B. aus N18.- *Chronische Niereninsuffizienz*) gefolgt von I12.- *Hypertensive Nierenkranheit* anzugeben.

Wenn für die Nierenerkrankung kein anderer Kode der ICD-10-GM außer I12.- *Hypertensive Nierenkrankheit* zur Verfügung steht, wird dieser allein kodiert.

Liegen Nierenerkrankungen und Hypertonie aber *ohne* kausale Beziehung vor, werden Hypertonie und Nierenkrankheit einzeln kodiert.

## Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit (I13.–)

s.o.

In Fällen, bei denen sowohl eine hypertensive Herzkrankheit (I11.-) als auch eine hypertensive Nierenkrankheit (I12.-) vorliegt, ist ein Kode für die Herzkrankheit (z.B. aus I50.- *Herzinsuffizienz*) und für die Nierenkrankheit (z.B. aus N18.- *Chronische Niereninsuffizienz*) gefolgt von Krankheiten des Kreislaufsystems I13.– *Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit* zuzuordnen.

Wenn für die Herz- und Nierenerkrankung kein anderer Kode der ICD-10-GM außer I13.- *Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit* zur Verfügung steht, wird dieser allein kodiert.

## Klarstellung: Dialyse

Bei einem **mehrtägigen Aufenthalt** (Entlassung am Tag, der dem Aufnahmetag folgt oder später) ist als Hauptdiagnose die Krankheit zu kodieren, die die Aufnahme ins Krankenhaus erforderte.

Z49.1 *Extrakorporale Dialyse* und Z99.2 *Langzeitige Abhängigkeit von Dialyse bei Niereninsuffizienz* sind nicht zuzuweisen.

bei Dialysepatienten nur die Niereninsuffizienz kodieren !

## Offene Verletzung

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

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

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

## Offene intrakranielle/intrathorakale/intraabdominelle Verletzung

Wenn eine offene intrakranielle/intrathorakale/intraabdominelle Verletzung vorliegt, ist

- zuerst der Kode für die intrakranielle / intrathorakale / intraabdominelle Verletzung anzugeben,
- gefolgt vom Kode für die offene Wunde.

# Offene Fraktur mit intrakranieller / intrathorakaler / intraabdomineller Verletzung

- Kode für die intrakranielle/intrakavitäre Verletzung
- einer der folgenden Kodes
  - S01.83! *Offene Wunde (jeder Teil des Kopfes) mit Verbindung zu einer intrakraniellen Verletzung*
  - S21.83! *Offene Wunde (jeder Teil des Thorax) mit Verbindung zu einer intrathorakalen Verletzung oder*
  - S31.83! *Offene Wunde (jeder Teil des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens) mit Verbindung zu einer intraabdominalen Verletzung*
- die Kodes für die Fraktur

**und**

- ein Kode für den Schweregrad des Weichteilschadens der offenen Fraktur aus
  - S01.87!–S01.89!,
  - S21.87!–S21.89!
  - **oder**
  - S31.87!–S31.89!.

# Geplanter Folgeeingriff

zum Zeitpunkt des Ersteingriffs bereits geplant:
ursprüngliche Krankheit bleibt Hauptdiagnose

**Beispiel 5**

Ein Patient wird zur geplanten Rückverlagerung eines Kolostomas, das bei einer früheren Operation wegen einer Sigmadivertikulitis angelegt wurde, stationär aufgenommen. Die Sigmadivertikulitis ist inzwischen abgeheilt.

| | |
|---|---|
| Hauptdiagnose: | Sigmadivertikulitis |
| Nebendiagnose(n): | Versorgung eines Kolostomas |

## Klarstellung zu intraoperativen Komplikationen

- Die Versorgung von intraoperativen Komplikationen wird gesondert kodiert.

# Neubildungen – Hauptdiagnose

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

## Metastasen – Hauptdiagnose

Erfolgt die Aufnahme nur zur Behandlung von Metastasen, ist/sind die Metastase(n) als Hauptdiagnose-Kode anzugeben und zusätzlich, sofern bekannt, eine bzw. mehrere Nebendiagnose(n) für den Primärtumor (siehe Beispiel 4). Das primäre Malignom ist selbst einige Jahre nach der Resektion des Primärtumors Nebendiagnose, da der Patient nach wie vor wegen dieses Malignoms behandelt wird. Ist die Lokalisation des Primärtumors unbekannt, ist

C80 *Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation*

zu kodieren.

# Klarstellung zu Rezidiven

- Sofern ein primäres Malignom, das bereits früher aus dem selben Organ oder Gewebe radikal entfernt wurde, rezidiviert, ist es als primäres Malignom des angegebenen Gebietes zu verschlüsseln, d.h. **ein Rezidiv ist wie ein Primärtumor zu kodieren**.
- Bei Aufnahmen zur ausgedehnten Exzision eines bereits früher entfernten Tumors ist der Kode für den Tumor zuzuweisen, selbst wenn der histopathologische Befund keinen Hinweis auf einen Resttumor ergibt.

## Biopsie ≠ OP-Pathologie

Wenn das Ergebnis einer Biopsie zur Diagnose eines Malignoms führt, sich aber im Operationsmaterial keine malignen Zellen finden, ist die ursprüngliche Diagnose, die aufgrund der Biopsie gestellt wurde, zu kodieren.

## Chemotherapie, Bestrahlung

Die Codes

- Z51.1 *Chemotherapiesitzung wegen bösartiger Neubildung*
- Z51.0 *Strahlentherapie-Sitzung*
- Z51.82 *Kombinierte Strahlen- und Chemotherapiesitzung wegen bösartiger Neubildung*

sind **nicht** anzugeben.

OPS-Codes werden weiter kodiert.

## Chemotherapie, Bestrahlung

- Aufnahme primär zur systemischen Chemotherapie des Primärtumors und/oder der Metastasen

→ primäres Malignom ist Hauptdiagnose.

- Aufnahme primär zur systemischen Chemotherapie, Primärtumor nicht bekannt

→ Metastase ist Hauptdiagnose

- Aufnahme zur lokalen Chemotherapie oder lokalen Bestrahlungstherapie der Metastase(n)

→ Metastase(n) sind Hauptdiagnose,
Primärtumor ist Nebendiagnose

## Malignom in der Eigenanamnese

In Fällen, in denen die Behandlung des Malignoms endgültig abgeschlossen ist, ist ein Kode aus

Z85.– *Bösartige Neubildung in der Eigenanamnese*

als **Nebendiagnose** zuzuweisen, sofern dies den Behandlungsaufwand beim aktuellen Aufenthalt erhöht.

Sofern der Patient für einen gewissen Zeitraum keine Behandlung des primären Malignoms erhalten hat, anschließend aber ausgehend von dieser Primärlokalisation Metastasen entwickelt,

**sind die Kodes aus Z85.– nicht zuzuweisen**.

## Malignom in der Eigenanamnese

Kodes der Kategorie

Z08.– *Nachuntersuchung nach Behandlung wegen bösartiger Neubildung*

sind als **Hauptdiagnose** nur dann zuzuweisen, wenn ein Patient zur Nachuntersuchung eines Malignoms aufgenommen wurde und **kein Tumor mehr nachweisbar ist**. Als Nebendiagnose ist der passende Kode aus Kategorie

Z85.– *Bösartige Neubildung in der Eigenanamnese*

anzugeben.

## Schwangerschaftsdauer DKR 1508d

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, EUGravidität und Molen-Schwangerschaft.

# 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.

# Neu: DKR 1806d – Schmerztherapie

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

Die Kodes

R52.1 *Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz* oder

R52.2 *Sonstiger chronischer Schmerz*

sind nur dann als **Hauptdiagnose** anzugeben, wenn die Lokalisation der Schmerzen nicht näher bestimmt ist (*siehe Ausschlusshinweise bei Kategorie* R52) **und** die Definition der Hauptdiagnose zutrifft. ...

In allen anderen Fällen von chronischem Schmerz muss die Erkrankung, die den Schmerz verursacht, als Hauptdiagnose angegeben werden, soweit diese für die stationäre Behandlung verantwortlich war.

## Akutschmerztherapie

**Nichtoperative** Analgesieverfahren für akuten Schmerz (**mit Ausnahme des OPS-Kodes 8-919 *Komplexe Akutschmerzbehandlung***) sind anzugeben, wenn sie als **alleinige Maßnahme** durchgeführt werden. Sie sind mit einem Kode aus 8-91 zu verschlüsseln.

## Neu: P016d Verbringung

Prozeduren im Rahmen einer Verbringung werden durch die verbringende Klinik kodiert.

# DRG-Update 2005

- **Danke fürs Zuhören !**
- **Viel Spaß beim Kodieren !**