Kodierempfehlung Nr. 1

Schlagwort: Niereninsuffizienz, terminale, Nierenkrankheit, Stadium 5
Stand: 08.08.2005
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Ist nach erfolgreicher Nierentransplantation außer Z94.0 *Zustand nach Nierentransplantation* auch zusätzlich N18.5 *Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5* zu kodieren?

Begründung des Krankenhauses für zusätzliche Kodierung: Nierentransplantation sei lediglich ein zeitlich begrenztes Nierenersatzverfahren, Patienten bleiben ihr Leben lang terminal niereninsuffizient.

Kodierempfehlung

Bei einem funktionsfähigen Transplantat besteht keine terminale Niereninsuffizienz mehr. Die zusätzliche Kodierung von N18.5 *Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5* ist nicht begründet. Der Sachverhalt wird über den Kode Z94.0 *Zustand nach Nierentransplantation* – eine Beeinflussung des Patientenmanagements vorausgesetzt – korrekt und spezifisch abgebildet.

Kodierempfehlung Nr. 2

Schlagwort: Ambulantes Operieren, stationäre Aufnahme
Stand: 08.08.2005
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Ambulantes Operieren nach §115b SGB V / Aufnahme am selben Tag

Eine ambulante Operation nach § 115b SGB V wird im Krankenhaus durchgeführt. Wegen einer Komplikation im Rahmen des Eingriffes erfolgt die stationäre Aufnahme am selben Tag. Was ist Hauptdiagnose, ist der Eingriff zu kodieren?

Kodierempfehlung

In § 7 Abs. 3 des Vertrags nach § 115b SGB V vom 01.01.2010 ist geregelt: „Wird ein Patient am selben Tag in unmittelbarem Zusammenhang mit dem ambulanten Eingriff eines Krankenhauses stationär aufgenommen, erfolgt die Vergütung nach Maßgabe der BPflV bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes.“

Entsprechend ist die Hauptdiagnose diejenige, die den Eingriff veranlasst hat und der Eingriffskode ist zu kodieren. Soweit das Patientenmanagement durch die Komplikation beeinflusst wurde, wird die Komplikation Nebendiagnose.

Kodierempfehlung Nr. 3

Schlagwort: Biopsie, Inzision
Stand: 08.08.2005
Aktualisiert 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Perkutane Biopsie / Biopsie durch Inzision

Wie ist eine „Mikrobiopsie“ der Mamma (durch Nadel) zu verschlüsseln, wenn zum besseren Einführen der Nadel eine Stichinzision gemacht wird?

Kodierempfehlung

Entscheidend für die Wahl des OPS-Kodes ist die Art des Zugangs. Der Zugang „durch Inzision“ ist nicht erfüllt, wenn die Inzision (in der Regel Stichinzision) nur gemacht wird, um die Nadel problemloser einzuführen, aber nicht, um die Zielregion freizulegen. Der korrekte Kode wäre hier beispielsweise 1-494.3 *Perkutane Biopsie an anderen Organen und Geweben mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Mamma.*
Ab 2006 ist nach dem OPS, Systematisches Verzeichnis, über die 6. Stelle eine Spezifizierung des Verfahrens möglich.

Kodierempfehlung Nr. 4

Schlagwort: Pseudarthrose
Stand: 08.08.2005
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Was ist Hauptdiagnose bei Aufnahme zur Behandlung einer Pseudarthrose nach Osteosynthese nach Fraktur? Handelt es sich um eine Folgebehandlung der akuten Verletzung (Hauptdiagnose Fraktur) oder ist der spezifische Kode M84.1- *Nichtvereinigung der Frakturenden [Pseudarthrose]* zu verwenden?

Kodierempfehlung

Definition der Pseudarthrose: Falschgelenkbildung, Ausbleiben der knöchernen Überbrückung im Anschluss an eine Fraktur, nach 6 Monaten oder länger. Entsprechend ist bei Vorliegen einer Pseudarthrose nach Fraktur M84.1- *Nichtvereinigung der Frakturenden [Pseudarthrose]* der spezifische Kode.

Kodierempfehlung Nr. 5

Schlagwort: Intervention, Nebendiagnose
Stand: 08.08.2005
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Intervention / Offen-chirurgischer Eingriff

Wird bei einem Patienten wegen entsprechender Risikokonstellation (Aortenstenose, Nikotinabhängigkeit, Folgen eines Apoplex) anstelle eines offen-chirurgischen Eingriffs (z.B. Operation eines Bauchaortenaneurysmas) eine interventionelle Behandlung durchgeführt (z.B. Implantation einer Stent-Prothese), rechtfertigt dann der alleinige Umstand, weil hier ein anderes Verfahren gewählt wurde, dass alle Begleiterkrankungen als Nebendiagnosen kodiert werden dürfen („wenn diese nicht gewesen wären, wäre der offen-chirurgische Eingriff erfolgt“)?

Kodierempfehlung

Die alleinige Wahl eines anderen Verfahrens rechtfertigt nicht die Angabe der Nebendiagnosen (sofern sie nicht in anderer Weise das Patientenmanagement beeinflusst haben). Laut DKR D003 werden Begleitkrankheiten in diesem Zusammenhang nur dann als Nebendiagnose kodiert, wenn sie das Standardvorgehen für eine spezielle Prozedur beeinflussten. Das Standardvorgehen für die durchgeführte Prozedur (hier: Intervention) wurde aber nicht beeinflusst.

Kodierempfehlung Nr. 6

Schlagwort: Dehnungsplastik
Stand: 08.08.2005
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Wann kann eine Dehnungsplastik kodiert werden? Reicht das subkutane Mobilisieren der Haut nach Entfernung z.B. einer spindelförmigen Haut-PE zur Kodierung einer Dehnungsplastik (5-903.0 *Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Dehnungsplastik, kleinflächig*)?

Kodierempfehlung

Der Wundverschluss primär durch einfache Naht nach spindelförmiger oder keilförmiger Exzision reicht nicht aus zur Kodierung einer Dehnungsplastik. Die im Einzelfall erforderliche Wundrandmobilisation, ggf. einschließlich der Entfernung kleiner Hautareale, um eine spannungsfreie Wundadaptation zu erzielen, ist als integraler Bestandteil des primären Wundverschlusses zu sehen.
Die Kodierung des OPS-Kodes für die Dehnungsplastik setzt eine lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut (siehe hierzu Titel zum OPS-Kode 5-903) oder die weitreichende Mobilisation der seitlichen Wundränder zur Überbrückung eines nicht durch lediglich primäre einfache Naht zu verschließenden Defekts voraus.

Siehe auch Kodierempfehlung 206.

Kodierempfehlung Nr. 7

Schlagwort: Diabetes, Gefäße
Stand: 08.08.2005
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Bei der Kodierung peripherer gefäßchirurgischer Probleme bei Patienten, die verschiedene Gefäßrisikofaktoren haben und einen Diabetes mellitus, stellt sich die Frage, ob diese Patienten über einen ICD-Kode I.- oder über einen ICD-Kode E.- zu verschlüsseln sind.

Kodierempfehlung

Sprechen Krankheitsverlauf (z. B. langjähriger insulinpflichtiger Diabetes) und Manifestationen (z. B. periphere Mikroangiopathie) dafür, dass der Diabetes ursächlich für die Gefäßproblematik ist, sind solche Sachverhalte über E.- zu kodieren.

Kodierempfehlung Nr. 8

Schlagwort: Harnwegsinfekt
Stand: 08.08.2005
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Die ICD-Schlüsselnummer N39.0 definiert den Harnwegsinfekt. Diese Nebendiagnose findet sich häufig. Welche medizinischen Kriterien rechtfertigen die Kodierung?

Kodierempfehlung

Eines der folgenden Kriterien muss erfüllt sein:

- Signifikante Leukozyturie (mehr als 8 Leukos pro GF im zenrifugierten Sediment plus signifikanter Keimzahl (mind. 100.000 Keime/ml) und Therapie
- Asymptomatische Bakteriurie bei Kindern/Schwangeren mit Antibiose nach Antibiogramm und bei urologischer Ursachenabklärung mit spezifischer Diagnose und Therapie
- Typische, dokumentierte und nachvollziehbare Klinik und Therapie

Die Exkl. unter der Gruppe *Sonstige Krankheiten des Harnsystems* (N30-N39) sind zu berücksichtigen.

Siehe auch Kodierempfehlung 276.

Kodierempfehlung Nr. 9

Schlagwort: Diabetes, entgleist
Stand: 08.08.2005
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Eine allgemein gültige Definition des entgleisten Diabetes mellitus existiert in der Fachliteratur nicht. Es besteht die Notwendigkeit Kriterien zu entwickeln, die eine Differenzierung erlauben.

Kodierempfehlung

Ein Diabetes mellitus gilt dann als entgleist, wenn mindestens einer der folgenden Punkte erfüllt ist:

- Rezidivierende (an mehreren Tagen) Hypoglykämien unter 50 mg/dl (2,775 mmol/l) mit Symptomen mit mindestens dreimal täglichen BZ-Kontrollen und Therapieanpassung
- Stark schwankende BZ-Werte (Unterschied mindestens 100 mg/dl (5,55 mmol/l)) mit mindestens dreimal täglichen BZ-Kontrollen und Therapieanpassung
- Deutlich erhöhtes HbA1c (größer als 10 % bzw. 85 mmol/l) als Parameter der Stoffwechselsituation während der letzten 3 Monate mit entsprechender therapeutischer Würdigung während des stationären Aufenthaltes (mindestens 3x tägliche Kontrolle und Therapieanpassung)
- Mindestens dreimal Werte >300 mg/dl (16,65 mmol/l) mit mehrfacher Therapieanpassung
- Bei Werten unter 300 mg/dl (16,65 mmol/l): aufwändiges Management mit an mehreren Tagen mehr als dreimal tgl. Kontrollen und dokumentiertem Nachspritzen von Altinsulin oder kurzwirksamen Insulinanaloga

Diese Empfehlung gilt nicht beim Therapiemanagement nach dem Basis-Bolus-Prinzip.

Kodierempfehlung Nr. 10

Schlagwort: Insuffizienz, pulmonale
Stand: 08.08.2005
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Die ICD-10 bietet seit 2004 die Möglichkeit, eine *Akute pulmonale Insuffizienz nach nicht am Thorax vorgenommener Operation* mit J95.2 zu kodieren.
Der Begutachtungsalltag zeigt, dass mit diesem Kode über die Kodierung einer Nebendiagnose eine ohnehin regelhaft durch die Größe der Operation bedingte Nachbeobachtungsphase bzw. Phasen der Nachbetreuung auf der Intensivstation kodiert werden.

Kodierempfehlung

Der Begriff „akute pulmonale Insuffizienz“ soll in diesem Zusammenhang zum Ausdruck bringen, dass damit nur Sachverhalte gemeint sein können, bei denen im Sinne einer Komplikation – außerhalb des üblichen Ablaufes und unabhängig von der Größe der Operation – postoperative, akute, von der Lunge ausgehende respiratorische Zustände eingetreten sind, die ungewöhnlicherweise eine Nachbetreuung mit erhöhtem Aufwand nach sich ziehen.

J95.2 *Akute pulmonale Insuffizienz nach nicht am Thorax vorgenommener Operation* wird nur als Nebendiagnose akzeptiert, wenn sie als eigenständiges Krankheitsbild eine von der üblichen postoperativen Versorgung abweichende Behandlung erfordert.

Kodierempfehlung Nr. 11

Schlagwort: R63.3 *Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung*
Stand: 08.08.2005
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Kann R63.3 *Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung* bei (Klein-) Kindern bei den Diagnosen einer Gastroenteritis (Brech-Durchfallerkrankungen) als Nebendiagnose angegeben werden?

Kodierempfehlung

Die zusätzliche Kodierung von R63.3 *Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung* ist nicht sachgerecht, da es sich um ein Symptom handelt, das im Regelfall als eindeutige und unmittelbare Folge mit der zugrundeliegenden Erkrankung vergesellschaftet ist. Nur wenn ein Symptom ein eigenständiges, wichtiges Problem für die medizinische Betreuung darstellt, kann es als Nebendiagnose verschlüsselt werden (DKR D002 und D003).

Für Fälle ab 2010 sind die Änderungen der DKR D003 zu Symptomen als Nebendiagnosen zu berücksichtigen.

Kodierempfehlung Nr. 12

Schlagwort: Biopsie am Knochenmark, Biopsie an Knochen
Stand: 08.08.2005
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Wann ist die Schlüsselnummer 1-424 *Biopsie ohne Inzision am Knochenmark* korrekt, wann ist ein Kode aus 1-503 *Biopsie an Knochen durch Inzision* gerechtfertigt?

Kodierempfehlung

Bei einer perkutanen Biopsie am Knochenmark wird nur ein kleiner Hautschnitt angelegt. Die eigentliche Biopsie am Knochenmark erfolgt durch Punktion. Nach den Exklusiva unter 1-50 bis 1-58 reicht ein Hautschnitt allein nicht aus, um einen Inzisionskode anzugeben.

Der Inzisionskode kann nur dann Verwendung finden, wenn das Zielorgan operativ freigelegt wird.

Kodierempfehlung Nr. 13

Schlagwort: Befunde, abnorme
Stand: 08.08.2005
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

In der DKR D003 gilt:
„ 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 einer weiterführenden Diagnostik (nicht allein Kontrolle der abnormen Werte)“.
Welchen Stellenwert haben die unterschiedlichen Begriffe (Befunde/Werte)?

Kodierempfehlung

Auch wenn in Klammern gesetzt nur von einer Kontrolle abnormer Werte und nicht abnormer Befunde gesprochen wird, bezieht sich die Aussage des Satzes auf beides (Befunde und Werte). Der Zusatz in Klammer hat nur beispielhaft erläuternden Charakter.

Kodierempfehlung Nr. 14

Schlagwort: Alkoholrausch
Stand: 08.08.2005
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Abgrenzung bei der Kodierung als Hauptdiagnose für stationäre Behandlung:

F10.0 *Psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]*

gegen

T51.0 *Toxische Wirkung von vorwiegend nicht medizinisch verwendeten Substanzen, Toxische Wirkung von Alkohol, Äthanol*

Kodierempfehlung

In Kapitel XIX der ICD-10-GM Version 2010 sind Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00 - T98) aufgelistet. Darunter fallen z.B. Chemieunfälle mit Alkohol. Auch für die Vergiftung durch Arzneimittel in Verbindung mit Alkohol käme T51.0, dann allerdings nur als Nebendiagnose, in Frage (s. DKR 1918).

Der Kode T51.0 schließt explizit aus:
Akuter Alkoholrausch oder Alkoholnachwirkung, "Kater" (F10.0), Pathologischer Rausch (F10.0), Trunkenheit (F10.0)

In Kapitel V der ICD-10-GM Version 2010 werden mit den Schlüsselnummern F10.- bis F19.- Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen abgebildet. Die verursachenden Substanzen (z.B. Alkohol) werden durch die 3. Stelle kodiert, die klinischen Erscheinungsbilder (z.B. akute Intoxikation, Missbrauch oder Abhängigkeit) durch die 4. Stelle beschrieben.

Der Kode F10.0 schließt alle Formen des Alkoholrausches (*Akute Intoxikation [akuter Rausch], akuter Rausch bei Alkoholabhängigkeit, pathologischer Rausch, Rausch o.n.A.*) ein. Daher sind die entsprechenden Krankenhausfälle mit dieser Schlüsselnummer korrekt kodiert.

Kodierempfehlung Nr. 15

Schlagwort: Shuntkomplikation
Stand: 08.08.2005
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Hauptdiagnose bei Aufnahme zur Revision wegen Shuntkomplikation (Shunt mit alloplastischem Material) bei Dialyse (z. B. wegen Knickstenose)?

Kodierempfehlung

Wenn der liegende Shunt nicht mehr funktionsfähig ist (z. B. wegen Knickstenose) und die Aufnahme speziell zur Revision des Shunts erfolgt, wird die Hauptdiagnose mit dem Kode T82.5 *Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen* verschlüsselt.

Es handelt sich hier um einen spezifischen Kode, der sowohl den Organbezug als auch die Art der Komplikation abbildet. Siehe auch die Hinweise und Beispiele unter dem Kode. Unter Bezug auf DKR D002 ist hier ausnahmsweise der T-Kode der spezifischere.

Hinweis zur Differenzierung der Kodierempfehlungen 20 und 245:

Der Shunt besteht in diesem Fall aus alloplastischem Material. Die Aufnahme erfolgt zur geplanten Revision des Shunts.

Kodierempfehlung Nr. 16

Schlagwort: Kachexie
Stand: 08.08.2005
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Wann darf R64 *Kachexie* verschlüsselt werden?

Kodierempfehlung

Mindestvoraussetzungen: Dokumentation von Körpergröße und -gewicht und Beeinflussung des Patientenmanagements.
Neben der allgemeinen Definition (schwere Form der Abmagerung mit Atrophie/körperliche Auszehrung) unter Berücksichtigung des klinischen Gesamtzustandes ist ein BMI unter 18,5 kg/m^2 (Definition Untergewicht WHO) zu fordern.

Kodierempfehlung Nr. 17

Schlagwort: MRSA
Stand: 08.08.2005
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Wie wird der asymptomatische Keimträger mit Erregernachweis MRSA verschlüsselt ?

Kodierempfehlung

Z22.3 *Keimträger anderer näher bezeichneter bakterieller Krankheiten* mit U80.0! *Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen...*

B95.6! *Staphylococcus aureus als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind* wird nicht kodiert, da keine Krankheit vorliegt.

Kodierempfehlung Nr. 18

Schlagwort: Obturation, Obstipation
Stand: 08.08.2005
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Abgrenzung Obturation versus Obstipation

Kodierempfehlung

K56.4 *Paralytischer Ileus und mechanischer Ileus ohne Hernie, Sonstige Obturation des Darmes*:
Entsprechend der Hinweise: *Enterolith, Impaktion* und *Kotstein* steht eine Verlegung des Lumens durch ein mechanisches Hindernis im Vordergrund.

K59.0 *Sonstige funktionelle Darmstörungen, Obstipation*:
Entsprechend der Kategorieüberschrift: *Sonstige funktionelle Darmstörungen* steht bei der Obstipation die funktionelle Störung, z.B. mehrere Tage keinen Stuhlgang wegen Darmträgheit, im Vordergrund.

Kodierempfehlung Nr. 19

Schlagwort: Hypothermie, postoperative
Stand: 08.08.2005
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Postoperative Hypothermie, deshalb verlängert beatmet und feuchte Wärme, intraoperativ bereits Gegenmaßnahmen (Wärmedecke und Infusionswärmer), Operation: Tumornephrektomie, Dauer 3 Stunden. Ist die Kodierung von T88.8 *Sonstige näher bezeichnete Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert* mit den Begründungen, die Anästhesie habe Gegenmaßnahmen ergriffen, Grund der Hypothermie sei der Eingriff, nicht die Anästhesie, gerechtfertigt?

Kodierempfehlung

Die spezifischere Kodierung ist T88.5 *Sonstige Komplikation infolge Anästhesie.* Siehe auch dort „*Hypothermie nach Anästhesie*“ ohne weitere Unterscheidung nach der Ursache

Kodierempfehlung Nr. 20

Schlagwort: Shuntkomplikation
Stand: 08.08.2005
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Verschlüsselung der Hauptdiagnose bei Patienten mit Aufnahme wegen Thrombose eines AV-Shunts

Kodierempfehlung

Für einen Patienten, der bereits vorher einen Shunt erhielt und bereits regelmäßig dialysiert wird, ist als Hauptdiagnose der entsprechende Grund der Aufnahme zu kodieren:
In der Regel handelt es sich um eine Thrombose des venösen Schenkels und ist deshalb mit I82.8 *Embolie und Thrombose sonstiger näher bezeichneter Venen* zu kodieren.
Ist in seltenen Fällen auch der arterielle Schenkel betroffen, kann dies durch den Kode I74.2 *Embolie und Thrombose der Arterien der oberen Extremitäten* oder I74.3 *Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten* ausgedrückt werden.

Hinweis zur Differenzierung der Kodierempfehlungen 15 und 245:

Der Shunt besteht in diesem Fall aus körpereigenem Material. Unter Bezug auf DKR D002 sind die o.g. Kodes die spezifischeren Schlüsselnummern in Bezug auf die Erkrankung bzw. Störung nach medizinischen Maßnahmen.

Kodierempfehlung Nr. 21

Schlagwort: Stauungspneumonie
Stand: 08.08.2005
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Verschlüsselung einer Stauungspneumonie in Verbindung mit Herzinsuffizienz

Kodierempfehlung

Eine Stauungspneumonie wird mit J18.2 *Hypostatische Pneumonie, nicht näher bezeichnet* in Kombination mit einem Schlüssel aus I50.- *Herzinsuffizienz* verschlüsselt. Eine Kombination mit J81 *Lungenödem* ist durch die Exklusiva bei Lungenödem ausgeschlossen.

Kodierempfehlung Nr. 22

Schlagwort: Weiterbehandlung
Stand: 08.08.2005
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Was ist die Hauptdiagnose im zweiten Krankenhaus bei Verlegung nach ACVB-Operation (koronarer Bypass)?

Kodierempfehlung

Wird ein Patient nach ACVB-Operation in ein anderes Krankenhaus zur Weiterbehandlung verlegt, bleibt die ursprüngliche Erkrankung Hauptdiagnose, z.B. I25.- *Chronisch ischämische Herzkrankheit*, es sei denn, eine andere Erkrankung begründet hauptsächlich die Weiterbehandlung.

Kodierempfehlung Nr. 23

Schlagwort: Antikoagulanzien
Stand: 08.08.2005
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Wie werden Fälle mit Neueinstellung auf orale Antikoagulation (z.B. Phenprocoumon) oder bei Pausierung (z.B. wegen Operation) und anschließender Neueinstellung kodiert?
Wann kann D68.30 *Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzien und Antikörper, Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzien* kodiert werden?

Kodierempfehlung

Eine Neueinstellung auf Antikoagulanzien ohne bisherige Gabe wird nicht kodiert. Die Tatsache, dass eine Antikoagulanzienbehandlung erfolgt, wird als Nebendiagnose mit Z92.1 *Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulanzien in der Eigenanamnese* erfasst, wenn es sich um eine fortgesetzte Behandlung handelt, unter der keine Blutung auftritt.

Tritt während einer Dauertherapie mit Antikoagulanzien eine Blutung durch diese auf, ist die Art der Blutung, optional ergänzt durch Y57.9! *Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen,* zu kodieren. D68.30 ist zu kodieren, sofern die Nebendiagnosendefinition erfüllt ist.

Siehe auch Kodierempfehlungen 114 und 274.

Kodierempfehlung Nr. 24

Schlagwort: Gastroenteritis, Erregernachweis, A09, K52.9
Stand: 08.08.2005
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Kodierung einer akuten Gastroenteritis ohne Erregernachweis mit einem Kode aus A09.- *Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs*, oder als K52.9 *Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet*?

Eine akute Gastroenteritis im Kindesalter ist in der Regel ausgelöst durch Viren, ein spezifischer Erregernachweis wird von den Fachgesellschaften und auch durch Leitlinien nicht gefordert.

Kodierempfehlung

Liegt eine infektiöse Darmkrankheit (Enteritis) mit Erregernachweis vor, ist diese bei Vorliegen von spezifischen Erregern entsprechend der ICD mit A00.- bis A08.- zu kodieren.

Wurde kein Erreger nachgewiesen, weil entweder gar keine Untersuchung oder nicht die geeignete Untersuchung erfolgte, lag jedoch eine Diarrhöe oder eine Gastroenteritis vor, bei der aufgrund des klinischen Bildes von den Behandlern vermutet werden konnte oder musste, dass es sich um einen infektiösen Prozess gehandelt hatte, z.B. im Rahmen eines Allgemeininfektes, ist diese Diagnose mit einem Kode aus A09.- *Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs* zu verschlüsseln. Nur wenn ein nichtinfektiöser Ursprung der Krankheiten angenommen werden kann, kommt alternativ K52.9 *Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet* in Frage.

Bei ***Verdacht*** auf eine infektiöse Gastroenteritis kommt die Verschlüsselung A00 bis A08, jeweils *nicht näher bezeichnet*, nicht in Frage. Es kommt nicht vor, dass Erreger als Ursache einer Darminfektion festgestellt werden, ohne dass diese näher bezeichnet werden können.

Kodierempfehlung Nr. 25

Schlagwort: Anämie, Folsäuremangel
Stand: 08.08.2005
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Wie wird eine Anämie infolge Folsäuremangel verschlüsselt?
Darf zusätzlich zur Anämie E53.8 *Mangel an sonstigen näher bezeichneten Vitaminen des Vitamin B-Komplexes* kodiert werden?

Kodierempfehlung

D52.- *Folsäure-Mangelanämie* ist die spezifische Kodierung.
Siehe auch Exklusivum unter E50 bis E64. Die zusätzliche Verschlüsselung mit E53.8 ist somit nicht möglich.

Kodierempfehlung Nr. 26

Schlagworte: Eine Maßnahme, mehrere Nebendiagnosen
Stand: 28.02.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Erfüllt die Durchführung einer Maßnahme (z.B. die Gabe eines Medikamentes) die medizinisch mehreren Krankheitsbildern (Nebendiagnosen) zugeordnet werden kann, die Voraussetzung, dass jede dieser Nebendiagnosen kodiert werden kann?

Beispiel: Gabe eines Betablockers für die Nebendiagnosen koronare Herzkrankheit, Hypertonie, Herzinsuffizienz.

Kodierempfehlung

Nach Diskussion dieses Problems für die Überarbeitung der DKR 2005 bestand in der Selbstverwaltung (AG Klassifikation) Einvernehmen, dass die DKR in solchen Fällen eine Zuordnung zu nur einer Nebendiagnose (die dann auch nur kodierbar wäre) nicht zulassen. Entsprechend gäbe es keine Grundlage, die übrigen, auf diese Maßnahme/auf dieses Medikament bezogenen Nebendiagnosen strittig zu stellen. Primäre Voraussetzung ist jedoch, dass die Krankheitsbilder beim Patienten vorliegen.

Ab 2010 ist in der DKR D003 explizit geregelt, dass bei Patienten, bei denen einer der erbrachten Faktoren (Beeinflussung des Patientenmanagements) auf mehrere Diagnosen ausgerichtet ist, alle betroffenen Diagnosen kodiert werden können.

Kodierempfehlung Nr. 27

Schlagworte: Ätiologie, Manifestation
Stand: 28.02.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Gilt der Grundsatz „Ätiologie vor Manifestation“ generell oder nur im Kreuz-Stern-System?

Beispiel: Aufnahme wegen Dyspnoe bei dekompensierter Rechtsherzinsuffizienz auf dem Boden eines Cor pulmonale bei pulmonaler Hypertonie in Folge einer Lungenbeteiligung bei bekannter Sklerodermie. Was ist Hauptdiagnose?

Kodierempfehlung

Die Reihenfolge für die Ätiologie-/ Manifestationsverschlüsselung gilt nur für das Kreuz-Stern-System. Die Hauptdiagnosen-Regelung der DKR D002 erfährt somit außerhalb der Kreuz-Stern-Systematik in Beug auf die Reihenfolge von Ätiologie-/ Manifestationskodes keine Einschränkung.
Hauptdiagnose ist in diesem Fall I50.01 *Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz.*

Kodierempfehlung Nr. 28

Schlagworte: Wunddebridement, Wundtoilette, chirurgische
Stand: 17.06.2008
Aktualisiert 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein, um den OPS-Kode 5-893 *Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut* angeben zu können?

Kodierempfehlung

Die Kodedefinition besteht aus zwei Textteilen, die durch „und“ verknüpft sind. Der Begriff „und“ im 3-stelligen und 4-stelligen Kode wird sowohl im Sinne von „und“ als auch im Sinne von „oder“ verwendet (DKR P003). Das bedeutet, dass der Kode angewendet werden kann, wenn eine chirurgische Wundtoilette und/oder die Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut im Sinne eines chirurgischen/operativen Vorgehens durchgeführt wurde.

Bei einem Wunddebridement handelt es sich um ein chirurgisches Vorgehen mit „Einschneiden“ ins erkrankte Gewebe bis ins gesunde Gewebe.

Die Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut im Sinne eines chirurgischen/operativen Vorgehens setzt den Einsatz eines chirurgischen Instruments, z.B. Skalpell, Schere, scharfer Löffel voraus.

Kodierempfehlung Nr. 29

Schlagworte: TIA, Hirninfarkt
Stand: 28.02.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Ein Patient wird mit dem klinischen Zeichen einer TIA (z.B. vorübergehende Aphasie mit Rückbildung innerhalb von 24 Stunden) stationär aufgenommen. In der bildgebenden Diagnostik (z.B. MRT) zeigt sich eine frische Infarzierung. Was ist hier Hauptdiagnose (klinisch: TIA / morphologisch: Hirninfarkt)?

Kodierempfehlung

Die Hauptdiagnose G45.- *Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome* beschreibt die klinische Diagnose, die Hauptdiagnose I63.- *Hirninfarkt* beschreibt die morphologische Diagnose (Ergebnis der bildgebenden Diagnostik). Daraus ergibt sich die Situation, dass zwei Diagnosen gleichermaßen der Definition der Hauptdiagnose entsprechen, je nachdem, ob man die klinische oder die morphologische Betrachtungsweise in den Vordergrund stellt. Entsprechend ist hier die Regelung aus D002 Hauptdiagnose anzuwenden („…ist vom behandelnden Arzt diejenige auszuwählen, …“).

Diese Empfehlung gilt für die Fälle bis 2007.

Seit 2008 ist unter den Exklusiva zu G45.- aufgenommen: „In der Bildgebung nachgewiesener, korrelierender Infarkt (I63.-)“, so dass im vorliegenden Beispiel ein Kode aus I63.- als Hauptdiagnose verschlüsselt wird.

Kodierempfehlung Nr. 30

Schlagworte: Anästhesie, intravenöse
Stand: 28.02.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Ist die Anwendung von Propofol bei endoskopischen Untersuchungen über den OPS 8-900 *Intravenöse Anästhesie* zu kodieren ? Falls ja – welche Voraussetzungen müssen dafür vorliegen?

Kodierempfehlung

Neben der intravenösen Gabe von Propofol zur Sedierung wird dieses auch zur Einleitung und Aufrechterhaltung einer Allgemeinanästhesie (Narkose) eingesetzt.

Folgende Voraussetzungen sollten für die Anerkennung des OPS 8-900 *Intravenöse Anästhesie* gegeben sein:

- Es muss eine Ausnahmesituation nach DKR P009 vorliegen
- Vorliegen der Narkoseaufklärung/-einwilligung, des Anästhesieprotokolls bzw. Überwachungsbogens mit Herzfrequenz / RR-Messungen / O2-Sättigungskurve / Medikamenten-Dosis
- Adäquate Dosierung zur Einleitung und Erhaltung einer Allgemeinanästhesie
- Durchführung durch einen Anästhesisten

Kodierempfehlung Nr. 31

Schlagworte: Insektenstich
Stand: 28.02.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Aufnahme mit angioneurotischem Ödem infolge eines Insektenstichs. Was ist Hauptdiagnose?

T78.3 *Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert, Angioneurotisches Ödem*

oder

T63.4 *Toxische Wirkung durch Kontakt mit giftigen Tieren: Gift sonstiger Arthropoden*?

Kodierempfehlung

Das angioneurotische Ödem hat den stationären Aufenthalt hauptsächlich veranlasst. Es handelt sich um eine histaminvermittelte, allergische Reaktion, nicht um eine toxische Wirkung des Insektengiftes. T78.3 ist Hauptdiagnose.

Kodierempfehlung Nr. 32

Schlagworte: Frührehabilitation, postoperativ
Stand: 28.02.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Ab wann darf 8-550 *Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung*, 8-552 *Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation* oder 8-559 *Fachübergreifende und andere Frührehabilitation* verschlüsselt werden?
Manche Kliniken kodieren bei elektiven operativen Behandlungsfällen diese Kodes bereits ab Aufnahmetag.

Kodierempfehlung

Die Berechnung der Behandlungstage eines Kodes aus 8-550, 8-552, 8-559 ist in diesen Fällen frühestens ab dem OP-Tag möglich, sofern die Voraussetzungen gemäß OPS in der jeweils gültigen Version erfüllt sind.
Voraussetzung für Frührehabilitation ist ein akutes Gesundheitsproblem mit schwerer Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit. Postoperative Zustandsbilder können als akutes Gesundheitsproblem in diesem Sinne Frührehabilitationsbedarf auslösen.

Kodierempfehlung Nr. 33

Schlagworte: Hauptdiagnose, externe Verlegung Geriatrie
Stand: 28.02.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Bei Verlegung in die Geriatrie eines anderen Krankenhauses zur Behandlung nach z.B. Oberschenkelfraktur und vorbestehender Gangstörung unklarer Genese wird häufig R26.8 *Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität* als Hauptdiagnose kodiert.

Kodierempfehlung

Bei Verlegung in die Geriatrie aus einem anderen Krankenhaus wird neben der Hauptdiagnose des Voraufenthaltes alternativ auch die Hauptdiagnose R26.8 akzeptiert, sofern die für die Störung des Ganges und der Mobilität verantwortliche Diagnose bei Multimorbidität nicht eindeutig bestimmbar ist.

Kodierempfehlung Nr. 34

Schlagworte: Schwellung, postoperativ
Stand: 28.02.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Postoperative Schwellung:
Z.B. wird T81.8 *Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert* häufig verwendet (leichte postoperative Schwellung nach Sprunggelenksfraktur, 1 x Lymphdrainage, vorzeitige Entfernung von 2 Klammern).

Kodierempfehlung

Bei der Verschlüsselung einer postoperativen Schwellung muss überprüft werden, ob der Befund vom üblichen Verlauf erheblich abweicht. Falls ja, und es sich um eine Verletzungsfolge handelt, dann wird ein Kode aus T79.- *Bestimmte Frühkomplikationen eines Traumas, anderenorts nicht klassifiziert* zugeordnet. Handelt es sich um eine Komplikation des Eingriffes, ist ein Kode aus T81.- *Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert* zuzuordnen.

Kodierempfehlung Nr. 35

Schlagworte: Diabetes, koronare Herzkrankheit, KHK
Stand: 28.02.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Ist die koronare Herzkrankheit (KHK) als eine Komplikation des Diabetes mellitus zu verschlüsseln?
Atherosklerose ist multifaktorielles Geschehen, Risikofaktor u. a. Diabetes mellitus. Manifestation an den Koronargefäßen = KHK. Beispiel 5 in DKR 0401 beschreibt periphere vaskuläre Komplikationen in Form einer Atherosklerose. Kann dies analog auf die Atherosklerose der Koronarien übertragen werden?

Kodierempfehlung

Die Verschlüsselung der KHK als Komplikation eines Diabetes mellitus wird nicht akzeptiert, da kein eigener Sternkode für die Kodierung von kardialen Komplikationen vorgesehen ist. Da es sich bei Diabetes und KHK um eine sehr häufige Kombination handelt wäre hier eine explizite Nennung der KHK als Diabeteskomplikation als Sternkode zu erwarten gewesen, falls eine entsprechende Verschlüsselung für sachgerecht gehalten worden wäre.

Kodierempfehlung Nr. 36

Schlagworte: Karzinom, Portanlage
Stand: 28.02.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Ein Patient mit bekanntem Rektumkarzinom wird zur Port-Anlage eingewiesen. Was ist Hauptdiagnose? Karzinom oder Z45.20 *Anpassung und Handhabung eines operativ implantierten vaskulären Katheterverweilsystems*?

Kodierempfehlung

Entsprechend DKR 0201 ist der Malignomkode als Hauptdiagnose für jeden weiteren Krankenhausaufenthalt anzugeben, bis die Behandlung endgültig abgeschlossen ist. Somit ist im genannten Fall das Karzinom als Hauptdiagnose zu verschlüsseln.

Kodierempfehlung Nr. 37

Schlagworte: Insuffizienz, respiratorische
Stand: 28.02.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Wann ist respiratorische Insuffizienz zu kodieren?

Kodierempfehlung

Respiratorische Insuffizienz liegt vor, wenn pathologische Blutgasveränderungen im Sinne einer respiratorischen Partial- oder Globalinsuffizienz nachweisbar sind. Eine Dyspnoe ohne BGA-Veränderung ist keine respiratorische Insuffizienz. J96.- *Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert* kann bei Aufwand (z.B. Sauerstoff-Gabe) zusätzlich zur Grundkrankheit verschlüsselt werden.

Für Fälle ab 2010 sind die Änderungen der DKR D003 zu Symptomen als Nebendiagnosen zu berücksichtigen.

Kodierempfehlung Nr. 39

Schlagworte: Tachyarrhythmie, Hyperthyreose
Stand: 28.02.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Ein Patient wird vom Notarzt wegen Tachyarrhythmie eingewiesen. Im Routinelabor wird am Aufnahmetag eine Hyperthyreose festgestellt und die Behandlung begonnen. Was ist Hauptdiagnose bzw. Nebendiagnose und warum?

Kodierempfehlung

Die Tachyarrhythmie als Krankheit ist als Hauptdiagnose zu verschlüsseln, wenn sie Anlass für die Aufnahme ins Krankenhaus war. Die Ursachen für die Tachyarrhythmie kommen als Nebendiagnose in Frage.

Kodierempfehlung Nr. 40

Schlagworte Upper-Airway-Resistant-Syndrom, UARS, Schlafapnoe
Stand: 28.02.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Wie verschlüsselt man ein Upper-Airway-Resistant-Syndrom (UARS)?

Kodierempfehlung

Das UARS ist eine Sonderform des Schlafapnoe-Syndroms, so dass der Kode G47.31 *Schlafstörungen, Schlafapnoe, Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom* den Sachverhalt am spezifischsten abbildet. Es handelt sich um kurze und inkomplette Obstruktionen der oberen Atemwege. Die intrathorakalen Druckschwankungen sind über eine Ösophagusdrucksonde messbar. Es verursacht Arousals mit folgender Tagesmüdigkeit. Das UARS begründet die Indikation zu einer CPAP-Therapie.

Kodierempfehlung Nr. 41

Schlagworte: Tumorschmerz, Schmerztherapie
Stand: 28.02.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Aufnahme wegen chronischer Bauchschmerzsymptomatik bei bekannter Peritonealkarzinose bei Pankreaskarzinom zur multimodalen Schmerztherapie. Keine anderen diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen bezüglich der Grunderkrankung. Was ist Hauptdiagnose?

Kodierempfehlung

Hauptdiagnose ist R10.4 *Bauch- und Beckenschmerzen, Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen*. Nach DKR 1806 wird der Kode für die Lokalisation des Schmerzes als Hauptdiagnose angegeben, wenn ein Patient speziell zur Schmerzbehandlung aufgenommen wird und ausschließlich der Schmerz behandelt wird. Dies gilt auch für den Tumorschmerz.

Kodierempfehlung Nr. 42

Schlagworte: Hypokaliämie, drohende, Kaliumgabe, Herzchirurgie
Stand: 28.02.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Nach einem herzchirurgischen Eingriff wird postoperativ häufig intravenös Kalium gegeben, ohne dass im Verlauf ein erniedrigter Serum-Kalium-Spiegel nachgewiesen wurde. Rechtfertigt dies dennoch die Nebendiagnose E87.6 *Hypokaliämie*?

Kodierempfehlung

Nein, da die Diagnose der Hypokaliämie definitionsgemäß eine Erniedrigung des Serum-Kalium-Spiegels bedeutet, was bei der genannten Konstellation nicht vorlag.
Hinweis: Intravenöse Kaliumgabe nach einem herzchirurgischen Eingriff ohne Nachweis einer Hypokaliämie dient im Regelfall der Vermeidung des Auftretens einer Hypokaliämie bzw. der Anhebung des Kalium-Spiegels auf hochnormale Werte zur Vermeidung postoperativer Arrhythmien. Es handelt sich damit um eine Maßnahme zur Vermeidung einer drohenden oder sich anbahnenden Hypokaliämie. Drohende oder sich anbahnende Erkrankungen sind nach DKR D001 nicht zu kodieren.

Kodierempfehlung Nr. 43

Schlagworte: Ileostoma, Rückverlagerung, Teilresektion, Ileum
Stand: 28.02.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Wie wird die Rückverlagerung eines doppelläufigen Ileostomas kodiert? Handelt es sich beim Anfrischen der Resektionsränder um eine zusätzlich kodierbare Teilresektion des Ileums?

Kodierempfehlung

Die Rückverlagerung eines doppelläufigen Ileostomas ist mit 5-465.1 *Rückverlagerung eines doppelläufigen Enterostomas, Ileostoma* zu kodieren. Das Anfrischen der Resektionsränder ist integraler Bestandteil der Prozedur und wird somit nicht zusätzlich kodiert.

Kodierempfehlung Nr. 44

Schlagworte: Nasenseptumdeviation
Stand: 28.02.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Wie unterscheidet man bei einer Nasenseptumdeviation zwischen der angeborenen (Q67.4 *Sonstige angeborene Deformitäten des Schädels, des Gesichtes und des Kiefers*) und der erworbenen Form (J34.2 *Nasenseptumdeviation*)?

Kodierempfehlung

Im Regelfall handelt es sich um eine erworbene Septumdeviation, also J34.2 *Nasenseptumdeviation*.

Erläuterung: Häufigste Ursachen für Nasenseptumdeviationen sind Wachstumsstörungen oder Verletzungen (also erworben). Bei etwa 3% der Neugeborenen wird eine Deviation beobachtet, die wahrscheinlich Folge des Geburtstraumas ist (also ebenfalls erworben) und sich in der überwiegenden Zahl der Fälle spontan zurückbildet.

Kodierempfehlung Nr. 47

Schlagworte: Stichwort: Angina pectoris, Brustschmerz, Thoraxschmerz
Stand: 28.02.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Ein Patient wird mit pectanginösen Beschwerden unter Verdacht auf koronare Herzkrankheit aufgenommen. Die kardiologische Diagnostik einschließlich Linksherzkatheteruntersuchung ergibt keinen Hinweis auf eine kardiale Ursache. Rechtfertigt diese Symptomatik alleine die Kodierung der Angina pectoris als Hauptdiagnose?

Kodierempfehlung

Nein. Die Definition der Angina pectoris umfasst nicht nur die Symptomatik (Schmerz bzw. „Enge der Brust“), sondern auch deren Genese (Missverhältnis zwischen myokardialem Sauerstoffbedarf und Sauerstoffangebot: Ischämie). Entsprechend findet sich auch der ICD-Kode im Kapitel *Ischämische Herzkrankheiten* (I20 bis I25).

Die reine Symptomatik ohne Hinweis auf eine Ischämie ist entsprechend mit einem Kode aus R07.- *Hals- und Brustschmerzen* (z.B. R07.2 *Präkordiale Schmerzen*) zu verschlüsseln.

Siehe auch Kodierempfehlung 172.

Kodierempfehlung Nr. 48

Schlagworte: Commotio, Schädel-Hirn-Trauma, Gehirnerschütterung
Stand: 28.02.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Im klinischen Alltag ist es oft notwendig, Patienten, vor allem Kinder, mit V.a. Commotio cerebri stationär zu überwachen. Oft stellt sich aber im Verlauf heraus, dass die Diagnose nicht bestätigt werden kann. Die Kodierung der Hauptdiagnose bereitet dann oft Probleme.

Kodierempfehlung

Aufgrund der Hinweise zum Kapitel XXI der ICD und aufgrund der DKR D002, Abschnitt „Schlüsselnummern aus Z03.0 bis Z03.9“ können diese, falls überhaupt, nur in seltenen Ausnahmefällen die Hauptdiagnose sein. Es gilt zu prüfen, welches Symptom den Verdacht auf eine Commotio nahegelegt und damit den stationären Aufenthalt ausgelöst hat. Dieses Symptom ist dann die Hauptdiagnose, sofern die Commotio ausgeschlossen wurde.

Sollte die Commotio nicht sicher ausgeschlossen oder bestätigt werden können, sollten Überwachung und Bettruhe als Behandlung im Sinne der DKR D008 gewertet und damit der Kode S06.0 *Gehirnerschütterung* als Hauptdiagnose verwendet werden.

Siehe auch Kodierempfehlung 69.

Kodierempfehlung Nr. 53

Schlagworte: Intubation, schwierig, misslungen
Stand: 28.02.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Wann darf T88.4 *Sonstige Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert, Misslungene oder schwierige Intubation* als Nebendiagnose kodiert werden?

Kodierempfehlung

Eine Intubation wird in der Fachliteratur dann als schwierig bezeichnet, wenn die direkte und vollständige Sicht auf den Kehlkopfeingang trotz optimaler Beugung des Halses und Streckung des Kopfes, mehrerer Versuche, Einsatz unterschiedlicher Laryngoskopspatel, äußeren Drucks auf den Kehlkopfeingang, kompletter Muskelrelaxierung des Patienten und Hinzuziehen weiterer erfahrener Anästhesisten nicht erreicht werden kann.
Nach dem ASA - Algorithmus für den schwierigen Atemweg wird für die Definition der schwierigen Intubation noch die Anzahl der Intubationsversuche (> 3 Versuche) und die Dauer für das korrekte Einführen des Endotrachealtubus (> 10 Minuten bei konventioneller Laryngoskopie) herangezogen.

Zur Beurteilung ist das **Narkoseprotokoll (einschließlich Prämedikationsprotokoll)** erforderlich.
Das Prämedikationsprotokoll kann Aufschluss darüber geben, ob die Diagnose einer schwierigen Intubation bereits anamnestisch bekannt war oder ob sich im Rahmen der Prämedikation Hinweise auf eine zu erwartende schwierige Intubation ergaben.
Eine tatsächlich schwierige Intubation muss auf dem eigentlichen Protokoll über Narkose und Operation vermerkt und mit Text beschrieben sein.
Es muss ersichtlich sein, welche Maßnahmen zur Bewältigung des Problems mit welchem Erfolg getroffen wurden, wie viele Intubationsversuche unternommen wurden, wie viel Zeit zwischen Narkoseeinleitung und Intubation vergingen und ob mehrere Ärzte beteiligt waren.

Bei schwierigen Intubationen können technische Hilfsmittel zur Anwendung kommen, z.B.:
Fiberendoskopische Intubation
Intubation mit der Intubationslarynxmaske
Intubation mit dem Kombi-Tubus
Verwendung von speziellen Laryngoskopen
Notfallrohr
Koniotomie

Kodierempfehlung Nr. 55

Schlagworte: Suizidversuch
Stand: 28.02.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Ein junger Mann springt in suizidaler Absicht aus dem Fenster und zieht sich hierbei Prellungen zu. Er wird in einer internistischen Abteilung aufgenommen. Dort erfolgt ein psychiatrisches Konsil, die Entlassung am nächsten Tag. Was wird als Hauptdiagnose verschlüsselt?

Kodierempfehlung

Die „Absicht der Selbsttötung“ kann und darf *mit X84.9! Absichtliche Selbstbeschädigung* nicht als Hauptdiagnose verwendet werden. Sofern dem Suizidversuch eine psychiatrische Erkrankung zugrunde liegt, wird die psychiatrische Erkrankung, z.B. Depression, als Hauptdiagnose verschlüsselt. Bei fehlendem Nachweis einer psychiatrischen Erkrankung wird z.B. R45.8 *Sonstige Symptome, die die Stimmung betreffen* kodiert.

Kodierempfehlung Nr. 56

Schlagworte: Diabetes, pAVK, Diabetisches Fußsyndrom
Stand: 28.02.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Was ist Hauptdiagnose bei peripherer arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK) und gleichzeitig bestehendem Diabetes mellitus?
„Diabetischer Fuß“ wird kodiert mit E10-E14, vierte und fünfte Stelle -.74 *Mit multiplen Komplikationen, mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet* oder -.75 *Mit multiplen Komplikationen, mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet*. Periphere vaskuläre Erkrankungen, die in kausalem Zusammenhang mit Diabetes mellitus stehen, sind mit E10-E14, vierte Stelle -.5 *Mit peripheren vaskulären Komplikationen* zu verschlüsseln (DKR 0401).
Häufig besteht die Konstellation einer pAVK mit hinzu gekommenem Diabetes mellitus. Z.B. anamnestisch Ruheschmerz, jetzt stationäre Aufnahme wegen ulzerösen Veränderungen an den Füßen. Operative Behandlung (Bypass oder Amputation). Als weitere Risikofaktoren sind arterielle Hypertonie und Nikotinabusus bekannt.

Kodierempfehlung

Bei kausalem Zusammenhang und der Diagnose von vaskulären und/oder polyneuropathischen Diabeteskomplikationen wird Diabetes mellitus als Hauptdiagnose kodiert (E10-E14, vierte Stelle -.5 oder vierte und fünfte Stelle -.74 oder -.75). Als Nebendiagnosen werden z.B. I79.2* *Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten* und I70.23 *Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration* angegeben (s. DKR 0401, Beispiele 5 und 10).

Wird im Einzelfall nachvollziehbar kein kausaler Zusammenhang zwischen pAVK und z.B. Altersdiabetes gesehen und die Diagnose von vaskulären und/oder Diabeteskomplikationen nicht gestellt, wird die arterielle Verschlusskrankheit als Hauptdiagnose kodiert (z.B. I70.24 *Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Gangrän*). Als Nebendiagnose darf in diesem Fall E10-E14, vierte Stelle -.5 oder vierte und fünfte Stelle -.74 oder -.75 nicht kodiert werden (s. DKR 0401, Beispiel 7).

Kodierempfehlung Nr. 57

Schlagworte: Schlafapnoe, Operation, Nasenseptum
Stand: 28.02.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Was ist Hauptdiagnose bei Patienten mit Schlafapnoe, die deswegen operiert werden?
Z.B. stationäre Aufnahme eines Schlafapnoe-Patienten zur Durchführung einer Nasenseptum-Operation.

Kodierempfehlung

„Bei der operativen Versorgung von an Schlafapnoe erkrankten Patienten ist nicht der pathophysiologische Befund (z.B. J34.2 *Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen, Nasenseptumdeviation*), sondern die Schlafapnoe-Erkrankung (ein Kode aus G47.3- *Schlafstörungen, Schlafapnoe*) als Hauptdiagnose anzugeben, sofern mit der operativen Versorgung die Beseitigung der Schlafapnoe intendiert ist und diese der Anlass der stationären Aufnahme war."

In der Selbstverwaltung bestand bezüglich oben genannter Formulierung Konsens. Gemäß der Hauptdiagnosen-Definition in DKR D002 ist nicht die Ätiologie bzw. der pathophysiologische Befund, sondern die Schlafapnoe-Erkrankung als Hauptdiagnose anzugeben. Diese Bewertung wird von allen Selbstverwaltungspartnern mitgetragen.

Kodierempfehlung Nr. 59

Schlagworte: Wiederaufnahme, Komplikation, Chemotherapie, Neutropenie, Nebenwirkungen
Stand: 28.02.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Ist die „Toxizität" der Chemo- oder Strahlentherapie (z.B. Neutropenie) als Komplikation zu verschlüsseln? Siehe Beispiel 1-3.

Ab 2008 gilt nach FPV, § 2 Absatz 3:

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

Somit sind die Empfehlungen in folgenden Beispielen für Fälle bis einschließlich 2007 gültig, ab 2008 nicht mehr zutreffend.

Kodierempfehlung

Eine Arzneimittel-Nebenwirkung ist als eine Komplikation zu werten und damit auch eine Komplikation im Sinne der Regelung zur Wiederaufnahme. Dies gilt auch für die Chemo- und Strahlentherapie. Ansonsten müsste eine spezielle Vorschrift für die Onkologie erfolgen (s. folgende Beispiele 1 – 3).

Beispiel 1:
76-jährige Patientin mit AML, laufende Chemotherapie, noch keine Vollremission, Aufnahme mit pathologischen Leberwerten durch Chemotherapie (Entlassung vor einer Woche) in schlechtem AZ. Nach einigen Tagen deutliche Befundbesserung und Entlassung.

Wiederaufnahme wegen Komplikation:
Ja.

Beispiel 2:
76-jähriger Patient mit einem Pankreas-Ca-Rezidiv, laufende Chemotherapie mit Cisplatin und Gemcitabine, aktuell notfallmäßige Aufnahme mit massiven Cisplatin-induziertem Erbrechen nach der letzten Chemotherapie (Entlassung vor einem Tag), keine Darmobstruktion in der Diagnostik.

Wiederaufnahme wegen Komplikation:
Ja (wenn Differentialdiagnose anderer Ursache unwahrscheinlich).

Beispiel 3:
44-jährige Patientin, laufende Chemotherapie bei Mamma-Ca, jetzt Aufnahme eine Woche nach letzter Chemotherapie wegen einer Pneumonie bei leichter Leukopenie (2000 Leuko/µl).

Wiederaufnahme wegen Komplikation:
Nein. Die Pneumonie muss nicht kausal mit der Neutropenie als Folge der Chemotherapie zusammenhängen. Ein Zusammenhang mit der Chemotherapie als durchgeführter Leistung des Voraufenthaltes ist nicht sicher herzustellen.

Kodierempfehlung Nr. 60

Schlagworte: Anämie, Neubildungen, Chemotherapie
Stand: 28.02.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Kodierung therapiebedingter Anämie in der Onkologie durch

- D63.0* *Anämie bei Neubildungen* = Tumor-Anämie,
- D64.8 *Sonstige näher bezeichnete Anämien,*
- D61.1- *Arzneimittelinduzierte aplastische Anämie*?

Kodierempfehlung

Die Chemotherapie-induzierten Anämie wird durch D61.1 *Arzneimittelinduzierte aplastische Anämie* (2005) bzw. D61.10 *Aplastische Anämie infolge zytostatischer Therapie* (ab 2006) sachgerecht kodiert. Eine Differenzierung ist bei gleichzeitig bestehender Tumoranämie aufgrund der Erythrozyten-Überlebenszeit oftmals schwierig, jedoch bei Tumorpatienten <u>ohne</u> vorbestehende Tumor-induzierte Anämie sinnvoll möglich.

Kodierempfehlung Nr. 61

Schlagworte: Metastasen, multiple, Chemotherapie
Stand: 28.02.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Systemische Chemotherapie wegen multipler Metastasen bei metastasiertem Tumor-Leiden:
z.B.: Chemotherapie bei Leber-, Nieren-, Haut- und Knochenmetastasen und Mammakarzinom. Chemotherapie und diagnostischer Aufwand (Verlaufskontrollen) orientieren sich am Verlauf der Leber- Nieren- und Hautfiliae, die bekannten Knochenfiliae werden ohne speziellen Aufwand durch die Chemotherapie mitbehandelt. Sind alle bekannten Metastasen in diesem Fall als Nebendiagnosen zu kodieren?

Kodierempfehlung

Alle mit der Chemotherapie behandelten Metastasen erfüllen die Nebendiagnosen-Kriterien und dürfen daher kodiert werden.
Ein spezieller Aufwand über die systemische Therapie hinaus [z.B. Diagnostik zur Verlaufskontrolle (Sono, Röntgen, spez. Labor)] ist nicht erforderlich weil ein nebendiagnosenspezifischer Aufwand durch die Chemotherapie vorliegt.
Auch die Knochenmetastasen können daher kodiert werden (vgl. DKR D003 Nebendiagnosen).

Kodierempfehlung Nr. 65

Schlagworte: Brustschmerzen, Angina pectoris
Stand: 28.02.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Ein Patient mit bekannter koronarer Herzkrankheit und Zustand nach Bypass-Operation kommt ins Krankenhaus, da er nach körperlicher Arbeit Brustschmerzen verspürte. Troponintest negativ, EKG und Belastungs-EKG o.B., CK 744 U/l, Myoglobin maximal 518 U/l. Was ist die Hauptdiagnose?

Kodierempfehlung

Obwohl es sich eher um einen muskulären Schmerz zu handeln scheint (R07.3 *Sonstige Brustschmerzen*), ist eine Angina pectoris aufgrund der Anamnese nicht sicher ausgeschlossen und kann somit als Hauptdiagnose kodiert werden, wenn eine Behandlung eingeleitet wurde (DKR D008 Verdachtsdiagnose).

Kodierempfehlung Nr. 66

Schlagworte: Lungenembolie, Beinvenenthrombose
Stand: 28.02.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Aufnahme wegen Lungenembolie bei tiefer Beinvenenthrombose.
Was ist Hauptdiagnose: tiefe Beinvenenthrombose als zugrundeliegende Ursache oder Lungenembolie?

Kodierempfehlung

Hauptdiagnose ist die Lungenembolie, da die Zuweisung der zugrunde liegenden Krankheit als Hauptdiagnose nur gilt, wenn sich der Patient mit einem Symptom vorstellt (D002). Lungenembolie ist eine eigenständige Diagnose, kein Symptom.

Kodierempfehlung Nr. 67

Schlagworte: Hyperglykämie, Cortison
Stand: 28.02.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Ein Patient bekommt während des stationären Aufenthaltes Cortison, entwickelt daraufhin eine Hyperglykämie und bekommt Altinsulin. Kein Diabetes bekannt, keine weitere Diagnostik diesbezüglich. Wie ist die Hyperglykämie zu kodieren?

Kodierempfehlung

Laut DKR 1917 lautet die Diagnose R73.9 *Hyperglykämie, nicht näher bezeichnet* in Kombination mit Y57.9! *Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen*, kein Kode aus E11.- *Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]*.

Kodierempfehlung Nr. 68

Schlagworte: Peritonealkatheter, Niereninsuffizienz, Dialyse
Stand: 28.02.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Aufnahme zur Neuanlage Peritonealkatheter (5-549.2 *Implantation eines Katheterverweilsystems in den Bauchraum*) bei Niereninsuffizienz. Ist entsprechend DKR 0912c (bis Version 2006) als Hauptdiagnose Z49.0 *Vorbereitung auf die Dialyse* zu kodieren oder die Niereninsuffizienz?

Kodierempfehlung

Niereninsuffizienz ist Hauptdiagnose. DKR 0912c bezieht sich bis einschließlich Version 2006 nur auf chirurgisch angelegte arteriovenöse Fistel/Shunt bei Niereninsuffizienz. Peritonealkatheter ist kein Shunt. Eine analoge Anwendung der DKR ist nicht zulässig.

Die Regelung zur Verwendung der Schlüsselnummer Z49.0 *Vorbereitung auf die Dialyse* wurde im Rahmen der Weiterentwicklung der DKR gestrichen. Nach DKR D002 ist die Niereninsuffizienz Hauptdiagnose.

Kodierempfehlung Nr. 69

Schlagworte: Commotio, Schädel-Hirn-Trauma, Gehirnerschütterung
Stand: 28.02.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Ist nach Sturz eines Kindes mit lokalem Kopfschmerz S06.0 *Gehirnerschütterung* als Hauptdiagnose anzuerkennen, wenn durch Bogen dokumentierte Überwachung erfolgte? Keine dokumentierte Bewusstlosigkeit, kein Erbrechen. Die Commotio ist am Ende des Aufenthalts sicher ausgeschlossen.

Kodierempfehlung

Da die Verdachtsdiagnose sicher ausgeschlossen wurde, ist das Symptom Kopfschmerz (R51) als Hauptdiagnose zu verschlüsseln (siehe DKR D008 Verdachtsdiagnosen).

Erfolgte die stationäre Aufnahme nur aufgrund anamnestischer Angaben und ohne Symptome, ist Z03.8 *Beobachtung bei sonstigen Verdachtsfällen* als Hauptdiagnose zu verschlüsseln.

Siehe auch Kodierempfehlung 48.

Kodierempfehlung Nr. 70

Schlagworte: Fraktur, pathologische, bösartige Neubildungen, Osteoporose
Stand: 28.02.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Wie ist eine pathologische Fraktur bei bösartigen Neubildungen zu verschlüsseln?
Wie ist eine pathologische Fraktur bei Osteoporose zu verschlüsseln?

Kodierempfehlung

M90.7-* *Knochenfraktur bei Neubildungen*
Dies ist der spezifische Schlüssel für pathologische Fraktur bei bösartigen Neubildungen zusammen mit dem entsprechenden Primärschlüssel (C00 - D48†). Die Lokalisation ist auf der 5. Stelle von M90.7-* anzugeben, somit entfällt ein Nebendiagnosen-Schlüssel aus dem Fraktur-Kapitel.

M80.- *Osteoporose mit pathologischer Fraktur*
Dies ist der spezifische Schlüssel für pathologische Fraktur bei Osteoporose. Die Lokalisation ist auf der 5. Stelle von M80.- anzugeben, somit entfällt ein Nebendiagnosen-Schlüssel aus dem Fraktur-Kapitel.

Kodierempfehlung Nr. 72

Schlagworte: Shunt-Anlage, Fettstoffwechselstörung, Dialyse, Apherese
Stand: 28.02.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Wie ist eine Aufnahme zur Shunt-Anlage bei Fettstoffwechselstörung zu kodieren? Z49.0 *Vorbereitung auf die Dialyse* passt nicht.

Kodierempfehlung

Fettstoffwechselstörung ist Hauptdiagnose. DKR 0912c bis einschließlich Version 2006 bezieht sich nur auf chirurgisch angelegte arteriovenöse Fistel/Shunt bei Niereninsuffizienz. Eine analoge Anwendung der DKR ist nicht zulässig.

Kodierempfehlung Nr. 73

Schlagworte: AT III - Mangel, Antithrombin, Koagulopathie
Stand: 28.02.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Wie wird ein AT III - Mangel verschlüsselt? Ein spezifischer Kode dafür ist nicht vorhanden.

Kodierempfehlung

Wenn der AT III - Mangel behandlungsrelevant ist (nicht nur Kontrollen von Laborparametern), ist er bis 2009 als Nebendiagnose mit D68.8 *Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien* zu kodieren.

AT III ist der wichtigste Inhibitor der Blutgerinnung (über die Hemmung von Thrombin und FXa). Ein AT III - Mangel geht mit einer erhöhten Neigung zu thromboembolischen Ereignissen einher.
Als Koagulopathien bezeichnet man angeborene oder erworbene Gerinnungsstörungen, verursacht durch Mangel an oder Funktionsstörungen von plasmatischen Gerinnungsfaktoren; entsprechend der unterschiedlichen Symptomatik unterscheidet man Koagulopathien mit Blutungstendenz (Minus-Koagulopathien) und Koagulopathien mit Thrombose-Tendenz (Plus-Koagulopathien) sowie nach dem Ort der Ursache hepatogene, kardiogene und Immunkoagulopathien.

Ab 2010 steht für den Antithrombinmangel der ICD-Kode D68.5 *Sonstige Koagulopathien, primäre Thrombophilie* zur Verfügung.

Kodierempfehlung Nr. 75

Schlagworte: Beatmung, nichtinvasive, Maske
Stand: 28.02.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Wie ist die Fortsetzung intermittierender Heimbeatmung mit Maske bei Patienten mit exazerbierter COPD und Verschlechterung der respiratorischen Insuffizienz, bei denen diese Beatmung im Krankenhaus fortgesetzt wird, zu kodieren? Die Behandlung erfolgt nicht auf einer Intensivstation.
In Kliniken, in denen die nichtinvasive Beatmung (ohne Intubation) fortgesetzt wird mit Protokollierung der Beatmungsphasen, wird durch diese Beatmung eine ansonsten ggf. erforderliche Intubation vermieden.
Welche Verschlüsselung mit einem Beatmungs-OPS kommt in Frage?
Sind die Beatmungsstunden zu erfassen?

Kodierempfehlung

DKR 1001 definiert „Maschinelle Beatmung“ („künstliche Beatmung”) als einen Vorgang, bei dem Gase mittels einer mechanischen Vorrichtung in die Lunge bewegt werden. Die Atmung wird unterstützt durch das Verstärken oder Ersetzen der eigenen Atemleistung des Patienten. Bei der künstlichen Beatmung ist der Patient **in der Regel intubiert oder tracheotomiert** und wird fortlaufend beatmet.
Bei intensivmedizinisch versorgten Patienten kann eine maschinelle Beatmung auch über **Maskensysteme** erfolgen, wenn diese an Stelle der bisher üblichen Intubation oder Tracheotomie eingesetzt werden.

Wenn eine maschinelle Beatmung die obige Definition erfüllt, ist

1) zunächst die Dauer der künstlichen Beatmung zu erfassen...

Also ist zu fordern:

- Intubation oder
- Tracheotomie oder
- Maskenbeatmung bei gleichzeitiger intensivmedizinischer Versorgung

Nach PSCHYREMBEL ist Intensivmedizin "Überwachung und Therapie von Patienten mit (potentiell) akut lebensbedrohlicher Erkrankung oder Komplikation unter besonderen **räumlichen, personellen und apparativen Voraussetzungen (Intensivstation)** mit einem **Höchstmaß an Behandlungsintensität**; dabei wird häufig der temporäre maschinelle Ersatz gestörter oder ausgefallener Organfunktionen (z.B. Beatmung, Hämodialyse, Hämofiltration) bei gleichzeitiger Behandlung des verursachenden Grundleidens erforderlich".

Unter Beachtung dieser Definition ist die Maskenbeatmung auf Normalstationen nicht als Beatmung i.S. der genannten Definition in der DKR anzuerkennen, da hier die Voraussetzungen nicht erfüllt sind.

Wenn also die Patienten intensivtherapiepflichtig sind und deshalb auch intensivmedizinisch versorgt werden, sind die (Masken-) Beatmungszeiten anzugeben. Sind sie dies nicht, handelt es sich auch nicht um maschinelle Beatmung im Sinne der DKR.

Zur Prozedurenverschlüsselung kommen die OPS-Kodes aus 8-716 *Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung* in Frage.

Mit den DKR 2009 erfolgt die Klarstellung, dass die o.a. Voraussetzungen auch für heimbeatmete Patienten gelten, die nicht über Maskensysteme, sondern über ein Tracheostoma beatmet werden.

Siehe auch Kodierempfehlung 146.

Kodierempfehlung Nr. 76

Schlagworte: Zerebralparese, infantile, Kontrakturen, operative Behandlung
Stand: 28.02.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Was ist Hauptdiagnose bei Kindern mit Infantiler Zerebralparese bei operativer Behandlung von Kontrakturen?

Kodierempfehlung

Die Infantile Zerebralparese ist u.a. eine chronische Störung von Bewegung und Haltung aufgrund einer intrauterin, peripartal oder postpartal erworbenen nicht progressiven Schädigung des sich entwickelnden Gehirns. Sie ist der Sammelbegriff für verschiedene Syndrome (spastisches Diplegiesyndrom / Hemiplegiesyndrom / Tetraplegie, ataktische, dyskinetische, Hypotoniesyndrome).

Es kommt die DKR D004 zur Anwendung und es sind bei Behandlung nur einer oder mehrerer Manifestationen (Kontrakturen) diese als Hauptdiagnose zu verschlüsseln. Bei mehreren Manifestationen ist die Wahl vom Krankenhausarzt nach dem Ressourcenverbrauch vorzunehmen. G80.- *Infantile Zebralparese* und weitere relevante Erscheinungen (z.B. Inkontinenz) sind als Nebendiagnose zu kodieren.

Kodierempfehlung Nr. 77

Schlagworte: Fieber, postoperativ
Stand: 28.02.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Kann als Nebendiagnose T81.4 *Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert* verschlüsselt werden, wenn nach der Operation kurzfristig postoperatives Fieber (einmalig am 3. postoperativen Tag) "ohne anatomisches Korrelat" bei "prophylaktischer“ i.v.-Antibiose auftritt?

Kodierempfehlung

Es lag ein Symptom (Fieber) vor. Da ein infektiöses Geschehen als Ursache für das Fieber nicht nachgewiesen werden konnte, kann T81.4 als postoperative Infektion nicht verschlüsselt werden.
Da eine Temperaturerhöhung postoperativ nichts Ungewöhnliches ist (Resorptionsfieber), ist sie zunächst nicht als Nebendiagnose zu verschlüsseln, wenn sie sich im üblichen Rahmen bewegt.
Falls postoperatives Fieber (als Symptom) auftritt und die Kriterien einer Nebendiagose erfüllt, ist es als Symptom mit R50.9 *Fieber, nicht näher bezeichnet* zu verschlüsseln, sofern nicht tatsächlich eine Infektion nachgewiesen wurde.

Für Fälle ab 2010 sind die Änderungen der DKR D003 zu Symptomen als Nebendiagnosen zu berücksichtigen.

Kodierempfehlung Nr. 78

Schlagworte: Darmperforation, Verletzung, iatrogen
Stand: 28.02.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Bei einem ambulanten gynäkologischen Eingriff wurde eine iatrogene Darmperforation des terminalen Ileums mit nachfolgender eitriger Peritonitis hervorgerufen. Einweisung in die Chirurgie und Operation (5-467.02 *Andere Rekonstruktion des Darmes: Naht (nach Verletzung): Ileum*).
Was ist als Hauptdiagnose zu kodieren?

S36.49 *Verletzung sonstiger und mehrere Teile des Dünndarmes*

oder

T81.2 *Versehentliche Stich- oder Risswunde während eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert*

Kodierempfehlung

Unter Berücksichtigung der DKR D002, dort unter "Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Maßnahmen", ist abzuleiten, dass für diesen Fall S36.49 zutrifft (betroffenes Organ und Art der Erkrankung spezifisch beschrieben). T81.2 beschreibt zwar die Verletzung, aber ohne Organbezug.

Um den Zusammenhang mit einer medizinischen Maßnahme zu beschreiben, kann der Kode Y69! *Zwischenfälle bei chirurgischem Eingriff und medizinischer Behandlung* als Nebendiagnose zusätzlich angegeben werden.

Kodierempfehlung Nr. 79

Schlagworte: Hyperglykämie, postoperativ, Hypoinsulinämie
Stand: 28.02.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Postoperative Hyperglykämie.
Kann E89.1 *Hypoinsulinämie nach medizinischen Maßnahmen* kodiert werden bei postoperativer Hyperglykämie ohne Operation an endokrinen Organen? Ein Insulinmangel ist laut vorliegenden Unterlagen nicht nachgewiesen.

Kodierempfehlung

Bei der bestehenden Hyperglykämie wird im Rahmen des Postaggressionssyndroms von einer peripheren Insulinresistenz bzw. Glucoseverwertungsstörung, jedoch nicht von einem absoluten Mangel an Insulin ausgegangen. Dieser müsste nachgewiesen sein. Daher kann E89.1 nicht kodiert werden.
Zu kodieren ist R73.9 *Hyperglykämie, nicht näher bezeichnet*, sofern die Nebendiagnosen-Definition erfüllt ist.

Kodierempfehlung Nr. 80

Schlagworte: Gelenkinfektion, Empyem
Stand: 28.02.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Aufnahme zur Behandlung eines Schultergelenkempyems. Nachweis von Staphylococcus aureus. Wochen vorher war eine intraartikuläre Injektion dort vorgenommen worden. Wie sind Haupt- und Nebendiagnose zu kodieren?

Kodierempfehlung

„Wird zurzeit überarbeitet.“

Kodierempfehlung Nr. 81

Schlagworte: Zusatzentgelt, Nebendiagnose, AT III, Antithrombin
Stand: 28.02.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Darf eine Erkrankung auch dann als Nebendiagnose kodiert werden, wenn z.B. deren medikamentöse Behandlung ab einer bestimmten Dosierung durch ein Zusatzentgelt (ZE) vergütet wird?

Beispiel: Ein behandlungsrelevanter AT III - Mangel wird als Nebendiagnose kodiert und führt zu einem höheren Schweregrad der DRG. Gleichzeitig führt die AT III - Applikation ab einem Schwellenwert zur Vergütung eines ZE (ab 2005).

Kodierempfehlung

Nebendiagnosen dürfen auch dann kodiert werden, wenn neben der DRG ein ZE für deren Behandlung abgerechnet werden kann. Zusatzentgelte sind additive Entgelte für aufwändige Leistungen, z.B. für die pro Aufenthalt applizierten Einheiten ab einem festgelegten Schwellenwert. Die mit einem ZE vergüteten Kostenanteile einer Leistung sind nicht in die Bewertung der DRG einbezogen.

Kodierempfehlung Nr. 82

Schlagworte: Kardiomyopathie, Herzinsuffizienz
Stand: 28.06.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Aufnahme wegen einer dekompensierten Linksherzinsuffizienz. Die Diagnostik ergibt eine bisher nicht bekannte Kardiomyopathie. Was ist Hauptdiagnose, Kardiomyopathie oder Linksherzinsuffizienz? Ist zusätzlich eine Nebendiagnose zu kodieren?

Kodierempfehlung

Hauptdiagnose ist die Linksherzinsuffizienz (z. B. I50.13 *Linksherzinsuffizienz, mit Beschwerden bei leichterer Belastung, NYHA-Stadium III*) und Nebendiagnose die Kardiomyopathie (z.B. I42.9 *Kardiomyopathie, nicht näher bezeichnet*). Ein ICD-Kode „dekompensierte Kardiomyopathie“ existiert nicht. Die Aufnahme wurde hauptsächlich durch die dekompensierte Herzinsuffizienz veranlasst. Herzinsuffizienz ist eine eigenständige Krankheit, kein Symptom. Die Ätiologie- und Manifestationsverschlüsselung gilt nur für das Kreuz-/Stern-System.

Die Kardiomyopathie ist bei entsprechendem Aufwand – ob bereits bekannt oder erst während dieses Aufenthaltes diagnostiziert - als Nebendiagnose zu verschlüsseln, z.B. bei Diagnostik und/oder medikamentöser Behandlung.

Kodierempfehlung Nr. 83

Schlagworte: Epilepsie, Folgen eines Hirninfarktes
Stand: 28.06.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Stationäre Aufnahme wegen einer akuten ischämischen Herzkrankheit (Hauptdiagnose I24.9 *Akute ischämische Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet*). Zusätzlich besteht eine fokale symptomatische Epilepsie entsprechend des ICD-Kodes G40.2, die medikamentös eingestellt ist. Die Epilepsie hat sich nach einem ischämischen Insult entwickelt, der ansonsten ohne funktionell bedeutsame Residuen geblieben war. Ist als weitere Nebendiagnose I69.3 *Folgen eines Hirninfarktes* zu kodieren?

Kodierempfehlung

Ja. Laut DKR D005 sind Folgezustände einer Krankheit mit zwei Schlüsselnummern zu kodieren. Die Epilepsie als aktueller Krankheitszustand und Folge des ischämischen Insultes wird bei entsprechendem Aufwand mit G40.2 *Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen* und I69.3 *Folgen eines Hirninfarktes* kodiert.

Kodierempfehlung Nr. 84

Schlagworte: Blutung, Tumor, Hauptdiagnose
Stand: 28.06.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Vorbekanntes inoperables Hypopharynx-Karzinom, laufende palliative Therapie. Aufnahme in der HNO-Abteilung mit Tumorarrosionsblutung. Dort ausschließlich blutstillende Maßnahmen u.a. in ITN. Welche Hauptdiagnose ist zu kodieren?

Kodierempfehlung

Da hier eine direkte Assoziation (Blutung) mit dem Tumor vorliegt und die Behandlung auch am Tumor erfolgt, ist C13.8 *Bösartige Neubildung des Hypopharynx, mehrere Teilbereiche überlappend* als Hauptdiagnose zu verschlüsseln.

Kodierempfehlung Nr. 85

Schlagworte: Leberbiopsie, Prozedur
Stand: 28.06.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Bei einem Patienten wird aufgrund einer Virushepatitis *(B17.1 Sonstige akute Virushepatitis, Akute Virushepatitis C*) eine Leberpunktion durchgeführt. Welche Prozedur bildet die Leberbiopsie unter sonographischer Kontrolle nach Stichinzision der Haut ab?

Kodierempfehlung

Es ist die Prozedur 1-442.0 *Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, Leber* zu kodieren. Bei der Prozedur 1-551.1 *Biopsie an der Leber durch Inzision, Nadelbiopsie* ist Voraussetzung, dass der Zugang zum Organ durch Inzision erfolgt.

Kodierempfehlung Nr. 86

Schlagworte: Metastase, Hauptdiagnose
Stand: 28.06.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Eine Patientin wird wegen einer unklaren Lymphknotenvergrößerung bei Z.n. Mammakarzinom vor 12 Jahren (therapiert mit Ablatio mammae, Axilladissektion, endokriner Therapie mit Östrogen-Antagonist über 5 Jahre) aufgenommen. Die Histologie der Lymphknotenbiopsie ergibt eine Lymphknotenmetastase eines zuvor diagnostizierten Mammakarzinoms. Aktuelle Therapie: Endokrine Therapie des Mammakarzinoms mit Aromatase-Inhibitoren. Was ist als Hauptdiagnose zu kodieren?

Kodierempfehlung

Hauptdiagnose ist ein Kode aus C77.- *Sekundäre und nicht näher bezeichnete sekundäre Neubildung der Lymphknoten*. Die Metastase war Anlass der stationären Aufnahme, nicht ein Rezidiv des primären Malignoms. Als Nebendiagnose wird C50.9 *Bösartige Neubildung der Brustdrüse*, *nicht näher bezeichnet* kodiert.

Kodierempfehlung Nr. 87

Schlagworte: Senilität, Nebendiagnose
Stand: 28.06.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Unter welchen Vorraussetzungen ist als Nebendiagnose der ICD-Kode R54 *Senilität* kodierbar?

Kodierempfehlung

Eine Altersgrenze existiert nicht und dem alleinigen Eintritt in ein bestimmtes Alter kann nicht per se ein Krankheitswert zugeordnet werden. Unter dem Begriff Senilität werden häufig mehrere mögliche altersbedingte Fähigkeitsstörungen subsumiert (z.B. H91.1 *Presbyakusis*, R26.- *Störungen des Ganges und der Mobilität*, F06.7 *Leichte kognitive Störung*).
Die Kodierung der Nebendiagnose R54 *Senilität* ist eher die Ausnahme als der Regelfall. Im Regelfall ist die konkrete Fähigkeitsstörung zu kodieren (s.o.), sofern dadurch das Patientenmanagement nachweislich beeinflusst wird. Die Nebendiagnose R54 ist nur kodierfähig, wenn kein spezifischerer Diagnosekode verfügbar ist. Ein alleiniges hohes Lebensalter erfüllt nicht die Kriterien der DKR und insbesondere der Nebendiagnosendefinition. Anhaltspunkte für eine Kodierung der unter den Kategorien R00-R99 klassifizierten Zustände und Symptome sind die Anmerkungen a) bis f) im Kapitel XVIII der ICD-10-GM.

Kodierempfehlung Nr. 90

Schlagworte: Folgeeingriff, Stententfernung
Stand: 28.06.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Erster Aufenthalt: Laparoskopische Cholezystektomie bei Cholezystolithiasis; Zystikusstumpfinsuffizienz am 7. postoperativen Tag, nachfolgend ERCP und Choledochusstenteinlage.
Zwei Monate später geplante Wiederaufnahme zur Stententfernung. Was ist die Hauptdiagnose für den 2. Aufenthalt?

Kodierempfehlung

Entsprechend DKR D005 wird die Zystikusstumpfinsuffizienz als ursprüngliche Krankheit für den geplanten Folgeeingriff als Hauptdiagnose kodiert. Hauptdiagnose ist K91.88 *Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert.*

Kodierempfehlung Nr. 92

Schlagworte: Therapieeinheiten, Behandlungstage, Belegungstage
Stand: 28.06.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

9-403	*Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie*
9-403.3	*Intensivtherapie* (über 5 Tage mindestens 15 Therapieeinheiten)
9-403.4	*Erweiterte Intensivtherapie* (über 12 Tage mindestens 30 Therapieeinheiten)

Der Patient hat 30 Therapieeinheiten bei einer Verweildauer von 11 Tagen erhalten. Wie ist zu kodieren?

Kodierempfehlung

Erfolgte sowohl am Aufnahme- als auch am Entlassungstag eine Behandlung, ergeben sich trotz 11 Belegungstagen 12 Behandlungstage. Somit könnte der OPS-Kode 9-403.4 kodiert werden.

Kodierempfehlung Nr. 93

Schlagworte: Lagerungsbehandlung
Stand: 28.06.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Ist ein Kode aus 8-390 *Lagerungsbehandlung* gerechtfertigt bei z.B. regelmäßiger Verwendung einer nicht näher definierten „Spezialmatratze“ nach kardiochirurgischem Eingriff?

Kodierempfehlung

Unter Berücksichtigung der verschiedenen Lagerungsbehandlungskodes (z.B. Therapeutisch- funktionelle Lagerung auf neurophysiologischer Basis, Lagerung im Schlingentisch) kann der OPS 8-390 nur auf eine besondere, im Einzelfall erforderliche und nicht bei vergleichbaren Patienten standardmäßig durchgeführte Lagerungsbehandlung abzielen.
Standardmäßige Dekubitusprophylaxen oder postoperative Standardbehandlungen etc. sind nicht hierüber zu kodieren (z.B. nachbeatmete Patienten mit Lagerung auf der Intensivstation, Dekubitusprophylaxe bei geriatrischen Patienten etc.).
Die Auffassung, dass mit dem OPS 8-390 nur sehr ressourcenaufwändige und längerfristige Lagerungsbehandlungen gemeint sind, wird auch durch die ergänzenden Hinweise zum Kode ab OPS Version 2006 gestützt.

Kodierempfehlung Nr. 94

Schlagworte: CUP-Syndrom, Peritonealkarzinose, Metastasen, Hauptdiagnose
Stand: 28.06.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Aufnahme einer Patientin mit Bauchschmerzen; die Diagnostik ergibt eine Peritonealkarzinose (C78.6 *Sekundäre bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums*). Der Primärtumor kann nicht geklärt werden. Kann das CUP-Syndrom (cancer of unknown primary) als Hauptdiagnose kodiert werden (C80.0 *Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet*)?

Kodierempfehlung

Hauptdiagnose C80.0, Nebendiagnose C78.6.
Nach der ICD-Systematik handelt es sich bei C78.6 um eine sekundäre bösartige Neubildung. Als Grunderkrankung liegt neu diagnostiziert ein CUP-Syndrom vor. Es handelt sich um ein Krankheitsbild, das onkologisch als histologisch oder zytologisch gesicherte Metastasierung eines durch die primäre Diagnostik nicht gefundenen Primärtumors definiert wird und somit als ursächliche Diagnose die Hauptdiagnose darstellt. Da die Aufnahme nicht nur zur Behandlung der Metastasen erfolgte, greift hier nicht die Ausnahmeregelung der speziellen Kodierrichtlinien Neubildungen bezüglich der Einordnung der Metastase als Hauptdiagnose (0201).

Kodierempfehlung Nr. 95

Schlagworte: Rheumatischer Fuß, Fußdeformität, Hauptdiagnose
Stand: 28.06.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Eine rheumatische Fußdeformität mit Hallux valgus, Spreizfuß, Krallenzehe D III und einem Rheumaknoten wird durch eine subcapitale Resektionsosteotomie nach Le Lievre MT II-V, eine Arthrodese des Großzehengrundgelenkes und eine Verkürzungsosteotomie DIII nach Hohmann korrigiert. Kann M06.07 *Seronegative chronische Polyarthritis, Knöchel und Fuß* als Hauptdiagnose verschlüsselt werden?

Kodierempfehlung

Nicht die rheumatische Grunderkrankung hat den aktuellen Krankenhausaufenthalt veranlasst, sondern die zu korrigierende Fußdeformität. Somit ist die zu korrigierende Fußdeformität unter Berücksichtigung des Ressourcenaufwandes hier als Hauptdiagnose zu kodieren, z.B.

M21.27 *Sonstige erworbene Deformitäten der Extremitäten, Flexionsdeformität, Knöchel und Fuß*

oder

M20.1 *Hallux valgus (erworben)*.

M06.07 *Sonstige chronische Polyarthritis*, *Seronegative chronische Polyarthritis, Knöchel und Fuß* wird als Nebendiagnose kodiert, sofern die Nebendiagnosendefinition erfüllt ist.

Kodierempfehlung Nr. 97

Schlagworte: Kontrolluntersuchung, Ösophagusvarizen, Leberzirrhose
Stand: 28.06.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Ein Patient wird aufgenommen zur Kontrolle bei Z.n. Banding der Ösophagusvarizen vor 6 Wochen bei bekannter äthyltoxischer Leberzirrhose. Gastroskopisch zeigt sich keine Blutung, nur minimale Restvarizen. Es wird keine Indikation mehr gesehen zu einem erneuten Banding.
Was ist als Hauptdiagnose zu kodieren: Z09.88 *Nachuntersuchung nach sonstiger Behandlung wegen anderer Krankheitszustände*, I85.9 *Ösophagusvarizen ohne Blutung* zusammen mit der Nebendiagnose K70.3 *Alkoholische Leberzirrhose*?

Kodierempfehlung

Hauptdiagnose: K70.3† *Alkoholische Leberzirrhose*
Nebendiagnose: I98.2* *Ösophagus- und Magenvarizen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, ohne Angabe einer Blutung*

Die Ösophagusvarizen als Folge der äthyltoxischen Leberzirrhose sind bekannt. Sie haben den stationären Aufenthalt hauptsächlich veranlasst. Sie wurden endoskopisch bei vorangegangenem Banding kontrolliert. Aufgrund des Befundes wurde von weiteren Maßnahmen abgesehen. Die Ösophagusvarizen sind spezifisch über das Kreuz-Stern-System abbildbar.

Siehe auch Kodierempfehlung 99.

Kodierempfehlung Nr. 98

Schlagworte Sigmaresektion, Resektion Dickdarm
Stand: 28.06.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Aufnahme zur Sigmaresektion bei endoskopisch gesichertem Sigmakarzinom. Neben dem Sigma wird auch der distale Anteil des Colon descendens wie auch der proximale Anteil des Rektums entfernt, so dass eine Wiederherstellung in Form einer Descendorectostomie resultiert.
Frage: Ist nur der Operationenkode 5-455.7 *Sigmaresektion* zu verwenden oder sind zusätzliche Operationenkodes für die Resektion der Anteile des Rektums und des Colon descendens zu kodieren?

Kodierempfehlung

Eine Sigmaresektion unter Mitnahme oberer oder mittlerer – jeweils intraperitonal gelegener - Rektumanteile wird mit der Kodierung als Sigmaresektion erfasst (Kode aus 5-455.7).

Unter dem fünfstelligen OPS 5-455.7 *Sigmaresektion* findet sich das Exklusivum: *Sigmaresektion mit Resektion von extraperitonealen Rektumanteilen (Rektosigmoidektomie) (5-484ff.)*. Diese Rektosigmoidektomie ist dann zu verschlüsseln, wenn die Resektionsebene aboral (unterhalb) der peritonealen Umschlagfalte verläuft.

Kodierempfehlung Nr. 99

Schlagworte: Ösophagusvarizen, Blutung, Leberzirrhose
Stand: 29.08.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Wie wird eine Ösophagusvarizenblutung bei alkoholtoxischer Leberzirrhose verschlüsselt?

Kodierempfehlung

Als Blutungsquelle werden Ösophagusvarizen genannt. Die DKR 1105 schreibt vor, dass die gefundene Erkrankung „mit einer Blutung“ zu verschlüsseln ist. Nur wenn kein Kode „mit einer Blutung“ zur Verfügung steht, ist für die Blutung ein zusätzlicher Kode aus K92.- *Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems* anzugeben.
Im vorliegenden Fall ist eine Leberzirrhose als Ursache der Ösophagusvarizen bekannt. Hierfür sieht die ICD die Kodierung mit I98.3* *Ösophagus- und Magenvarizen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, mit Angabe einer Blutung* gemäß dem Kreuz-Stern-System vor. Als Primärschlüssel wird bei Leberkrankheiten auf K70-K71† bzw. K74.-† verwiesen, in diesem Fall K70.3† *Alkoholische Leberzirrhose*.

Siehe auch Kodierempfehlung 97.

Kodierempfehlung Nr. 100

Schlagworte: Adhäsionen, peritoneal
Stand: 23.11.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Wie werden peritoneale Adhäsionen verschlüsselt?

Kodierempfehlung

Die genaue Lokalisation ist zu prüfen, nach Voroperationen ist zu fragen.

Definitionsgemäß umfasst die Diagnose K66.0 *Peritoneale Adhäsionen* Adhäsionen im Bauchraum, z.B. auch im männlichen Becken, ausdrücklich jedoch nicht im Bereich des weiblichen Beckens, da hierfür der eigene Kode N73.6 *Peritoneale Adhäsionen im weiblichen Becken* besteht.

Bei Frauen werden Adhäsionen außerhalb des Beckens mit K66.0 kodiert. Liegen darüber hinaus aufwandsrelevante Adhäsionen im weiblichen Becken vor, kann zusätzlich N73.6 kodiert werden.

Hinweis:
N73.6 bezeichnet Peritoneale Adhäsionen im weiblichen Becken, mit dem Exkl.: *Peritoneale Adhäsionen im Becken nach medizinischen Maßnahmen (N99.4)*.

Für peritoneale Adhäsionen im Becken nach medizinischen Maßnahmen (also z.B. auch postoperativ) steht mit N99.4 ein weiterer Kode zur Verfügung, der für beide Geschlechter gilt.

Kodierempfehlung Nr. 103

Schlagworte: Osteomyelitis, Osteosynthese
Stand: 29.08.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Wird die Hauptdiagnose bei stationärer Behandlung eines Patienten mit chronisch fistelnder Osteomyelitis nach osteosynthetischer Versorgung einer Beckenfraktur mit

M86.45 *Osteomyelitis, Chronische Osteomyelitis mit Fistel, Beckenregion und Oberschenkel*

oder

T84.6 *Infektion und entzündliche Reaktion durch eine interne Osteosynthesevorrichtung [jede Lokalisation]*

verschlüsselt?

Kodierempfehlung

M86.45 ist die spezifische Diagnose-Schlüsselnummer und als Hauptdiagnose zu verwenden.

Kodierempfehlung Nr. 104

Schlagworte: Duodenum, Perforation, Darmnaht
Stand: 29.08.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Es besteht eine gedeckte Perforation des Duodenums mit der Gallenblase aufgrund einer Durchwanderung eines Gallensteines.
Nach Entfernen der Gallenblase besteht weiterhin ein Duodenaldefekt. Laut OP-Bericht erfolgten ein Anfrischen der Perforationsränder und ein Verschluss des Duodenums durch Naht.
Mit welchem OPS-Kode ist die Naht zu kodieren. Entspricht dieser Status im weiteren Sinne einer "Verletzung" des Darmes und wäre somit 5-467.0 *Andere Rekonstruktion des Darmes, Naht (nach Verletzung)* zu kodieren?

Kodierempfehlung

Der Prozedurenschlüssel 5-467.00 *Andere Rekonstruktion des Darmes, Naht (nach Verletzung), Duodenum* ist zu verwenden.

Begründung:
Der Zusatz "nach Verletzung" ist in Klammern angegeben. Dies bedeutet, dass der Prozedurenschlüssel sowohl für die Naht nach Verletzung als auch für die Naht aus einem anderen Grunde zu verwenden ist.

Kodierempfehlung Nr. 105

Schlagworte: TIPSS, Angioplastie, Shunt
Stand: 29.08.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Patient kommt zur Aufnahme mit bereits angelegtem TIPSS (transjugulärer intrahepatischer portosystemischer Stent-Shunt).
Im Rahmen des stationären Aufenthaltes wird dieser dilatiert, es erfolgt keine Neuanlage. Wie wird die Prozedur kodiert?

Kodierempfehlung

Die erbrachte Leistung ist mit dem Prozedurenschlüssel 8-836.0x *Perkutan-transluminale Gefäßintervention, Angioplastie (Ballon), Sonstige* zu kodieren, ab 2007 mit 8-839.81 *Portosystemischer Shunt (TIPSS), perkutane (Ballon-) Angioplastie.*

Kodierempfehlung Nr. 106

Schlagworte: Mammakarzinom, Mammaaufbau, Latissimus dorsi-Lappen, Wiederaufnahme
Stand: 29.08.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Bei einer 34-jährigen Patientin erfolgte vor zwei Jahren eine Ablatio mammae links mit Axilladissektion bei Mammakarzinom. Im postoperativen Verlauf wurde eine adjuvante Chemotherapie durchgeführt.
Aktuell wird die Patientin nunmehr in eine Abteilung für Plastische Chirurgie aufgenommen, um einen Mammaaufbau mittels Expander und Musculus latissimus dorsi-Lappen durchzuführen. Was ist Hauptdiagnose?

Kodierempfehlung

DKR 0201: "[...] 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) sowie zur Diagnostik (z.B. Staging) 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. [...] Obwohl das Malignom/die Metastasen möglicherweise durch die erste Operation entfernt worden ist/sind, wird der Patient während des darauffolgenden Krankenhausaufenthaltes nach wie vor wegen der Folgen des Malignoms/der Metastasen behandelt, d.h. das Malignom/die Metastasen ist/sind auch der Anlass zur Folge-Operation. [...]"

DKR 1205: "Bei Operationen aus medizinischen Gründen ist der Krankheitszustand bzw. Risikofaktor, der Grund für den Eingriff war, als Hauptdiagnose zu kodieren. Ist der Grund für den Eingriff rein kosmetisch, dann ist ein "Z-Kode" die Hauptdiagnose."

In diesem Fall ist somit das Mammakarzinom (C50.-) als Hauptdiagnose zu verschlüsseln, gefolgt von Z42.1 und dem entsprechenden OPS-Kode für den Mammaaufbau.

Kodierempfehlung Nr. 107

Schlagworte: Dermektomie, Gewichtsabnahme, Plastische Chirurgie
Stand: 29.08.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Korrekte Kodierung der Hauptdiagnose bei plastisch-chirurgischen Eingriffen nach Gewichtsabnahme:

Eine Patientin wird wegen "Z.n. massiver Gewichtsabnahme mit Intertriginalekzem und ausgeprägten Hautüberschüssen" in einer Abteilung für Plastische Chirurgie behandelt.
Therapeutisch erfolgt eine zirkuläre Dermektomie. Wird als Hauptdiagnose R63.4 *Abnorme Gewichtsabnahme* angegeben mit der Nebendiagnose L30.4 *Intertriginöses Ekzem* oder ist L30.4 Hauptdiagnose?

Kodierempfehlung

Die therapieresistenten Intertriginalekzeme als komplizierende Folgezustände begründen medizinisch letztendlich diesen Eingriff. Somit wurde die stationäre Aufnahme zur Operation durch diesen komplizierenden Folgezustand der massiven Gewichtsabnahme veranlasst. L30.4 ist als Hauptdiagnose anzugeben.

Anmerkung: Fettschürze siehe Kodierempfehlung 209.

Kodierempfehlung Nr. 108

Schlagworte: Thorakoskopie, Lipom, intrathorakal
Stand: 29.08.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Bei einer diagnostischen Thorakoskopie wegen eines unklaren Röntgen-Befundes des Thorax links basal stellte sich ein Lipom heraus, das dem Zwerchfall auflag. Keine weiteren Maßnahmen. Wie ist das Lipom als Hauptdiagnose zu verschlüsseln?

Kodierempfehlung

Lipome sind spezifisch unter D17.- *Gutartige Neubildung des Fettgewebes* zu verschlüsseln und nicht unter D 21.- *Sonstige gutartige Neubildungen des Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe* (siehe Exklusivum unter D21.-). Somit ist das vom submesothelialen pleuralen Fettgewebe ausgehende Lipom mit D17.4 *Gutartige Neubildung des Fettgewebes der intrathorakalen Organe* als Hauptdiagnose zu verschlüsseln.

Kodierempfehlung Nr. 109

Schlagworte: Antikoakulation, Thromboembolieprophylaxe, Marcumar®, Heparin
Stand: 23.11.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Der Versicherte stellte sich planmäßig in der gefäßchirurgischen Sprechstunde zur Kontrolle nach Bypass-Operation bei pAVK rechts vor. Zudem Z.n. Mitral- und Aortenklappenersatz (mechanisch). Im Hinblick auf eine geplante zahnärztliche Behandlung war ambulant Marcumar® abgesetzt und durch Gabe eines niedermolekularen Heparins ersetzt worden. Aktuell kritischer Abfall der INR. Notfallmäßige stationäre Einweisung zur Vollheparinisierung. Was ist die Hauptdiagnose?

Kodierempfehlung

Hauptdiagnose ist Z51.88 *Sonstige näher bezeichnete medizinische Behandlung.* Grund der Aufnahme ist die Thromboembolieprophylaxe im Hinblick auf das Risiko thromboembolischer Komplikationen bei mechanischem Herzklappenersatz.

Kodierempfehlung Nr. 111

Schlagworte: Diabetes, Ernährungsprobleme, Ernährungsberatung
Stand: 29.08.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Bei stationär behandelten Patienten mit Diabetes mellitus wird u.a. eine Ernährungsberatung (Diätassistentin) durchgeführt. Ein Ernährungsproblem der Patienten wird nicht beschrieben.
Ist es sachgerecht, bei jedem Patienten mit Diabetes mellitus, der während des stationären Aufenthaltes eine Ernährungsberatung erhält, den ICD-Kode R63.3 *Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung* zusätzlich als Nebendiagnose anzugeben?

Kodierempfehlung

Das Symptom R63.3 *Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung* ist in diesen Fällen als Nebendiagnose nicht anzugeben. Die Ernährungsberatung kann mit dem OPS 9-500.0 *Patientenschulung, Basisschulung* kodiert werden, wenn diese mindestens 2 Stunden gedauert hat. Sie gehört zur Basistherapie bei Patienten mit Diabetes mellitus.

Unter dem Begriff Ernährungsstörung werden verschiedene Krankheiten zusammengefasst, die im weitesten Sinne mit einem Problem der Nahrungsaufnahme verbunden sind. Es muss zwischen Störungen organischen und psychogenen Ursprungs unterschieden werden.

Als Exlusiva zu R63.- *Symptome, die die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme betreffen* werden Bulimie o.n.A. (F50.2), Essstörungen nichtorganischen Ursprungs (F50.-) und Mangelernährung (E40-E46) benannt.
Das heißt, das Symptom R63.3 *Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung* umfasst Ernährungsprobleme organischen Ursprungs. Als Exklusiva werden zusätzlich Ernährungsprobleme beim Neugeborenen (P92.-) und Fütterstörung nichtorganischen Ursprungs beim Kleinkind (F98.2) angeführt.

Daraus folgt, dass R63.3 bei Diabetikern, die eine Ernährungsberatung erhalten haben, nur als Nebendiagnose angegeben werden kann, wenn dokumentiert ein organisches Ernährungsproblem vorliegt. Darüber hinaus muss das Symptom R63.3 ein eigenständiges, wichtiges Problem für die medizinische Betreuung darstellen und darf nicht eindeutig und unmittelbar Folge der zugrunde liegenden Krankheit sein.

Für Fälle ab 2010 sind die Änderungen der DKR D003 zu Symptomen als Nebendiagnosen zu berücksichtigen.

Kodierempfehlung Nr. 112

Schlagworte: Vorzeitiger Abbruch, Operation, OPS-Kode 5-995
Stand: 29.08.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Kann der OPS-Kode 5-995 *Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Eingriff nicht komplett durchgeführt)* neben chirurgischen Prozeduren (Kapitel 5 im OPS) auch für nicht-operative therapeutische Prozeduren (Kapitel 8 im OPS) oder diagnostische Prozeduren (Kapitel 1 im OPS, z.B. diagnostische Endoskopie) nach den Vorgaben der DKR P004 verwendet werden?

Kodierempfehlung

Im OPS wird im Hinweis des Kapitels *Zusatzinformationen zu Operationen (5-93…5-99)* vorgegeben, dass die entsprechenden OPS-Kodes ausschließlich zur Kodierung von Zusatzinformationen zu Operationen zu benutzen sind, sofern sie nicht schon im Kode enthalten sind. Nach DKR P004 ist der Zusatzkode 5-995 *Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Eingriff nicht komplett durchgeführt)* nur in Verbindung mit einer Operation aus dem Kapitel 5 des OPS zu verwenden.

Kodierempfehlung Nr. 114

Schlagworte: Marcumar®, Blutung, Antikoagulation
Stand: 23.11.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Wie wird der medizinische Sachverhalt einer nichttraumatischen Blutung unter Therapie mit Marcumar®, die die stationäre Aufnahme veranlasste, kodiert?

Kodierempfehlung

Das konkrete Blutungsereignis, also z.B. die Hirnblutung oder das Nasenbluten, ist als Hauptdiagnose zu kodieren, optional ergänzt durch Y57.9! *Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen.* D68.30 *Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzien und Antikörper, Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzien* ist als Nebendiagnose zu kodieren, sofern die Nebendiagnosendefinition erfüllt ist.

Siehe auch Kodierempfehlungen 23 und 274.

Kodierempfehlung Nr. 115

Schlagworte: Spreizer, interspinös
Stand: 23.11.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Verfahren wie z.B. X-STOP®, DIAM-Spacer® oder interspinöses U (Fixano-Spreizer®) werden zunehmend durchgeführt. Eine Kodierung über einen Spondylodesen-OPS ist dabei aber nicht sachgerecht, da es sich bei diesen Verfahren um eine interspinöse Distraktion handelt.

Kodierempfehlung

Im Jahr 2006 steht für die Leistung ein spezifischer OPS-Kode zur Verfügung: *5-830.7 Implantation eines interspinösen Spreizers zur Entlordosierung.*

Ab 2007 steht ein Kode aus 5-839.b *Implantation eines interspinösen Spreizers* zur Verfügung.

Kodierempfehlung Nr. 117

Schlagworte: STARR, Rektum, Exzision
Stand: 23.11.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Bei einem inneren Vorfall der Rektumwand zirkulär (Rektumintussuszeption) wird eine STARR-Operation (stapled transanal rectal resection) durchgeführt. Wie ist diese zu kodieren?

Kodierempfehlung

Die Operation wird mit *5-482.b Peranale lokale Exzision und Destruktion von erkrankten Gewebe des Rektums, Vollwandexzision, mit Stapler, transanal* kodiert.

Kodierempfehlung Nr. 119

Schlagworte: Emphysem, COPD
Stand: 23.11.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Eine 75-jährige Patientin mit exazerbierter chronisch obstruktiver Atemwegserkrankung (J44.1-) wird stationär behandelt. Es wird eine antiobstruktive medikamentöse Therapie durchgeführt. Die CO-Diffusionskapazität (OPS 1-711) ist erniedrigt. Als Nebendiagnose wird daher zusätzlich J43.9 *Emphysem, nicht näher bezeichnet* verschlüsselt. Kann J43.9 als Nebendiagnose kodiert werden?

Kodierempfehlung

In der ICD-10-GM werden bei J43.- *Emphysem* als Exklusivum die „Emphysembronchitis (obstruktiv) (J44.-)“ bzw. bei J44.- *Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit* im Inklusivum „emphysematös“ bzw. „mit Emphysem“ aufgeführt. Somit ist in diesem Fall J43.9 als Nebendiagnose nicht zusätzlich anzugeben. Es handelt sich nicht um zwei Erkrankungen, die trotz Exklusivum verschlüsselt werden könnten.

Kodierempfehlung Nr. 122

Schlagworte: Blasenstein, Stressinkontinenz, TVT, Komplikation
Stand: 23.11.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Stationäre Aufnahme wegen eines ambulant zystoskopisch festgestellten, wandständigen Blasensteines bei Zustand nach TVT–Implantation (tension free vaginal tape) zwei Jahre zuvor. Die Diagnostik ergibt außerdem das Vorliegen einer Rezidiv-Stressinkontinenz, der Blasenstein konnte nicht endoskopisch entfernt werden. Er hatte sich an dem partiell ins Blasenlumen verlagerten TVT gebildet. Therapeutisch erfolgte deshalb die Sectio alta mit TVT- und Blasensteinentfernung und eine Suspensionsoperation nach Burch. Was ist die Hauptdiagnose und wie ist sie zu verschlüsseln?

Kodierempfehlung

Die Einweisung und Aufnahme erfolgte primär zur Entfernung eines wandständigen Blasensteines, der deshalb mit N21.0 *Stein in der Harnblase* als Hauptdiagnose zu verschlüsseln ist.
Als Nebendiagnose kann neben N39.3 *Stressinkontinenz* auch T83.8 *Sonstige Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Urogenitaltrakt* kodiert werden.
Für Fälle ab 2010 ist zusätzlich der Kode N39.47! *Rezidivinkontinenz* zu verschlüsseln.

Kodierempfehlung Nr. 123

Schlagworte: Stressinkontinenz, Prostatektomie, Striktur
Stand: 23.11.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Die Aufnahme erfolgte primär zur Implantation einer Sphinkterprothese wegen seit 10 Jahren bestehender Stressharninkontinenz nach radikaler Prostatektomie. Im Rahmen der präoperativen Vorbereitung wurde eine Zystoskopie durchgeführt, dabei wurde ein Rezidiv einer früher schon aufgetretenen Anastomosen-Striktur gesichert. Aus diesem Grund wurde von der geplanten Sphinkterprothesenimplantation abgesehen und die Anastomosen-Striktur operativ mit TUR versorgt. Was ist hier die Hauptdiagnose?

Kodierempfehlung

Anlass für die stationäre Aufnahme war die Stressinkontinenz (N39.3), deretwegen die operative Versorgung mit einer Sphinkterprothese erfolgen sollte. Diese ist somit Hauptdiagnose.

Kodierempfehlung Nr. 128

Schlagworte: Bronchoskopie, Bronchoalveoläre Lavage, BAL
Stand: 25.04.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Wann sind die Bedingungen für die Kodierung des OPS 1-620.01 *Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument, mit bronchoalveolärer Lavage* erfüllt?

Kodierempfehlung

Eine flexible diagnostische Tracheobronchoskopie (OPS 1-620.0) beinhaltet die Inspektion des Tracheobonchialsystems und auch die dazu notwendige Entfernung von Sekreten bei Verschleimung.

Eine zusätzliche Entnahme von Bronchialsekret bei bestimmten Indikationen (Pneumonie, Raumforderung) zur weiteren mikrobiologischen oder zytologischen Diagnostik aus dem Tracheobronchialsystem erfolgt meist mittels eines Katheters durch Aspiration von Sekret und wird zusätzlich mit dem OPS 1-843 *Diagnostische Aspiration aus dem Bronchus* kodiert.

Zwei Voraussetzungen für die Kodierung des OPS 1-620.01 müssen erfüllt sein:

1. definierte Materialgewinnung
2. gezielte aufwändige Untersuchung der BAL-Flüssigkeit in Abhängigkeit vom Krankheitsbild/Indikation.

Bei speziellen Krankheitsbildern ist eine bronchoalveoläre Lavage (BAL) zur weiteren Differentialdiagnostik notwendig (z.B. interstitielle Lungenerkrankungen, infektiöse Prozesse bei immunsupprimierten Patienten). Dabei wird ein Segment- oder Subsegmentbronchus mit dem Bronchoskop intubiert und eine definierte Menge (100-300 ml) steriler NaCl-Lösung portionsweise (ca. 20 ml) instilliert und anschließend aspiriert. Das gewonnene Material repräsentiert die alveoläre Ebene und wird durch weitere Diagnostik komplex zytologisch untersucht (z.B. Spezialfärbung mit Antikörpern, Nachweis von Asbestfasern) und/oder mikrobiologisch aufgearbeitet. Die Anwendung des OPS 1-620.01 setzt die aufwändige Materialgewinnung nach der beschriebenen Technik und eine gezielte weiterführende Diagnostik der BAL-Flüssigkeit voraus.

Kodierempfehlung Nr. 129

Schlagworte: Blutungsanämie, Gastroskopie, Blutkonserven
Stand: 23.11.2006
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Aufnahme wegen gastrointestinaler Blutung. Bei der Notfall-Gastroskopie Feststellung einer Magenblutung. 4 Konserven werden gekreuzt, aber während des stationären Aufenthaltes nicht gegeben. Laborchemisch Anämie gesichert, Hb-Kontrolle wird durchgeführt. Eine Behandlung der Anämie wird nicht durchgeführt, keine Eisenmedikation. Berechtigt das Kreuzen von Konserven die Kodierung von D62 *Akute Blutungsanämie* als Nebendiagnose?

Kodierempfehlung

Das prophylaktische Bereitstellen von Blutkonserven bei einer Notfallgastroskopie rechtfertigt nicht die Kodierung von D62 *Akute Blutungsanämie*. Die Kontrolle des abnormen Hb-Wertes rechtfertigt laut DKR D003 (abnorme Befunde) nicht die Kodierung von D62.

Kodierempfehlung Nr. 132

Schlagworte: Schlafapnoesyndrom, SAS, Restless-legs-Syndrom, RLS, Polysomnographie
Stand: 25.04.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Aufnahme eines Patienten zur Polysomnographie mit V.a. Schlafapnoesyndrom (SAS) bei auffälligem ambulanten Screening-Test, der wegen Tagesmüdigkeit und Schnarchen mit Aussetzern veranlasst wurde. Ein obstruktives SAS bestätigt sich. Es erfolgt die Einstellung auf nasales CPAP.
Zusätzlich wird ein Restless-legs-Syndrom (RLS) diagnostiziert und medikamentös behandelt. Zur Therapiekontrolle wird eine zusätzliche Polysomnographie durchgeführt.
Was ist Hauptdiagnose? Was ist Nebendiagnose?

Kodierempfehlung

Hauptdiagnose ist G 47.31 *Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom*, da Anlass der stationären Diagnostik der V.a. ein SAS war, welches sich bestätigt hat und therapiert wurde. Für die Symptomatik, die zur Aufnahme geführt hat, wurde die zugrunde liegende Krankheit diagnostiziert.
Die Nebendiagnose G25.81 *Syndrom der unruhigen Beine [Restless-Legs-Syndrom]* liegt gleichzeitig vor und erfüllt die Nebendiagnosendefinition.

Kodierempfehlung Nr. 134

Schlagworte: Rektumkarzinom, Enterokolitis, Malignom, Hauptdiagnose
Stand: 26.06.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Patient mit einem Rektumkarzinom, Z.n. Operation und Radiochemotherapie. Ambulante Durchführung einer palliativen Chemotherapie mit FUFOX (5 FU, Folinsäure und Oxaliplatin). Aufnahme drei Tage nach der Chemotherapie mit einer massiven Enterokolitis als Nebenwirkung der Chemotherapie. Symptomatische Therapie mit parenteraler Ernährung, prophylaktisch Antibiotika und Antiemetika. Schmerzmedikation wegen Schmerzen in der Hüfte. Transfusion von zwei Erythrozytenkonzentraten bei Tumoranämie. MRT der Hüfte bei Verdacht auf Metastase, die sich nicht bestätigte. Was ist Hauptdiagnose?

Kodierempfehlung

Die stationäre Aufnahme erfolgte wegen der Enterokolitis nach Chemotherapie und wird nach DKR 0211 („War der Aufnahmegrund weder die maligne Erkrankung noch die Chemotherapie, so ist die Hauptdiagnose gemäß DKR D002 *Hauptdiagnose* zu wählen“) mit K52.1 *Toxische Gastroenteritis und Kolitis* angegeben. Zur weiteren Spezifizierung kann als Nebendiagnose Y57.9! *Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen* hinzukodiert werden.

Kodierempfehlung Nr. 136

Schlagworte: Hüftdysplasie, Neugeborene
Stand: 12.03.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Wie ist die Hüftgelenksdysplasie (Q65.-) beim Neugeborenen zu kodieren?

Kodierempfehlung

Meistens ist die Hüftdysplasie mit ICD Q65.8 (umfasst ausdrücklich auch die angeborene Azetabulumdysplasie) adäquat abgebildet. Im Zweifel ist der Hüft-Sonographie-Befund zur Klärung heranzuziehen.
Bei der Hüftdysplasie des Neugeborenen handelt es sich um eine angeborene Mangelentwicklung (Abflachung, Steilstellung) der Hüftgelenkspfanne mit der Gefahr eines Austritts des Hüftkopfes (dann Hüftgelenkssubluxation bzw. -luxation). Es handelt sich um die häufigste kongenitale Fehlbildung (4%). Die Diagnose fällt meist i.R. der routinemäßig zur Früherkennung eingesetzten Hüftsonographie. Die frühzeitige Diagnose und Therapie verhindert die (Sub-) Luxation. Therapeutisch wird funktionelle Abspreizbehandlung durch breites Wickeln (ab Stadium IIa nach Graf) bis zum 2. Monat, danach Spreizhose (Stadium IIb - evt. III), empfohlen unter klinischer/sonographischer/ggf. röntgenologischer Kontrolle.

Die Einteilung der Hüftgelenkreifung erfolgt z.B. nach Graf (s. folgende Tabelle):

Typ Ia/Ib:	Physiologischer Befund (ausgereifte Hüftpfanne). Winkel alpha über/gleich 60°.	
Typ IIa:	Physiologische Unreife (bis 3. Lebensmonat). Winkel alpha 50°-59°.	Q65.8 *Sonstige angeborene Deformitäten der Hüfte*
Typ IIb:	Dysplasie (ab 3. Lebensmonat). Winkel alpha 50°-59°.	Q65.8 *Sonstige angeborene Deformitäten der Hüfte*
Typ IIc/d:	Gefährdete oder kritische Hüfte; Instabilität. Winkel alpha 43°-49.°	*Q65.6 Instabiles Hüftgelenk (angeboren)*
Typ III:	Hüftgelenkdysplasie und Dezentrierung des Femurkopfs (Subluxation). Winkel alpha 43°-49°.	*Q65.3 Angeborene Subluxation des Hüftgelenkes, einseitig* *Q65.4 Angeborene Subluxation des Hüftgelenkes, beidseitig* *Q65.5 Angeborene Subluxation des Hüftgelenkes, n.n.bez.*
Typ IV:	Luxation. Winkel alpha unter 43°.	*Q65.0 Angeborene Luxation des Hüftgelenkes, einseitig* *Q65.1 Angeborene Luxation des Hüftgelenkes, beidseitig* *Q65.2 Angeborene Luxation des Hüftgelenkes, n.n.bez.*

Nicht jede angeborene Hüftdysplasie geht mit einer Luxation (ICD Q65.0, Q65.1, Q65.2) oder Subluxation (ICD Q65.3, Q65.4, Q65.5) einher. Voraussetzung hierfür ist vielmehr, dass neben der Unreife auch eine Dezentrierung des Hüftkopfes zur Gelenkpfanne vorliegt (sonographisch Typ III oder IV nach Graf).

Bei Typ II c/d mit Instabilität (Winkel alpha < 50°) kann Q65.6 kodiert werden.

Die Dysplasieformen Grad IIa/b können hingegen unter Q65.8 (umfasst ausdrücklich auch die angeborene Azetabulumdysplasie) subsumiert werden.

Kodierempfehlung Nr. 137

Schlagworte: Echokardiographien, ECHO, Zufallsbefund
Stand: 12.03.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Im klinischen Alltag werden Echokardiographien bereits bei geringen Hinweisen auf Herzprobleme durchgeführt. Durch diese Untersuchungen werden zahlreiche Befunde, z.B. Herzklappenveränderungen, dokumentiert.

Es gilt zu beurteilen, ob diese Befunde im Sinne der Deutschen Kodierrichtlinien die Voraussetzungen zur Kodierung als Nebendiagnose erfüllen.

Kodierempfehlung

Allein der Umstand, dass eine Echokardiographie bei Hinweisen auf Herzprobleme durchgeführt wurde, kann die Kodierung von medizinisch nicht relevanten Zufallsbefunden nicht begründen. Das Echokardiogramm ist dann als Aufwand der Erkrankung oder dem Symptom zuzuordnen, das die Indikation für die Echokardiographie begründet hat (z.B. Abklärung von Thoraxschmerzen oder Atemnot). Erst wenn sich aus dem neu erhobenen Befund eine Änderung des Patientenmanagements ergibt, also z.B. eine weitergehende Diagnostik (z.B. TEE) oder eine Änderung der Therapie, kann dieser Befund zusätzlich kodiert werden.

Anders kann sich dies darstellen, wenn das Echokardiogramm gezielt bei einem vorher erhobenen klinischen Befund (typischerweise neu entdecktes Herzgeräusch und damit gezielte Indikation zur Echokardiographie) durchgeführt wird. Hier ist eine eindeutige Dokumentation aber zwingend notwendig.

Auch die medizinisch indizierte echokardiographische Verlaufskontrolle eines bereits bekannten Befundes ist als Aufwand im Sinne der Nebendiagnosendefinition zu werten.

Siehe auch DKR D003, Abschnitt "Abnorme Befunde".

Kodierempfehlung Nr. 138

Schlagworte: PEG-Sonde, Demenz, Essstörung
Stand: 12.03.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Eine 85-jährige Patientin wird zur Anlage einer PEG-Sonde geplant stationär aufgenommen. Bedingt durch eine bekannte dementielle Erkrankung liegt eine Essverweigerung vor. Als Hauptdiagnose wird F50.8 *Sonstige Essstörungen* angegeben. Ist die Hauptdiagnose korrekt?

Kodierempfehlung

Im o.g. Fall liegt dem Symptom der Essverweigerung, das die PEG-Sondenanlage veranlasst, die dementielle Erkrankung (organisch bedingte zerebrale Erkrankung) zugrunde. Die Demenz wird während des stationären Aufenthaltes nicht behandelt.

Somit ist R63.3 *Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung* als Hauptdiagnose anzugeben.

Eine Essstörung nichtorganischen Ursprungs (F50.-) ist im o.g. Fall nicht bestätigt.

Kodierempfehlung Nr. 139

Schlagworte: Prozedur, Abbruch
Stand: 12.03.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Eine Patientin wird notfallmäßig aufgrund einer medialen Schenkelhalsfraktur stationär aufgenommen. Am Folgetag soll eine Duokopfprothese implantiert werden (OPS 5-820.41). Eine Narkose wird eingeleitet, die Hüftregion steril abgewaschen und abgedeckt. Zu diesem Zeitpunkt wird die Patientin pulmonal und kardial instabil, so dass der geplante operative Eingriff nicht durchgeführt wird. Welche Prozedur ist zu verschlüsseln?

Kodierempfehlung

Die Kodierrichtlinie P004 bezieht sich auf eine nicht vollendete oder unterbrochene Prozedur, was voraussetzt, dass die Prozedur überhaupt begonnen wurde. Die alleinige Absicht, die Prozedur durchzuführen und/oder die Vorbereitung der Prozedur reicht/reichen deshalb nicht aus, um den entsprechenden Prozedurenkode anzugeben. Deshalb ist in diesem Fall der OPS-Kode 5-820.41 *Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk, Duokopfprothese, zementiert* in Verbindung mit dem Zusatzkode 5-995 *Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Eingriff nicht komplett durchgeführt)* nicht anzugeben.

Kodierempfehlung Nr. 140

Schlagworte: Thrombose, Verschluss, thrombotisch, Prothesenbypass
Stand: 12.03.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Wie ist der thrombotische Verschluss eines femoro-poplitealen Prothesenbypasses zu kodieren?

Kodierempfehlung

Der zutreffende ICD-Kode für Gefäßprothesenverschlüsse lautet T82.8 *Sonstige Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen*.

Kodierempfehlung Nr. 141

Schlagworte: Thrombektomie, Prothesenbypass
Stand: 12.03.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Wie ist die Thrombektomie eines femoropoplitealen Prothesenbypasses zu kodieren?

Kodierempfehlung

Der OPS-Kode 5-380.73 *Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen, Arterien Oberschenkel, Gefäßprothese* ist zutreffend.

Kodierempfehlung Nr. 142

Schlagworte: Alkoholabhängigkeit, Alkohol, Abhängigkeit, Abstinenz
Stand: 25.04.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Ist im Fall eines Patienten, bei dem anamnestisch eine Alkoholabhängigkeit bestand und bei dem alkoholische Folgeerkrankungen (chronische Pankreatitis, Leberzirrhose) vorliegen, der aber nach Therapie seit einem Jahr abstinent ist, der ICD-Kode F10.2 *Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom* als Nebendiagnose anzugeben?

Kodierempfehlung

Wenn keine diesbezüglichen spezifischen Maßnahmen erfolgen, kann bei einem alkoholabstinenten Patienten der ICD-Kode F10.2 *Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom* nicht als Nebendiagnose angegeben werden. Alkoholassoziierte Folgeerkrankungen sind als Nebendiagnose spezifisch zu verschlüsseln, sofern sie relevant i.S. der DKR sind.

Kodierempfehlung Nr. 143

Schlagworte: Ösophaguskarzinom, Tumorstenose, Malignom, Hauptdiagnose
Stand: 25.04.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Im Krankenhaus bekannter Patient in schlechtem AZ mit bekanntem inoperablen Ösophaguskarzinom. Tumorbedingte Ösophagusstenose. Stationäre Aufnahme, Ösophagusbougierung. Entlassung des Patienten am Folgetag ohne weitere Maßnahmen.
Was ist Hauptdiagnose, das Ösophaguskarzinom (C15.-) oder die Ösophagusstenose (K22.2)?

Kodierempfehlung

Da hier eine direkte Assoziation mit dem Tumor (Ösophagusstenosierung) vorliegt, und die Behandlung auch am Tumor erfolgt (Bougierung), ist ein Kode aus C15.- *Bösartige Neubildung des Ösophagus* als Hauptdiagnose zu verschlüsseln.

Siehe auch Kodierempfehlung 84.

Kodierempfehlung Nr. 144

Schlagworte: Coxarthrose, Antiluxationsinlay, Totalendoprothese
Stand: 25.04.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Es erfolgen bei fortgeschrittener Coxarthrose das Eindrehen einer Schraubpfanne, Einsetzen eines lateral überhöhten Polyethylen-Inlays (Antiluxationsinlay) und zementfreie Schaftimplantation.
Ist das Antiluxationsinlay als Antiluxationspfannenrand anzusehen und kann demzufolge zusätzlich zum OPS-Kode 5-820.00 *Totalendoprothese, nicht zementiert* der Kode 5-820.50 *Gelenkpfannenstützschale, nicht zementiert* verschlüsselt werden?

Kodierempfehlung

Das Antiluxationsinlay ist kein Antiluxationspfannenrand. Somit ist der OPS-Kode 5-820.50 nicht zusätzlich kodierbar.

Kodierempfehlung Nr. 145

Schlagworte: Aneurysma, angeboren, Nachuntersuchung
Stand: 25.04.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Nachuntersuchung nach Coiling eines angeborenen Aneurysma der intrakraniellen A. carotis interna vor dem Ophthalmicaabgang. Angiografie mit Nachweis einer minimalen Reperfusion am Aneurysmahals. Was ist Hauptdiagnose, Z09.88 *Nachuntersuchung nach sonstiger Behandlung wegen anderer Krankheitszustände* oder ein Kode aus Q28.- *Sonstige angeborene Fehlbildungen des Kreislaufsystems*?

Kodierempfehlung

Da eine Diagnostik des zwar funktionell ausgeschalteten, aber noch vorhandenen Aneurysma erfolgte, ist das Aneurysma Hauptdiagnose.

Bezüglich der Verwendung von Z-Kodes sind die Hinweise am Anfang von Kapitel XXI der ICD-10-GM zu beachten.

Kodierempfehlung Nr. 146

Schlagworte: Heimbeatmung, Tracheotomie, Beatmungsstunden, intensivmedizinisch versorgt
Stand: 26.06.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Ein heimbeatmeter, tracheotomierter Patient mit bekannter amyotropher Lateralsklerose ohne suffiziente Spontanatmung wird wegen Bauchschmerzen stationär behandelt. Der notwendige Beatmungsmodus entspricht einer vollständigen, lebensnotwendigen und nicht nur unterstützenden Beatmung. Der Patient hat sein Beatmungsgerät mitgebracht.
Unter welchen Umständen können die Beatmungsstunden abgerechnet werden?

Kodierempfehlung

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

Siehe auch Kodierempfehlung 75 und DKR 1001 (ab 2009).

Kodierempfehlung Nr. 147

Schlagworte: Myom, Schwangerschaft, Sectio caesarea
Stand: 25.04.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Wie ist zu kodieren, wenn eine Schwangere wegen Myomen aufgenommen und stationär behandelt wird?

Wie ist zu kodieren, wenn wegen der Myome eine primäre Sectio caesarea (vor Wehenbeginn) oder sekundäre Sectio caesarea (Geburtshindernis durch Myome) durchgeführt wird?

Kodierempfehlung

Betreuung in der Schwangerschaft bzw. primäre Sectio (vor Wehenbeginn):

HD: O34.1 *Betreuung der Mutter bei Tumor des Corpus uteri*
ND: Z37.-! *Resultat der Entbindung* (ggf.)
O09.-! *Schwangerschaftsdauer*
D25.- *Leiomyom des Uterus*
OPS: ggf. geburtshilfliche Prozedurenkodes, z.B. für Sectio

Geburtshindernis durch Myome:

HD: O65.5 *Geburtshindernis durch Anomalie der mütterlichen Beckenorgane*
ND: Z37.-! *Resultat der Entbindung*
O09.-! *Schwangerschaftsdauer*
D25.- *Leiomyom des Uterus*
OPS: ggf. geburtshilfliche Prozedurenkodes, z.B. für Sectio

Die Schwangerschafts-/Geburtsproblematik ist Hauptdiagnose, während die Art der Problematik in der Nebendiagnose konkretisiert wird. Ausnahmen, die in DKR 1511 geregelt sind, sind zu beachten. Für die Differenzierung und Kodierung der Sectio ist DKR 1525h *Primärer und sekundärer Kaiserschnitt* zu beachten.

Kodierempfehlung Nr. 149

Schlagworte: Nebenniere, Punktion, transgastral, endosonographisch
Stand: 25.04.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Bei Tumorverdacht erfolgte eine endosonographisch gesteuerte, transgastrale Punktion der Nebenniere. Welcher OPS-Kode ist für die erbrachte Leistung zu verwenden?

Kodierempfehlung

Einen spezifischen OPS-Kode für diese Leistung gibt es nicht. Die Prozedur kann mit 1-859.x *Andere diagnostische Punktion und Aspiration: Sonstige* verschlüsselt werden.

Kodierempfehlung Nr. 150

Schlagworte: Leistenhoden, Nierenkolik
Stand: 25.04.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Ein 32-jähiger Patient sucht aufgrund linksseitiger Flankenschmerzen eine urologische Klinik auf. Bei der Aufnahmeuntersuchung stellt der Urologe, neben einer leichtgradigen Mikrohämaturie und einer sonographisch nachweisbaren linksseitigen Nierenektasie, eine tastbare, druckschmerzhafte Resistenz in der rechten Leiste fest. Verdacht auf Leistenhoden. Nach wenigen Stunden (Schmerzmedikation) ist der Patient bezüglich der Nierenkolik beschwerdefrei. Nach Durchführung eines Ausscheidungsurogramms (kein Aufstau des Nierenbeckens, kein Konkrementnachweis) wird die Verdachtsdiagnose eines spontanen Steinabgangs ausgesprochen. Aufgrund einer möglichen Entartungsgefahr wird der Leistenhoden im Rahmen des stationären Aufenthaltes operativ entfernt.
Was ist Hauptdiagnose, Q53.1 *Nondescensus testis, einseitig* oder N20.1 *Ureterstein*?

Kodierempfehlung

Zum Zeitpunkt der Entscheidungsfindung des Krankenhausarztes bestanden zwei behandlungspflichtige Krankheitsbilder.
Nach DKR D002 *Zwei oder mehr Diagnosen, die gleichermaßen der Definition der Hauptdiagnose entsprechen* „muss vom behandelnden Arzt entschieden werden, welche Diagnose am besten der Hauptdiagnose-Definition entspricht. Nur in diesem Fall ist vom behandelnden Arzt diejenige auszuwählen, die für Untersuchung und/oder Behandlung die meisten Ressourcen verbraucht hat.“
Im vorliegenden Fall wäre somit die Hauptdiagnose Q53.1 *Nondescensus testis, einseitig*.

Kodierempfehlung Nr. 151

Schlagworte: Kreuzbandplastik, Spongiosatransplantat
Stand: 25.04.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Bei vorderer Kreuzbandruptur wird arthroskopisch eine Ersatzplastik mit autogener Semitendinosus-Gracilis-Sehne vorgenommen. Die femorale Fixierung des Transplantates erfolgt durch einen Knochenzylinder, der zuvor aus dem Bohrkanal gewonnen wurde.
Ist es korrekt, dass neben dem OPS für die vordere Kreuzbandersatzplastik (5-813.4 *Plastik vorderes Kreuzband mit sonstiger autogener Sehne*) zusätzlich ein Kode für die autogene Spongiosatransplantation (5-784.0) angegeben wird?

Kodierempfehlung

Der Kode für eine autogene Spongiosatransplantation ist nicht zusätzlich zu kodieren.
Die Art der Transplantatfixierung im Sinne der oben beschriebenen Hybridtechnik ist im o.g. OPS der Kreuzbandersatzoperation enthalten (s. auch Hinweis unter OPS-Kode 5-784).

Kodierempfehlung Nr. 153

Schlagworte: Neurologische Komplexbehandlung, TIA
Stand: 25.04.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Kann der OPS 8-981.0 *Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mindestens 24 bis höchstens 72 Stunden* in Kombination mit dem ICD-Kode G45.92 *Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden* verschlüsselt werden?

Kodierempfehlung

Wurde der Leistungsinhalt des OPS-Kodes erbracht, kann 8-981.0 *Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mindestens 24 bis höchstens 72 Stunden* kodiert werden (ab 2009 wird durch einen Hinweis zu diesem Kode klargestellt, dass der Kode auch bei Vorliegen einer TIA angegeben werden kann).

Kodierempfehlung Nr. 154

Schlagworte: Harninkontinenz, Dauerkatheter
Stand: 25.04.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Fallkonstellation 1:
Ein Patient erhält wegen einer Harninkontinenz während des stationären Aufenthaltes einen Dauerkatheter. Der stationäre Behandlungsfall war durch eine andere Hauptdiagnose veranlasst. Ist die Harninkontinenz oder ein Z-Kode (z.B: Z46.6 *Versorgen mit und Anpassen eines Gerätes im Harntrakt* oder Z97.8 *Vorhandensein sonstiger und nicht näher bezeichneter medizinischer Geräte oder Hilfsmittel)* als Nebendiagnose zu kodieren?

Fallkonstellation 2:
Bei einem Patienten besteht bereits bei Aufnahme eine Harninkontinenz mit liegendem Dauerkatheter. Der Urinbeutel wird während des Aufenthaltes gewechselt. Der stationäre Behandlungsfall war durch eine andere Hauptdiagnose veranlasst. Ist die Harninkontinenz oder ein Z-Kode (z.B: Z46.6 *Versorgen mit und Anpassen eines Gerätes im Harntrakt* oder Z97.8 *Vorhandensein sonstiger und nicht näher bezeichneter medizinischer Geräte oder Hilfsmittel*) als Nebendiagnose zu kodieren?

Fallkonstellation 3:
Bei einem Patienten besteht bereits bei Aufnahme eine Harninkontinenz. Der bereits bei Aufnahme liegende Dauerkatheter wird während des Aufenthaltes gewechselt. Der stationäre Behandlungsfall war durch eine andere Hauptdiagnose veranlasst. Ist die Harninkontinenz oder ein Z-Kode (z.B: Z46.6 *Versorgen mit und Anpassen eines Gerätes im Harntrakt* oder Z97.8 *Vorhandensein sonstiger und nicht näher bezeichneter medizinischer Geräte oder Hilfsmittel*) als Nebendiagnose zu kodieren?

Kodierempfehlung für alle drei Fallkonstellationen

R32 *Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz* wird als Nebendiagnose kodiert. Es ist ein Aufwand gemäß DKR D003 dokumentiert und die Harninkontinenz besitzt eine in DKR 1804 beschriebene klinische Bedeutung.

Bezüglich der Verwendung von Z-Kodes sind die Hinweise am Anfang von Kapitel XXI der ICD-10-GM sowie unter Z40-Z54 und Z80-Z99 zu beachten.

Kodierempfehlung Nr. 157

Schlagworte: Vorhofflimmern, Antikoagulation
Stand: 25.04.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Ein Patient wird zur Leistenhernienoperation aufgenommen. Es besteht eine medikamentöse Antikoagulation mit Marcumar wegen chronischem Vorhofflimmern. Was ist Nebendiagnose?

Kodierempfehlung

I48.11 *Vorhofflimmern, chronisch* wird als Nebendiagnose kodiert. Die entsprechende Beeinflussung des Patientenmanagements (Antikoagulation) ist durch diese Nebendiagnose veranlasst worden. In der Nebendiagnosendefinition wird nicht gefordert, dass eine als Nebendiagnose zu kodierende Krankheit auch ursächlich oder spezifisch behandelt werden muss.

Kodierempfehlung Nr. 158

Schlagworte: Carotisstenose, Thrombozytenaggregationshemmung
Stand: 25.04.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Ein Patient wird zur stationären Behandlung wegen Angina pectoris aufgenommen. Anamnestisch ist eine Carotisstenose bekannt. Deshalb wird die häusliche Medikation von ASS/Clopidogrel fortgeführt. Was ist Nebendiagnose?

Kodierempfehlung

I65.2 *Verschluss und Stenose der A. carotis* wird als Nebendiagnose kodiert. Die entsprechende Beeinflussung des Patientenmanagements (Thrombozytenaggregationshemmung) ist durch diese Nebendiagnose veranlasst worden. In der Nebendiagnosendefinition wird nicht gefordert, dass eine als Nebendiagnose zu kodierende Krankheit auch ursächlich oder spezifisch behandelt werden muss.

Kodierempfehlung Nr. 159

Schlagworte: Vorhofseptumdefekt, Foramen ovale, Neugeborene
Stand: 26.06.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Ein Neugeborenes wurde wegen einer Hypoglykämie stationär aufgenommen. Wegen kurzzeitiger Atempausen im Rahmen des stationären Aufenthaltes erfolgte eine Polysomnographie, die einen Normalbefund ergab. Infolge eingeschränkter Sauerstoffsättigung führte man eine Echokardiographie durch, die ein „persistierendes Foramen ovale im Verschluss“ zeigte. Kann als Nebendiagnose Q21.1 *Vorhofseptumdefekt* kodiert werden?

Kodierempfehlung

Da es sich bei einem offenen Foramen ovale bei einem Neugeborenen um einen physiologischen Zustand handelt, dem kein Krankheitswert zukommt, kann weder eine Krankheit angenommen werden noch kann ein abnormer Befund im Sinne der DKR vorliegen.
Ein persistierendes Foramen ovale kann nur dann als Nebendiagnose mit Q21.1 verschlüsselt werden, wenn es Krankheitswert besitzt und Anlass zur weiterführenden Diagnostik oder Therapie ist. Dies ist im vorliegenden Fall nicht gegeben.

Kodierempfehlung Nr. 160

Schlagworte: Kompartmentsyndrom, abdominelles
Stand: 26.06.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Wie ist ein abdominelles Kompartmentsyndrom (anhaltend erhöhter intraabdomineller Druck mit Organfunktionsstörungen) infolge einer Peritonitis zu kodieren? Trifft der ICD-Kode T79.6 *Traumatische Muskelischämie* hier zu?

Kodierempfehlung

Eine traumatische Muskelischämie entsprechend der ICD T79.6 hatte nicht vorgelegen. Ein abdominelles Kompartmentsyndrom, ob traumatischer oder anderer Genese, ist nicht durch einen spezifischen ICD-Schlüssel kodierbar. Kodiert werden können Ausgangs- bzw. Folgeerkrankungen desselben.

Kodierempfehlung Nr. 161

Schlagworte: Struma nodosa, Schilddrüsenkarzinom, Befunde nach Entlassung, Hauptdiagnose
Stand: 26.06.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Stationäre Behandlung mit subtotaler Schilddrüsen-Resektion beidseits am Aufnahmetag wegen beidseitiger Struma nodosa. Entlassung am zweiten postoperativen Tag nach komplikationslosem Verlauf mit der Diagnose Struma nodosa. Im später eingegangenen histologischen Befund wird ein papilläres Schilddrüsenkarzinom von 0,9 cm Durchmesser im rechten Schilddrüsenlappen, R0-Resektion, beschrieben. Vorerst keine weitere Therapie. Was ist Hauptdiagnose?

Kodierempfehlung

Auch wenn es sich nur um einen nicht erwarteten Befund handelte, der das Behandlungsgeschehen nicht beeinflusste, ist C73 *Bösartige Neubildung der Schilddrüse* Hauptdiagnose, da das Schilddrüsenkarzinom die Indikation zur Operation, sozusagen als Teil der die Operation indizierenden Knotenbildung, mit bestimmte. Nach DKR D002 sind für die Abrechnung relevante Befunde, die nach der Entlassung eingehen, für die Kodierung heranzuziehen.

Kodierempfehlung Nr. 162

Schlagworte: Verätzung, Verbrennung
Stand: 26.06.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Verätzung durch Lauge im Bereich Mund, Rachen, Ösophagus, Magenkorpus. Kann zusätzlich zu den einzelnen Kodes aus T28.- *Verbrennung oder Verätzung sonstiger innerer Organe* noch ein Kode aus T29.- *Verbrennungen oder Verätzungen mehrerer Körperregionen* kodiert werden? Bei den Inklusiva zu T29.- steht: Verbrennungen oder Verätzungen, die unter mehr als einer Kategorie von T20 - T28 klassifizierbar sind.

Kodierempfehlung

Die beschriebenen Verätzungen sind alle mit Schlüsselnummern aus der Kategorie T28.- zu kodieren. Sind alle Schlüsselnummern aus einer Kategorie, so ist ein zusätzlicher Kode aus T29.- nicht korrekt.

Kodierempfehlung Nr. 163

Schlagworte: Vergiftung, Schock, Manifestation, Hauptdiagnose
Stand: 26.06.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Ein junger Patient wird nach Vergiftung mit Kokain im kardiogenen Schock (EF 15%) stationär aufgenommen. Was ist die Hauptdiagnose?

Kodierempfehlung

Laut DKR 1916 ist die Vergiftung mit T40.5 *Vergiftung durch Betäubungsmittel und Psychodysleptika [Halluzinogene], Kokain* Hauptdiagnose. Zusätzlich ist die Manifestation als Nebendiagnose mit R57.0 *Kardiogener Schock* zu kodieren.

Kodierempfehlung Nr. 164

Schlagworte: Bronchien, Spülung, Lavage
Stand: 26.06.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Bei Patienten mit z.B. chronisch obstruktiver Atemwegserkrankung oder Pneumonie wird bei vermehrtem bzw. zähem Bronchialschleim während einer flexiblen Bronchoskopie aus therapeutischen Gründen eine Spülung der Bronchien (Bronchiallavage) mit insgesamt ca. 50 ml physiologischer Kochsalzlösung vorgenommen. Ist dies mit dem OPS 8-173 *Therapeutische Spülung (Lavage) der Lunge* korrekt verschlüsselt?

Kodierempfehlung

Die Bronchiallavage ist eine Spülung der Bronchien mit Kochsalzlösung, um z.B. zähen Bronchialschleim zu entfernen oder um Bronchialsekret zur weiteren diagnostischen Aufarbeitung zu gewinnen. Es werden in der Regel kleine Spülvolumina (durchschnittlich ca. 10-20 ml) verwendet.

Bei dem OPS-Kode 8-173 *Therapeutische Spülung (Lavage) der Lunge* wird als Exklusivum die Bronchiallavage (ohne OPS-Kode) aufgeführt und der Hinweis gegeben, dass der OPS 8-173 nur für die sehr aufwendige Spülung der Lunge, z.B. bei Alveolarproteinose, vorgesehen ist.
Dieses Verfahren wird auch whole lung lavage = Ganzlungenlavage genannt. Die Spülung wird in Narkose nach Intubation mit einem Doppellumentubus (einseitige Beatmung) durchgeführt. Der zu spülende Lungenflügel wird entlüftet und mit Volumina von mehreren Litern Kochsalzlösung (bis zu 30 Liter) über meist mehrere Stunden gespült, bis eine gewisse Extinction (Aufklarung) der Spülflüssigkeit erreicht ist.

Alveolarproteinosen sind seltene Störungen des Surfactantmetabolismus, die zur Anhäufung von Surfactant in der Lunge und durch eine Diffusionsstörung zu einer schweren respiratorischen Insuffizienz führen.

Im o.g. Fall ist die bronchoskopische Absaugung/Spülung mit kleinen Volumina mit dem OPS 1-620.00 *Diagnostische Tracheobronchoskopie, mit flexiblem Instrument, ohne weitere Maßnahmen* anzugeben. Ein spezifischer OPS für die Spülung (Bonchiallavage) existiert nicht.

Bei Kodierung des OPS 8-173 *Therapeutische Spülung (Lavage) der Lunge* sind o.g. Kriterien wie Narkose, große Bronchialspülvolumina und längere Untersuchungsdauer zu fordern.

Siehe auch Kodierempfehlung 128.

Kodierempfehlung Nr. 165

Schlagworte: Neugeborenes, Atemnotsyndrom, Respiratorisches Versagen
Stand: 30.10.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Ein Neugeborenes wird wegen Dyspnoe in einem Perinatalzentrum aufgenommen. Als Ursache zeigt sich ein Atemnotsyndrom II. bis III. Grades (Einteilung nach Gideon). Im weiteren Verlauf verschlechtert sich die respiratorische Situation, das Neugeborene wird beatmungspflichtig. Wie lautet die korrekte Kodierung?

Kodierempfehlung

Die Aufnahme des Neugeborenen erfolgte wegen Dyspnoe. P22.0 *Atemnotsyndrom [Respiratory distress syndrome] des Neugeborenen* wurde als zugrundeliegende Erkrankung festgestellt und ist deshalb als Hauptdiagnose zu kodieren. Im weiteren Verlauf entwickelte sich ein respiratorisches Versagen, das das Patientenmanagement beeinflusst hat (Beatmungspflicht). Dieses ist mit P28.5 *Respiratorisches Versagen beim Neugeborenen* als Nebendiagnose zu kodieren.

Hinweis: Auch wenn sich P28.5 *Respiratorisches Versagen beim Neugeborenen* als Exklusivum unter der Überschrift der ICD-Kategorie P22.- *Atemnot [Respiratory distress] beim Neugeborenen* findet, schließt dies die zusätzliche Kodierung nicht grundsätzlich aus. Im vorliegenden Fall entwickelte sich das beatmungspflichtige respiratorische Versagen erst im Verlauf. Es handelt sich nicht um ein Symptom, das im Regelfall mit der zugrundeliegenden Erkrankung vergesellschaftet ist und stellt in diesem Fall ein eigenständiges wichtiges Problem dar (Beatmungspflicht).

Für Fälle ab 2010 sind die Änderungen der DKR D003 zu Symptomen als Nebendiagnosen zu berücksichtigen.

Kodierempfehlung Nr. 166

Schlagworte: Erbrechen, postoperativ, PONV
Stand: 26.06.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Ist postoperatives Erbrechen mit T88.5 *Sonstige Komplikationen infolge Anästhesie* zutreffend verschlüsselt?

Kodierempfehlung

Das postoperative Erbrechen = PONV (postoperative nausea and vomiting) ist multifaktoriell bedingt.
Neben prädisponierenden Faktoren (Kinder, Frauen, Nichtraucher, orthostatische Dysregulation etc.) spielt auch die Art der Operation eine Rolle (z.B. bei Strabismus- oder laparoskopischen Bauchoperationen durch direkte mechanische Reizung des Nervus vagus). Die in der Narkoseführung gebräuchlichen Medikamente (Inhalationsanästhetika, Opioide etc.) sind die häufigste Ursache für PONV.
Somit ist bei der Kodierung von PONV zu unterscheiden, ob es sich um ein narkose- oder operationsbedingtes Erbrechen handelt.

Nach gastrointestinalen Operationen: K91.0 *Erbrechen nach gastrointestinalem chirurgischem Eingriff*.

Bei gynäkologisch-laparoskopischen und Strabismus-Operationen: R11 *Übelkeit und Erbrechen* und optional Y84.9! *Zwischenfälle durch medizinische Maßnahmen, nicht näher bezeichnet*.

In allen anderen Fällen wird die Nebenwirkung der Narkosemittel nach DKR 1917 mit R11 *Übelkeit und Erbrechen* und optional Y57.9! *Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen* verschlüsselt.

Kodierempfehlung Nr. 167

Schlagworte: Multiple Komplexbehandlung, 8-981.1, 8-550.1
Stand: 21.08.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Können die Prozeduren:

8-981.1 *Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden*

8-550.1 *Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung, mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten*

parallel kodiert werden?

Kodierempfehlung

Zwei verschiedene Komplexbehandlungen können parallel kodiert werden, wenn alle Leistungsmerkmale für beide Kodes jeweils erfüllt und erbracht sind.

Kodierempfehlung Nr. 168

Schlagworte: Lumboischialgie, Osteochondrose, Rückenschmerzen
Stand: 21.08.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Es wird ein Patient mit in das Bein ausstrahlenden heftigsten Rückenschmerzen im Sinne einer Lumboischialgie aufgenommen. Radiologisch findet sich eine Osteochondrose im LWS-Bereich. Es werden eine intensive Physiotherapie durchgeführt sowie Analgetika verabreicht. Ferner kommen Infiltrationen zur Anwendung. Was ist die Hauptdiagnose?

Kodierempfehlung

Als Hauptdiagnose ergibt sich M54.4 *Lumboischialgie*. Die Lumboischialgie wurde als eigenständiges Krankheitsbild behandelt und war Aufnahmegrund.

Kodierempfehlung Nr. 169

Schlagworte: Sehne, Ruptur, Rheuma
Stand: 21.08.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Eine Versicherte wird wegen einer nicht frischen Spontanruptur der Extensor pollicis longus-Sehne bei rheumatoider Arthritis stationär behandelt. Es erfolgt die Indicistransposition. Das bis zur Aufnahme eingenommene Methotrexat wird abgesetzt. Was ist die Hauptdiagnose?

Kodierempfehlung

Nicht die rheumatische Grunderkrankung hat den aktuellen Krankenhausaufenthalt veranlasst, sondern die Rekonstruktion der spontan rupturierten Sehne. Somit ist die Sehnenruptur als Hauptdiagnose zu kodieren: M66.2- *Spontanruptur von Strecksehnen* (5. Stelle 3 oder 4, je nach Lokalisation).

Kodierempfehlung Nr. 170

Schlagworte: Hypoglykämie, Wahrnehmungsstörung, autonome Neuropathie, Diabetes
Stand: 21.08.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Aufnahme wegen hypoglykämischen Komas bei insulinpflichtigem Typ-2-Diabetes mellitus. Eine autonome Neuropathie mit Hypoglykämie-Wahrnehmungsstörung ist bekannt, die zusätzlich während des stationären Aufenthaltes mit einem Hypoglykämie-Wahrnehmungstraining behandelt wird. Wie ist zu kodieren?

Kodierempfehlung

Hauptdiagnose ist E11.6- *Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen.*
E11.4-† *Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit neurologischen Komplikationen* und G99.0* *Autonome Neuropathie bei endokrinen und Stoffwechselkrankheiten* werden als Nebendiagnosen kodiert.

Kodierempfehlung Nr. 171

Schlagworte: PEG, Dysphagie, Ernährungsprobleme
Stand: 21.08.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Fallkonstellation 1:
Bei einem Patienten wird wegen Larynxkarzinom eine Laryngektomie durchgeführt. Wegen anhaltender Schluckstörungen wird zur Ernährung eine PEG-Sonde angelegt.

Fallkonstellation 2:
Bei einem Patienten mit apallischem Syndrom wird zur Ernährung eine PEG-Sonde angelegt.

Kann R63.3 *Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung* als Nebendiagnose kodiert werden?

Kodierempfehlung

In beiden Fällen liegt ein Symptom im Sinne eines eigenständigen, wichtigen Problems vor, das einer Behandlung neben und unabhängig von der Behandlung der dem Symptom zugrunde liegenden Erkrankung bedarf.

Für Fälle ab 2010 sind die Änderungen der DKR D003 zu Symptomen als Nebendiagnosen zu berücksichtigen.

In Fallkonstellation 1 ist R13.9 *Sonstige und nicht näher bezeichnete Dysphagie* der zutreffende Kode.

In Fallkonstellation 2 ist R63.3 *Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung* der zutreffende Kode.

Kodierempfehlung Nr. 172

Schlagworte: Angina pectoris, Ischämie
Stand: 21.08.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Ein Patient wird mit pectanginösen Beschwerden aufgenommen. Bekannt sind Hypertonie und Diabetes mellitus. In der nachfolgenden Koronarangiographie finden sich keine Hinweise auf eine relevante Makroangiopathie der Koronargefäße. Im Echo lassen sich allerdings Hinweise auf eine durch Bluthochdruck bedingte myokardiale Schädigung (Hypertrophie, Relaxationsstörung) nachweisen. Andere Ursachen für die thorakalen Schmerzen werden ausgeschlossen. Was ist die Hauptdiagnose?

Kodierempfehlung

In dieser Konstellation ist die Kodierung der Angina pectoris als Hauptdiagnose zu akzeptieren, sofern die Symptomatik durch ein Missverhältnis zwischen Sauerstoffbedarf und -angebot (Ischämie) nachvollziehbar ist.

Siehe auch Kodierempfehlung 47.

Kodierempfehlung Nr. 173

Schlagworte: Thrombozytenkonzentrate, gepoolte, Anzahl
Stand: 17.06.2008
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Stationäre Aufnahme zur Transfusion bei symptomatischer Thrombozytopenie (Thrombozyten 10.000/µl, Petechien). Grunderkrankung Weichteilsarkom, intensive Chemotherapie vor einer Woche. Verabreicht werden drei gepoolte Thrombozytenkonzentrate a 280 ml. Zur Herstellung der Präparate wurden von der Blutbank sechs Einzelspenderpräparate (aus ABO-blutgruppengleichen Buffy coats) a 45 ml eingesetzt. Wie ist die Menge der verabreichten Konzentrate korrekt zu verschlüsseln?

Kodierempfehlung

Die Gabe von Thrombozytenkonzentraten ist entsprechend der tatsächlich verabreichten Menge von Transfusionseinheiten (TE) zu verschlüsseln. Für die Herstellung von Thrombozytenkonzentraten bestehen entsprechende Richtlinien, die Mindestmengen an wirksamen Bestandteilen (Thrombozyten) und ein Mindestvolumen vorschreiben.

Für Einzelspender-Thrombozytenkonzentrate sind diese Mindestmengen sowohl > 60 x 10^9/Einheit für die Thrombozyten als auch > 40 ml für das Volumen. Dieses entspricht einer Transfusionseinheit.

Pool-Thrombozytenkonzentrate enthalten meist das Vierfache dieser Mindestmengen von Einzelspender-Thrombozytenkonzentraten. Erfüllt ein Pool-Konzentrat diese Voraussetzungen, wäre seine Gabe entsprechend 4 Transfusionseinheiten (TE) zu zählen. Für die Bemessung der Transfusionseinheiten (TE) ist also nicht alleine das Volumen des Pool-Konzentrates, sondern auch die Menge der darin enthaltenen Thrombozyten ausschlaggebend (siehe Mindestmengendefinition).

Somit kann im vorliegenden Fall die Gabe von drei Pool-Thrombozytenkonzentraten a 280 ml Volumen (entspricht jeweils 6 Transfusionseinheiten [TE], insgesamt also 18 TE) mit dem OPS-Kode 8-800a4 *Thrombozytenkonzentrat, 16 TE bis unter 24 TE* verschlüsselt und dem ZE 83.03 zugeordnet werden. Voraussetzung ist, dass auch > 60 x 10^9 Thrombozyten je Einzelspender-Thrombozytenkonzentrat enthalten sind (siehe Mindestmengendefinition).

Bestehen Zweifel bezüglich der in einem Pool-Thrombozytenkonzentrat enthaltenen Transfusionseinheiten (TE), kann im Regelfall die herstellende Blutbank Auskunft erteilen.

Für Fälle ab 2009 sind die Vorgaben des OPS 2009 zum Kode 8-800.b *Thrombozytenkonzentrat* zu beachten. Die Bezugsgröße, auf der die Unterteilung des Kodes basiert, ist das Thrombozytenkonzentrat und nicht mehr die Transfusionseinheit. Der festgelegte Mindestgehalt von $2x10^{11}$ Thrombozyten/Einheit ist zu beachten (siehe hierzu Hinweis zum Kode).

Kodierempfehlung Nr. 174

Schlagworte: Hypothermie
Stand: 21.08.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Was ist eine tiefe Hypothermie im Sinne des OPS-Kodes 8-851.2 *Operativer äußerer Kreislauf (bei Anwendung der Herz-Lungen-Maschine): Mit tiefer Hypothermie*?

Kodierempfehlung

In der Literatur finden sich unterschiedliche Angaben, ab welcher Absenkung der Körpertemperatur von einer „tiefen Hypothermie“ auszugehen ist und zwar abhängig davon, zu welchem Zweck die Absenkung der Körpertemperatur erfolgt, ob zur Begleittherapie bei Schädelhirntraumata oder zur Hypothermie bei kardiochirurgischen Eingriffen.

Für die Anwendung dieses OPS-Kodes war nach Aussage des DIMDI aus dem Jahr 2008 die Absenkung der Körpertemperatur auf 20^0 C bis unter 26^0 C gemeint gewesen.

Ab 2009 Neuregelung im OPS durch Einführung neuer Kodes und Definitionen:

8-851 *Operativer äußerer Kreislauf (bei Anwendung der Herz-Lungen-Maschine)*
8-851.0 *Mit Normothermie (mehr als 35 °C)*
8-851.1 *Mit milder Hypothermie (32 bis 35 °C)*
8-851.3 *Mit moderater Hypothermie (26 bis unter 32 °C)*
8-851.4 *Mit tiefer Hypothermie (20 bis unter 26 °C)*
8-851.5 *Mit profunder Hypothermie (unter 20 °C)*

Kodierempfehlung Nr. 175

Schlagworte: Lymphom, palliativ
Stand: 21.08.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Aufnahme wegen Verschlechterung des Allgemeinzustandes und zunehmender Parese der unteren Extremitäten sowie des linken Armes. Aus der Anamnese bekannt ist ein B-Zell Non-Hodgkin-Lymphom, Stadium IV B mit ausgedehnten abdominellen und inguinalen Lymphomen, Mammabefall und Hautmanifestationen. Nach initialer Polychemotherapie traten eine Meningeosis auf, sowie im weiteren Verlauf ein BWK-Befall und eine Progression der abdominellen Lymphknoten. Die aktuelle Diagnostik zeigt eine Progression der Grunderkrankung. Eine erneute Chemotherapie wird nicht eingeleitet. Es erfolgt eine symptomatische bzw. palliative Therapie. Was ist die Hauptdiagnose?

Kodierempfehlung

Ursächlich für die komplexe Symptomatik ist die Progression der Grunderkrankung. Als Hauptdiagnose wird die maligne Grunderkrankung mit C83.- *Diffuses Non-Hodgkin-Lymphom* kodiert.

Kodierempfehlung Nr. 176

Schlagworte: Palliativ, bösartige Neubildung
Stand: 21.08.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Aufnahme eines Patienten zur Behandlung multipler Tumorsymptome bei metastasiertem Bronchialkarzinom. Übelkeit, Gewichtsverlust, Schwindel, Schmerzen, Luftnot. Therapie: Antiemetika, parenterale Ernährung, Schmerzmedikation, O2-Gabe. Keine spezifische Therapie des Grundleidens, Patient verstirbt am Tumorleiden. Was ist die Hauptdiagnose?

Kodierempfehlung

Aufnahmeanlass ist die Palliativtherapie der malignen Erkrankung, die mit C34.- *Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge* als Hauptdiagnose kodiert wird.

Kodierempfehlung Nr. 177

Schlagworte: Fallzusammenführung, Komplikation, Abstoßung, Karzinom
Stand: 21.08.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Hepatozelluläres Karzinom, Z. n. Lebertransplantation, Wiederaufnahme innerhalb der OGVD bei akuter Abstoßungsreaktion, konservativ beherrscht. Fallzusammenführung aufgrund Komplikation gemäß FPV?

Kodierempfehlung

Da die Wiederaufnahme innerhalb der oberen Grenzverweildauer erfolgte und es sich um eine Komplikation handelt, sind die Fälle gemäß § 2 Abs. 3 FPV zusammenzuführen. Für Fälle ab 2008 sind die Änderungen in § 2 Abs. 3 FPV zu berücksichtigen.

Kodierempfehlung Nr. 178

Schlagworte: Myelodysplastisches Syndrom, Thrombozytopenie
Stand: 21.08.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Ein Patient kommt zur Aufnahme wegen Thrombozytopenie. Bei ihm ist ein Myelodysplastisches Syndrom (MDS) bekannt. Diesbezüglich erfolgt während des Aufenthaltes keine weitere Therapie und Diagnostik. Es werden Thrombozytenkonzentrate transfundiert. Was ist Hauptdiagnose?

Kodierempfehlung

D69.58 *Sonstige sekundäre Thrombozytopenie, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet* ist die Hauptdiagnose.
Der Aufnahmegrund war weder die maligne Erkrankung noch die Chemotherapie, sondern die Thrombozytopenie.

Kodierempfehlung Nr. 180

Schlagworte: Thrombose, Tumorleiden
Stand: 21.08.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Ein Patient wird wegen einer Armvenenthrombose aufgenommen. Bekannt ist ein hepatisch metastasiertes Rektumkarzinom. Die Armvenenthrombose wird von der Klinik als paraneoplastisches Syndrom bewertet und spezifisch behandelt. Wie ist bezüglich Haupt- und Nebendiagnosen zu kodieren?

Kodierempfehlung

Hauptdiagnose: I80.8 *Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger Lokalisationen*

Nebendiagnose: C20 *Bösartige Neubildung des Rektums*

Kodierempfehlung Nr. 181

Schlagworte: Tumor, palliativ, Schmerztherapie
Stand: 21.08.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Es liegt ein fortgeschrittenes metastasierendes/infiltrierendes Tumorleiden vor. Kurative operative, chemotherapeutische und/oder radiotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten bestehen nicht mehr. Was wird als Hauptdiagnose verschlüsselt, wenn eine Krankenhausbehandlung stationär erfolgt:

1. zur symptom-orientierten Therapie und Schmerztherapie und psychoonkologischen Betreuung im Rahmen eines umfassenden palliativen Konzepts als Tumortherapie

2. zum initialen Staging, um sich ein Bild von der Gesamtsituation zu machen

3. im Finalstadium, in dem der Patient schließlich an einem Nierenversagen verstirbt

Kodierempfehlung

In allen drei Fallkonstellationen hat das Tumorleiden die stationäre Aufnahme veranlasst. Es wird deshalb jeweils der Primärtumor als Hauptdiagnose verschlüsselt.

Kodierempfehlung Nr. 182

Schlagworte: Tumor, Nachuntersuchung, abgeschlossene Behandlung
Stand: 21.08.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Aktuelle Anamnese: Patient mit Magenkarzinom, bei dem nach abgeschlossener Behandlung eine stationäre Kontrolluntersuchung nach zwei Jahren durchgeführt wird. Dabei ergibt sich kein Hinweis auf ein Rezidiv oder auf Metastasen. Was ist die Hauptdiagnose?

Kodierempfehlung

Bei einer Staging-Untersuchung zur Evaluierung des Therapieerfolges im Anschluss an die Primärbehandlung (z. B. Magen-OP + 6 x Chemo oder 4 x Chemo + Bestrahlung) wird der Tumor als Hauptdiagnose kodiert (siehe DKR 0201).

Im vorliegenden Fall handelt es sich allerdings um eine Nachuntersuchung nach abgeschlossener Primärbehandlung, die mit Z08.- *Nachuntersuchung nach Behandlung wegen bösartiger Neubildung* als Hauptdiagnose kodiert wird. Als Nebendiagnose wird der passende Kode aus Z85.- *Bösartige Neubildung in der Eigenanamnese* verschlüsselt (siehe DKR 0209).

Kodierempfehlung Nr. 183

Schlagworte: Gallengang, Stent, Revision, palliativ
Stand: 21.08.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

78-jähriger Patient mit Ikterus und Gallengangskarzinom mit Z.n. Stenteinlage. Die Aufnahme erfolgt zur ERCP und palliativen Stentrevision bei Stenose des Ductus choledochus. Progression des Tumorleidens wird nachgewiesen und der Stent gewechselt. Histologisch bekanntes Adenokarzinom (Gallengangskarzinom). Während des stationären Aufenthaltes erfolgt keine Chemotherapie. Was ist die Hauptdiagnose?

Kodierempfehlung

C24.0 *Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Gallenwege, extrahepatischer Gallengang* ist plausibel. Die durchgeführte Maßnahme ist als Maßnahme zu bewerten, die in Zielrichtung auf den Tumor vorgenommen wurde im Sinne einer Tumorbehandlung, wenn auch nur in palliativer Absicht.

Kodierempfehlung Nr. 184

Schlagworte: Palliativ, Tumor, Fraktur, pathologisch
Stand: 21.08.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Die Aufnahme einer 75-jährigen Patientin erfolgt wegen pathologischer Femurfraktur infolge einer Knochenmetastase. Bekannt ist ein Kolonkarzinom (Colon transversum) mit Lungen- und Lebermetastasen. Die Fraktur wird stabilisiert und es erfolgt eine palliative Schmerztherapie. Was ist die Hauptdiagnose?

Kodierempfehlung

Hauptdiagnose: C79.5† *Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen, sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes*

Nebendiagnosen: M90.75* *Osteopathien bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, Knochenfraktur bei Neubildungen (C00-D48†), Beckenregion und Oberschenkel*

C18.4 *Bösartige Neubildung des Kolons, Colon transversum*

Die pathologische Fraktur ist im Kreuz-/Stern-System spezifisch abbildbar. Vor diesem Hintergrund ist die sekundäre Neubildung Hauptdiagnose. Der Primärtumor ist zusätzlich als Nebendiagnose kodierbar.

Kodierempfehlung Nr. 185

Schlagworte: APC-Resistenz, Koagulopathie, D68.4
Stand: 21.08.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Stationäre Aufnahme zur Hüft-TEP. Es liegt eine bekannte APC-Resistenz (Resistenz gegen aktiviertes Protein C) vor. Deshalb ist nach Angaben des Krankenhauses die Thromboseprophylaxe mit Heparin bereits präoperativ begonnen worden.

Kann die Nebendiagnose D68.*4 Erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren* kodiert werden?

Kodierempfehlung

Da ein erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren nicht vorliegt, kann D68.4 *Erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren* nicht als Nebendiagnose kodiert werden.

Patienten, bei denen eine elektive Hüftendoprothesenimplantation vorgenommen wird, haben ein hohes eingriffsbezogenes Thromboembolie-Risiko. Bei ihnen ist leitliniengemäß eine perioperative Thromboembolieprophylaxe mit niedermolekularen Heparinen, die präoperativ begonnen wird, durchzuführen. Eine bekannte APC-Resistenz beeinflusst dieses Vorgehen nicht. Nur wenn darüberhinausgehende diagnostische oder therapeutische Maßnahmen bezüglich der APC-Resistenz durchgeführt werden, kann diese mit dem ICD-Kode D68.8 *Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien* als Nebendiagnose verschlüsselt werden.

Für Fälle ab 2010 wird eine APC-Resistenz mit D68.5 *Sonstige Koagulopathien*, *Primäre Thrombophilie* kodiert.

Kodierempfehlung Nr. 186

Schlagworte: Paravasat, Komplikation
Stand: 21.08.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Wie wird ein Doxorubicin-Paravasat am Arm korrekt kodiert?

T80.- *Komplikationen nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken*

oder

T22.- *Verbrennung oder Verätzung der Schulter und des Armes, ausgenommen Handgelenk und Hand*

Kodierempfehlung

T80.8 *Sonstige Komplikationen nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken*

Kodierempfehlung Nr. 187

Schlagworte: Tumor, Hormontherapie, adjuvant
Stand: 21.08.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Was kann als Nebendiagnose kodiert werden, wenn eine Hormontherapie als adjuvante Tumorbehandlung durchgeführt wird? Ist Z85.- *Bösartige Neubildung in der Eigenanamnese* zutreffend?

Kodierempfehlung

Gemäß DKR 0209 kann ein Kode aus Z85.- nur dann angegeben werden, wenn von einer definitiven Heilung der bösartigen Neubildung ausgegangen werden kann.

Solange eine adjuvante Hormontherapie stattfindet, ist die Tumorbehandlung noch nicht abgeschlossen. Deshalb ist das Malignom als Nebendiagnose zu kodieren.

Kodierempfehlung Nr. 188

Schlagworte: Metastasen, Lymphknoten, Tumor, Beinschwellung
Stand: 21.08.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Eine Patientin kommt mit einer Beinschwellung rechts zur stationären Aufnahme. Aus der Vorgeschichte ist ein vor mehreren Jahren operiertes Ovarialkarzinom bekannt.

Ursächlich für die Beinschwellung zeigt sich computertomographisch im kleinen Becken ein Lymphknotenpaket mit Gefäßummauerung. Histologisch werden durch Punktion Lymphknotenmetastasen eines Ovarialkarzinoms nachgewiesen. Eine tumorspezifische Behandlung wird eingeleitet. Was ist die Hauptdiagnose?

Kodierempfehlung

Die Lymphknotenmetastasen werden als zugrundeliegende Erkrankung diagnostiziert und behandelt. Somit wird als Hauptdiagnose C77.5 *Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten*, *Intrapelvine Lymphknoten* verschlüsselt.

Kodierempfehlung Nr. 189

Schlagworte: Tumor, Progression, Symptom
Stand: 21.08.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Eine Patientin mit hepatisch metastasiertem Sigmakarzinom wird in deutlich reduziertem Allgemeinzustand mit seit drei Monaten rezidivierendem Fieber und gelegentlichem Reizhusten stationär aufgenommen. Aktuell kein Fieber oder Reizhusten. Die umfangreiche Diagnostik ergibt eine Progression der Tumorerkrankung. Die anamnestisch angegebenen Beschwerden werden auf das Fortschreiten der malignen Grundkrankheit zurückgeführt. Was ist die Hauptdiagnose?

Kodierempfehlung

Die anamnestisch angegebenen Symptome sind Ausdruck der malignen Grunderkrankung, die als Hauptdiagnose mit C18.7 *Bösartige Neubildung des Kolons, Colon sigmoideum* kodiert wird.

Kodierempfehlung Nr. 193

Schlagworte: PEG, Infekt
Stand: 18.12.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Patientin kommt mit oberflächlicher Hautinfektion im Sinne einer Pyodermie bei liegender PEG. Sie erhält fünf Tage Antibiose, anschließend PEG-Wechsel. Was ist die Hauptdiagnose?

L08.0 *Sonstige lokale Infektionen der Haut und der Unterhaut, Pyodermie*

oder

T85.78 *Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate, Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate*

Kodierempfehlung

L08.0 *Sonstige lokale Infektionen der Haut und der Unterhaut, Pyodermie* ist korrekt, da dies der spezifischere Kode in Bezug auf die Erkrankung bzw. Störung ist.

Kodierempfehlung Nr. 194

Schlagworte: Weichteildefekt, Hautdefekt
Stand: 18.12.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Wie ist ein Hautdefekt am Sprunggelenk zu kodieren? Die Aufnahme erfolgt zur Spalthauttransplantation. Anamnestisch Fraktur und Osteosynthese des Sprunggelenks. Im Verlauf Infekt mit später resultierendem, jetzt bei Aufnahme sauberem (d.h. infektfreiem) Hautdefekt.

Kodierempfehlung

L98.8 *Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Haut und der Unterhaut* ist der spezifische Schlüssel für diese Erkrankung bzw. Störung nach medizinischen Maßnahmen.

Kodierempfehlung Nr. 195

Schlagworte: Herzinsuffizienz, diastolisch, Relaxationsstörung
Stand: 30.10.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Welche Kriterien/Angaben sind für die Diagnosestellung einer diastolischen Herzinsuffizienz erforderlich?

Beispiel:
75-jährige Versicherte kommt wegen exazerbierter COLD zur Aufnahme.
Als Nebendiagnose: I11.01 *Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz, mit Angabe einer hypertensiven Krise* sowie I50.11 *Linksherzinsuffizienz, ohne Beschwerden.*
Im Thorax keine Stauung, keine Ödeme. Der Befund, worauf sich die Diagnose der Herzinsuffizienz stützt, ist das Echo mit Angabe einer diastolischen Relaxationsstörung als Begründung für einen erhöhten Füllungswiderstand und damit für eine diastolische Herzinsuffizienz. Ist dies korrekt?

Kodierempfehlung

Die alleinige Angabe einer diastolischen Relaxationsstörung reicht nicht aus für die Diagnose "diastolische Herzinsuffizienz".

Die Diagnose einer primären diastolischen Herzinsuffizienz erfordert, dass drei Bedingungen gleichzeitig erfüllt sind:
1. Vorhandensein von Symptomen und klinische Zeichen der Herzinsuffizienz.
2. Normale oder nur leicht eingeschränkte linksventrikuläre systolische Funktion (LVEF > 40-50%).
3. Nachweis einer abnormen LV-Relaxation und/oder Dehnbarkeit.

Quelle: Leitlinien für die Diagnose und Therapie der chronischen Herzinsuffizienz der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie. Update 2008. Für mehr Informationen: www.escardio.org

Kodierempfehlung Nr. 197

Schlagworte: Abort, Totgeburt, Blasensprung, vorzeitig
Stand: 30.10.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Eine Schwangere kommt mit vorzeitigem Blasensprung in der 20. Schwangerschaftswoche (SSW). Zunächst wird versucht, die Schwangerschaft unter Tokolyse (Wehenhemmung) zu erhalten. Im weiteren Verlauf entwickelt die Schwangere jedoch Fieber, die Entzündungsparameter steigen an. Es kommt zur Ausstoßung der Frucht (keine Vitalitätszeichen) mit anschließender Plazentaretention. Eine Kürettage wird durchgeführt. Unter antibiotischer Therapie Rückgang von Fieber und Entzündungswerten. Wie ist zu kodieren?

Kodierempfehlung

Sofern keine Vitalitätszeichen vorliegen ergeben sich abhängig vom fetalen Gewicht zwei unterschiedliche Konstellationen. Die Grenze liegt bei 500g.

1. Fall: Fetales Gewicht < 500 g: Abort

HD: O03.0 *Spontanabort, inkomplett, kompliziert durch Infektion des Genitaltraktes und des Beckens*
ND: O09.3! *Schwangerschaftsdauer, 20. Woche bis 25 vollendete Wochen*

2. Fall: Geburtsgewicht 500 g oder darüber: Totgeburt

HD: O42.2 *Vorzeitiger Blasensprung, Wehenhemmung durch Therapie*
ND: O41.1 *Infektion der Fruchtblase und der Eihäute*
O09.3! *Schwangerschaftsdauer, 20. Woche bis 25 vollendete Wochen*
O60.1 *Vorzeitige spontane Wehen mit vorzeitiger Entbindung*
Z37.1! *Resultat der Entbindung, Totgeborener Einling*

Die Definition von Lebend-, Totgeburt und Abort findet sich in DKR 1501.
500g stellt in etwa die Grenze der Lebensfähigkeit des Feten dar. Bei zeitgerechter Entwicklung ist dieses Gewicht in der ca. 22./23. SSW erreicht. Hier ist unter Einbeziehung des Geburtsgewichtes zwischen Abort (Abort-DRG) und Totgeburt (Entbindungs-DRG) zu unterscheiden, wenn Vitalitätszeichen fehlen.
Zeigt das Kind Vitalitätszeichen, so handelt es sich, auch bei Geburtsgewicht <500 g, um eine Lebendgeburt (Entbindungs-DRG). Dies gilt auch, wenn das Frühgeborene nur wenige Minuten lebt.

Kodierempfehlung Nr. 198

Schlagworte: Blutung, postpartal
Stand: 30.10.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Stationäre Wiederaufnahme mit verstärkter Nachblutung 12 Tage nach Spontangeburt. Es erfolgt eine therapeutische Kürettage und die Applikation kontraktionsfördernder Medikamente. Was ist Hauptdiagnose?

Kodierempfehlung

Die korrekte Kodierung der Hauptdiagnose ist O72.2 *Postpartale Blutung, Spätblutung und späte Nachgeburtsblutung.*
Es ist zwischen einer Blutung in unmittelbarem Zusammenhang mit der Geburt (O72.0 *Postpartale Blutung, Blutung in der Nachgeburtsperiode* oder O72.1 *Postpartale Blutung, Sonstige unmittelbar postpartal auftretende Blutung*) und einer Nachblutung im Intervall (O72.2 *Postpartale Blutung, Spätblutung und späte Nachgeburtsblutung*) zu unterscheiden.

Kodierempfehlung Nr. 199

Schlagworte: Angiodysplasie, Argon-Beamer, Thermokoagulation
Stand: 30.10.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Eine blutende Angiodysplasie im Magen wird durch die Anwendung eines so genannten „Argon-Beamers“ gestillt.
Ist die Prozedur als endoskopische Destruktion im Magen mittels Laser- (OPS 5-433.51) oder Thermokoagulation (OPS 5-433.52) zu kodieren?

Kodierempfehlung

Bei der Argonplasmakoagulation (APC) wird Hochfrequenzstrom über einen flexiblen Katheter durch Argongas kontaktfrei auf das Gewebe appliziert. Dabei tritt eine thermische Koagulation, aber keine Vaporisation des Gewebes ein. Die Prozedur im o.g. Fall ist an der 6. Stelle als Thermokoagulation zu verschlüsseln (5-433.52 *Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens, Destruktion, endoskopisch, Thermokoagulation).*

Kodierempfehlung Nr. 200

Schlagworte: Sepsis, Pneumonie
Stand: 30.10.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Notfallmäßige Aufnahme einer 90-jährigen Patientin mit Fieber von 39° C und Schüttelfrost in deutlich reduziertem AZ. Bei der körperlichen Untersuchung keine Dyspnoe. Über den Lungen bds. feinblasige Rasselgeräusche (RG), rechts mehr als links. Deutlich erhöhtes C-reaktives Protein (CRP), Leukozyten 14.000/mm³, altersentsprechende Blutgasanalyse. In der Blutkultur Nachweis von Pseudomonas aeruginosa. Therapeutisch Monitoring, i. v. Antibiose. Radiologisch, auch bei Kontrolle, Nachweis einer basalen, pulmonalen Infiltration rechts.

Ist neben der Kodierung der Sepsis (A41.*52 Sepsis durch sonstige gramnegative Erreger, Pseudomonas*) als Hauptdiagnose und R65.0! *Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese ohne Organkomplikationen* die antibiotisch behandelte Pneumonie rechts basal als Nebendiagnose mit J18.0 *Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet* kodierbar?

Kodierempfehlung

Neben der Sepsis ist die zusätzliche Kodierung von J18.0 *Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet* korrekt.

Kodierempfehlung Nr. 201

Schlagworte: TIA, Neurologische Komplexbehandlung, mehrfach
Stand: 30.10.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Ein Patient wird wegen TIA für 38 Stunden auf der stroke unit behandelt, danach Verlegung auf Normalstation. Am dritten stationären Tag tritt wieder eine TIA auf und der Patient wird erneut auf der stroke unit für 47 Stunden behandelt. Werden die Stunden auf der Spezialeinheit jeweils einzeln kodiert, also zweimal 8-981.0 *Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mindestens 24 bis höchstens 72 Stunden* oder werden sie zusammengezählt, also einmal 8-981.1 *Neurologische Komplexbehandlung des Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden*?

Kodierempfehlung

Nach DKR P005 und P012 sind Zeitangaben zu addieren und die Summe einmal pro Aufenthalt zu kodieren. Die Behandlungen auf der stroke unit sind im vorliegenden Fall mit 8-981.1 *Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden* korrekt kodiert.

Kodierempfehlung Nr. 202

Schlagworte: Lippenbiopsie
Stand: 18.12.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Wie wird die Biopsie an der Lippe kodiert? Handelt es sich um eine Biopsie mit Inzision (OPS 1-540) oder um eine Biopsie ohne Inzision (OPS 1-420.0)?

Kodierempfehlung

Bei der Lippenbiopsie handelt es sich um eine Biopsie ohne Inzision, da sich die Inzision auf die Art des Zuganges bezieht und hier das zu entnehmende Gewebe nicht durch Inzision freigelegt werden muss (1-420.0 *Biopsie ohne Inzision an Mund und Mundhöhle, Lippe*).

2010 ist der OPS 1-540 *Biopsie an der Lippe durch Inzision* gestrichen worden.

Kodierempfehlung Nr. 203

Schlagworte: Thrombolyse, intrakoronar
Stand: 18.12.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Ist die Kodierung des OPS 8-837.60 *Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen, selektive Thrombolyse, eine Koronararterie* bei intrakoronarer Gabe von Abciximab (ReoPro®) korrekt?

Kodierempfehlung

Die Verwendung des Prozedurenschlüssels 8-837.60 *Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen, selektive Thrombolyse, eine Koronararterie* ist nicht korrekt. Bei ReoPro® handelt es sich um ein in Deutschland zugelassenes Arzneimittel. Es ist als Thrombozytenaggregationshemmer für die i.v.-Applikation zugelassen. Es handelt sich nicht um ein Thrombolytikum und somit nicht um eine selektive Thrombolyse.

Kodierempfehlung Nr. 204

Schlagworte: Poly- Monarthritis
Stand: 18.12.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Ein 50-jähriger Patient mit bekannter chronischer seropositiver Polyarthritis mit Befall multipler Gelenke wird elektiv zur Synovektomie bei persistierender Monarthritis im Bereich des Handgelenks aufgenommen. Die Dauermedikation bei bekannter Grunderkrankung wird während des stationären Aufenthaltes unverändert fortgesetzt. Was ist Haupt -, was ist Nebendiagnose?

Kodierempfehlung

Hauptdiagnose ist M05.93 *Seropositive chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet, Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk].* Die den stationäre Aufenthalt auslösende Diagnose ist die persistierende Monarthritis des Handgelenks. Es handelt sich um eine Manifestation der Erkrankung, nicht um ein Symptom.
Als Nebendiagnose ist der Kode M05.90 *Seropositive chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet, mehrere Lokalisationen* anzugeben.

Kodierempfehlung Nr. 205

Schlagworte: Polyarthritis, Enteritis
Stand: 18.12.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Eine 25-jährige Patientin wird wegen anhaltender therapieresistenter Enteritis, verbunden mit Schwäche und Exsikkose stationär aufgenommen. Bei der Patientin ist eine langjährige chronische seropositive Polyarthritis mit asymmetrischem Befall der Schulter-, Ellenbogen-, Hand- und Kniegelenke bekannt, eine Therapie mit Methotrexat wurde vor wenigen Wochen eingeleitet. Die Ursache der Enteritis ist auf Methotrexat zurückzuführen. Die Basismedikation für die Grunderkrankung wird modifiziert. Was ist Haupt-, was ist Nebendiagnose?

Kodierempfehlung

Hauptdiagnose ist die ausgeprägte Reaktion auf die Therapie mit Methotrexat, die mit K52.1 *Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, Toxische Gastroenteritis und Kolitis* zu verschlüsseln ist. Zusätzlich kann optional der Kode Y57.9! *Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen* angegeben werden.
Als Nebendiagnose ist M05.90 *Seropositive chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet, mehrere Lokalisationen* zu nennen.

Kodierempfehlung Nr. 206

Schlagworte: Wundverschluss, Narbenexzision, Dehnungsplastik, Exzision, lokale
Stand: 18.12.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Aufnahme eines Patienten zur Exzision einer schmerzhaften breiten Narbe am Unterschenkel. Zum Wundverschluss wurden die Wundränder durch Spreizen des Subkutangewebes mobilisiert und Burow-Dreiecke reseziert (kleine Hautdreiecke, die zum Längenausgleich an ungleich langen Wundrändern aus dem Endbereich des kürzeren Randes zu dessen Verlängerung herausgeschnitten werden), um ein kosmetisch gutes Ergebnis zu erzielen. Ist die zusätzliche Kodierung einer Dehnungsplastik mit einem OPS-Kode aus 5-903 *Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut* korrekt?

Kodierempfehlung

Bei jedem Wundverschluss im Rahmen einer Narbenexzision wird ein kosmetisch gutes Ergebnis angestrebt. Die im Einzelfall erforderliche Wundrandmobilisation, einschließlich der Entfernung kleiner Hautareale, um eine spannungsfreie Wundadaptation zu erzielen, ist als integraler Bestandteil einer Narbenexzision (5-894 *Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut*) zu bewerten. Der Leistungsinhalt einer lokalen Lappenplastik (OPS 5-903 *Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut*) kann aus den vorliegenden Informationen nicht abgeleitet werden.

Da es für die lokale Exzision eine klare Definition gibt, sind alle größeren Exzisionen (größer als 4 cm^2 oder über 1 cm^3) mit einem Kode aus 5-895 *Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut* zu verschlüsseln.

Siehe auch Kodierempfehlung 264.

Kodierempfehlung Nr. 208

Schlagworte: ERCP, Stent
Stand: 18.12.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Ein 70-jähriger Patient wird mit rechtsseitigen Oberbauchbeschwerden aufgenommen, bedingt durch eine akute Cholezystitis. Zum Ausschluss einer Choledocholithiasis wird eine ERCP durchgeführt. Bei unzureichender Kathetersondierung des Ductus choledochus (DHC) durch wiederholte Kanülierung des Ductus Wirsungianus wird ein Plastikstent in den Pankreasgang (5 Fr, 5cm) eingelegt. Nachfolgend gelingt die Kathetereinführung mit Kontrastmitteldarstellung des steinfreien DHC. Die Endodrainage im Pankreasgang wird vor Beendigung der ERCP wieder gezogen.
Kann der OPS-Kode 5-526.e1 *Endoskopische Operationen am Pankreasgang, Einlegen einer Prothese, nicht selbstexpandierend* zusätzlich zum OPS 1-642 *Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege* kodiert werden?

Kodierempfehlung

Die Prozedur 5-526.e1 *Endoskopische Operationen am Pankreasgang, Einlegen einer Prothese, nicht selbstexpandierend* ist zusätzlich erbracht worden und damit zu kodieren.
Sie ist keine Komponente einer diagnostischen ERCP (1-642), die beim OPS 5-526 *Endoskopische Operationen am Pankreasgang* als Exklusivum aufgeführt wird.

Kodierempfehlung Nr. 209

Schlagworte: Adipositas, Fettschürze
Stand: 18.12.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Bei einer adipösen Patientin wird wegen einer deutlichen Bewegungseinschränkung im Hüftbereich mit Behinderung des Gehens und Hygieneproblemen im Intimbereich, bedingt durch eine ausgeprägte abdominale Fettschürze, eine Resektion vorgenommen.
Was ist die Hauptdiagnose? E65 *Lokalisierte Adipositas* oder R26.8 *Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität*?

Kodierempfehlung

Hauptsächlicher Anlass für die stationäre Behandlung war die Behandlung der abdominalen Fettschürze. Hauptdiagnose ist E65 *Lokalisierte Adipositas*.

Anmerkung: Intertriginalekzem siehe Kodierempfehlung 107.

Kodierempfehlung Nr. 211

Schlagworte: Epilepsie, Anfall, Urinverlust
Stand: 18.12.2007
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Ein Patient erleidet während eines stationären Aufenthaltes wegen anderer Erkrankung einen Grand mal bei bekannter Epilepsie mit Einnässen. Ist die Nebendiagnose N39.48 *Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz* oder R32 *Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz* oder F98.0 *Nichtorganische Enuresis* zutreffend?

Kodierempfehlung

Da der unwillkürlichen Urinverlust im Rahmen der Behandlung des epileptischen Anfalls und für diesen vorübergehenden Zustand als normal anzusehen ist, ist nach DKR 1804 die Kodierung als Nebendiagnose nicht möglich.

Kodierempfehlung Nr. 212

Schlagworte: Harnwegsinfektion, Katheter, Ureterschiene
Stand: 24.04.2008
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Wie wird eine Harnwegsinfektion bei

1. liegendem Blasenverweilkatheter,
2. liegendem suprapubischem Katheter,
3. liegendem perkutanem Nephrostomiekatheter,
4. liegender Ureterschiene?

korrekt verschlüsselt?

Kodierempfehlung

N39.0 *Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet* ist für alle vier Konstellationen der spezifische Kode in Bezug auf die Erkrankung bzw. Störung. Die Exkl. unter der Gruppe *Sonstige Krankheiten des Harnsystems* (N30-N39) sind zu berücksichtigen.

Kodierempfehlung Nr. 215

Schlagworte: P70.0 *Syndrom des Kindes einer Mutter mit gestationsbedingtem Diabetes mellitus,* P70.1 *Syndrom des Kindes einer diabetischen Mutter*
Stand: 24.04.2008
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Wann kann

P70.0 *Syndrom des Kindes einer Mutter mit gestationsbedingtem Diabetes mellitus*

oder

P70.1 *Syndrom des Kindes einer diabetischen Mutter*

kodiert werden?

Kodierempfehlung

Die Kodierbarkeit von P70.0 bzw. P70.1 setzt die folgenden Kriterien voraus:

- bestätigte Diagnose O24.- *Diabetes mellitus in der Schwangerschaft* (Mutter)
- Blutzuckerbestimmungen nach Schema (z.B. nach 1, 3, 6 und 12 Stunden)
- Ein oder mehrere Blutzuckerwert(e) in den ersten 24 Lebensstunden unter 35 mg/dl oder nach 24 Stunden unter 45 mg/dl
- das Vorhandensein von klinischer Ausprägung beim Neugeborenen (z.B. Makrosomie, Zittrigkeit, Hypokalzämie, transitorische Tachypnoe, Atemnotsyndrom, Polyzythämie, Plethora, Hyperbilirubinämie, Kardiomegalie, Zyanose, Azidose, Elektrolytstörung, Krämpfe)
- therapeutische Konsequenzen (z.B. Glucose-Infusion bzw. orale Gabe von Maltodextrin oder Formula-Nahrung in kurzzeitigen Abständen, ggf. weitere symptomatische Therapie je nach klinischer Ausprägung)

Kodierempfehlung Nr. 216

Schlagworte: Mammakarzinom, Brusterhaltende Therapie, Rekonstruktion, plastische
Stand: 24.04.2008
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Bei stanzbioptisch gesichertem Mammakarzinom wird eine brusterhaltende Operation durchgeführt. Im Operationsbericht ist vor dem Wundverschluss die Mobilisierung von Drüsengewebe dokumentiert. Rechtfertigt das zur zusätzlichen Kodierung von 5-886.1 *Andere plastische Rekonstruktion der Mamma, Plastische Rekonstruktion* neben dem Primäreingriff zur Behandlung des Mammakarzinoms?

Kodierempfehlung

Die routinemäßige Angabe von z.B. „Mobilisierung von Drüsengewebe zur Defektdeckung“ rechtfertigt nicht die zusätzliche Kodierung von 5-886.1 *Andere plastische Rekonstruktion der Mamma, Plastische Rekonstruktion*. Dabei handelt es sich um eine Komponente des Primäreingriffs, die nicht gesondert verschlüsselt wird. Für die zusätzliche Kodierung von 5-886.1 sollte jeweils im OP-Bericht klar erkennbar sein, dass es sich um einen zusätzlichen plastisch-rekonstruktiven Eingriff handelt.

Kodierempfehlung Nr. 218

Schlagworte: Außenknöchel, Bandplastik, Rekonstruktion
Stand: 24.04.2008
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Kann bei einer Bandplastik am Außenknöchel, z.B. mit einem Transplantat aus der Plantarissehne, wegen chronischer lateraler Instabilität nach früherer Außenbandläsion neben dem OPS 5-806.4 *Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des oberen Sprunggelenkes, Bandplastik des fibularen Bandapparates mit autogener Sehne* zusätzlich der OPS 5-854.4b *Rekonstruktion von Sehnen, Ersatzplastik, Rückfuß und Fußwurzel* angegeben werden?

Kodierempfehlung

Im OPS 5-806.4 *Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des oberen Sprunggelenkes, Bandplastik des fibularen Bandapparates mit autogener Sehne* sind alle Bestandteile der Prozedur einschließlich der Rekonstruktion durch autogene Sehne beschrieben. Da eine Rekonstruktion einer Sehne nicht erfolgte, kann der OPS 5-854.4b *Rekonstruktion von Sehnen*, *Ersatzplastik, Rückfuß und Fußwurzel* nicht zusätzlich angegeben werden.

Kodierempfehlung Nr. 219

Schlagworte: Pankreaskarzinom, Tumor, neuroendokrin
Stand: 24.04.2008
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Wie ist ein metastasiertes, neuroendokrines Pankreaskarzinom als Hauptdiagnose zu verschlüsseln? Ist der ICD-Kode C75.9 *Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen, Endokrine Drüse, nicht näher bezeichnet* anzugeben?

Kodierempfehlung

Primär sind die bösartigen Neubildungen in der ICD nach Organbezug geordnet, der histologische Typ kann sekundär durch die Verschlüsselung des Morphologie-Schlüssels angegeben werden, ohne jedoch für die Gruppierung des Falles relevant zu sein.

Für die Hauptdiagnose ist der ICD-Kode C25.4 *Bösartige Neubildung des Pankreas, Endokriner Drüsenanteil des Pankreas* als Hauptdiagnose anzugeben.

Da unter der ICD-Kategorie C75.- *Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen* das Exklusivum "Endokriner Drüsenanteil des Pankreas" mit Verweis auf den ICD-Kode C25.4 aufgeführt ist, ist letzterer als Hauptdiagnose anzugeben.

Siehe auch Kodierempfehlung 229.

Kodierempfehlung Nr. 220

Schlagworte: Delir, Demenz, Alzheimer
Stand: 24.04.2008
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Patient kommt wegen Agitiertheit, spuckt, schlägt etc. Bekannt ist ein Morbus Alzheimer mit Demenz. Die Behandlung beschränkt sich auf Sedierung, die Alzheimer-Medikation wird fortgesetzt. Ist die Diagnose F05.1 *Delir bei Demenz* als Hauptdiagnose korrekt?

Kodierempfehlung

Laut Definition in der ICD lag kein Delir vor, da die unter F05.- *Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt* genannten Voraussetzungen nicht erfüllt sind. Somit ist die korrekte Diagnose F00.9* *Demenz bei Alzheimer-Krankheit, nicht näher bezeichnet (G30.9†).* Hauptdiagnose ist G30.9† *Alzheimer-Krankheit, nicht näher bezeichnet (F00.9*)*.

Kodierempfehlung Nr. 222

Schlagworte: Magenkarzinom, Anastomosenstenose, Behandlung, abgeschlossen
Stand: 24.04.2008
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Aufnahme ca. vier Monate nach Operation eines Kardiakarzinoms wegen Anastomosenstenose des Ösophagus zur Bougierung. Eine Nachbehandlung des Karzinoms war nicht vorgesehen. Ein Rezidiv lag nicht vor (CT, Endosono), es erfolgte lediglich die Bougierung. Was ist Haupt- und Nebendiagnose?

K22.2	*Ösophagusverschluss*
C16.0	*Bösartige Neubildung des Magens*, *Kardia*
Z85.0	*Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane in der Eigenanamnese*

Kodierempfehlung

Hauptdiagnose ist die Ösophagusstenose, die mit K22.2 *Ösophagusverschluss* kodiert wird. Auch wenn die Zeit seit der Operation recht kurz ist, lag kein Rezidiv vor und die Behandlung stellt nicht eine Weiterbehandlung des Malignoms dar, sondern die Behandlung einer Folge des Eingriffs. Der Aufnahmegrund war weder die maligne Erkrankung noch die Chemo-/Strahlentherapie. Da die Behandlung des Malignoms endgültig abgeschlossen ist, aber der Behandlungsaufwand beim aktuellen Aufenthalt erhöht ist (CT, Endosono), wird nach DKR 0209 als Nebendiagnose Z85.0 *Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane in der Eigenanamnese* kodiert.

Kodierempfehlung Nr. 223

Schlagworte: Harnwegsinfekt, Sepsis
Stand: 24.04.2008
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Während eines stationären Aufenthaltes aus anderen Gründen erkrankte der hochbetagte Patient an einem fieberhaften Harnwegsinfekt, aus dem sich trotz antibiotischer Therapie nach zwei Tagen eine Sepsis entwickelte mit Nachweis einer positiven Blutkultur sowie von mehr als zwei SIRS-Kriterien. Kann bei E. coli-Nachweis in der Blutkultur neben A41.51 *Sepsis durch sonstige gramnegative Erreger, Escherichia coli [E.coli]* zusammen mit einem Kode aus R65.-! *Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS]* auch N39.0 *Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet* kodiert werden?

Kodierempfehlung

Neben der Kodierung der Sepsis als Nebendiagnose kann zusätzlich der Harnwegsinfekt verschlüsselt werden, da beide Erkrankungen vorgelegen und das Patientenmanagement beeinflusst haben.

Kodierempfehlung Nr. 225

Schlagworte: Anämie, Hypermenorrhoe, Uterus myomatosus, Symptom
Stand: 17.06.2008
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Eine Patientin wird erneut aufgenommen mit einer akuten Blutungsanämie (Hb 9,5 mg/dl) infolge einer Hypermenorrhoe bei bekanntem Uterus myomatosus mit ausgeprägten intramuralen Leiomyomen. Bei ihr war bereits zwei Wochen zuvor eine Abrasio wegen einer Hypermenorrhoe erfolgt. Beim aktuellen Aufenthalt wurde noch am Aufnahmetag eine Hysterektomie durchgeführt. Was ist als Hauptdiagnose zu kodieren?

Kodierempfehlung

Die Hypermenorrhoe ist in diesem Fall als Symptom des Uterus myomatosus zu werten. Als Hauptdiagnose ist hier D25.1 *Intramurales Leiomyom des Uterus* zu kodieren.

Kodierempfehlung Nr. 228

Schlagworte: Prostatakarzinom, Malignom, Schmerztherapie, Hormontherapie, Hauptdiagnose
Stand: 17.06.2008
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Aufnahme zur Schmerztherapie bei Prostatakarzinom. Was ist Hauptdiagnose, wenn

- eine vorbestehende Hormontherapie während des stationären Aufenthaltes fortgeführt wird?

- eine Hormontherapie während des stationären Aufenthaltes neu eingeleitet wird?

Kodierempfehlung

In beiden Fällen ist das Prostatakarzinom Hauptdiagnose, weil nicht ausschließlich der Schmerz behandelt wird (Fortführung bzw. Einleitung der Hormontherapie), s. DKR 1806.

Kodierempfehlung Nr. 229

Schlagworte: GIST, Stromatumor, gastrointestinal, Magen
Stand: 17.06.2008
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Wie sind gastrointestinale Stromatumore (GIST) des Magens zu kodieren?

Kodierempfehlung

GIST des Magens sind mit einem Kode aus C16.- *Bösartige Neubildung des Magens* zu kodieren.
Primär sind die bösartigen Neubildungen in der ICD nach Organbezug geordnet, der histologische Typ kann sekundär durch die Verschlüsselung des Morphologie-Schlüssels angegeben werden, ohne jedoch für die Gruppierung des Falles relevant zu sein.

Siehe auch Kodierempfehlung 219.

Kodierempfehlung Nr. 230

Schlagworte: Rektumpolyp, Ca in situ, Neoplasie
Stand: 17.06.2008
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Nach Resektion eines Rektumpolypen zeigt sich histologisch eine intraepithelia-le Neoplasie vom „High-Grade“-Typ, noch keine Invasion durch die Muscularis mucosae in die Submucosa. Wie ist zu kodieren?

Kodierempfehlung

Es ist D01.2 *Carcinoma in situ sonstiger und nicht näher bezeichneter Verdauungsorgane*, *Rektum* zu kodieren [siehe Hinweise unter der Gruppenüberschrift *In-situ-Neubildungen* (D00 bis D09) in Kapitel II der ICD].

Kodierempfehlung Nr. 231

Schlagworte: Karzinom, Metastase, Fistelresektion, Hauptdiagnose
Stand: 17.06.2008
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Mit Operation und postoperativer Nachbestrahlung behandeltes Karzinom des Mittelgesichtes; ferner Unterkieferteilresektion bei Knochenmetastase. Anschließend persisitierende intra- und extraorale Fistel. Aktuell: Fistelresektion; unabhängig davon Nachweis erneuter Lymphknotenmetastasen. Was ist die Hauptdiagnose?

Kodierempfehlung

Hauptdiagnose wird T81.8 *Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert* (darunter auch Persistierende postoperative Fistel; ein organspezifischer Kode existiert nicht). Aufnahmegrund war weder die maligne Erkrankung noch eine Chemo-/Strahlentherapie, so dass die Hauptdiagnose gemäß Hauptdiagnosendefinition zu wählen ist.

Kodierempfehlung Nr. 232

Schlagworte: Rektumkarzinom, Lymphknoten, regionale, Nachbarorgane
Stand: 17.06.2008
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Rektumkarzinom, welches offen chirurgisch in Form einer tiefen anterioren Resektion en bloc mit TME (*Total mesorectal Excision*) einschließlich regionaler Lymphknoten operiert wird. Handelt es sich bei den regionalen Lymphknoten um Nachbarorgane? Welcher OPS-Kode ist korrekt?

5-484.61 *Tiefe anteriore Resektion mit peranaler Anastomose, offen chirurgisch mit Anastomose*

oder

5-484.7 *Erweiterte anteriore Resektion mit Entfernung von Nachbarorganen, Hinw.: Die Resektion von Nachbarorganen ist gesondert zu kodieren*

Kodierempfehlung

Das Mesorektum mit regionalen Lymphknoten stellt kein Nachbarorgan dar, so dass der Eingriff mit 5-484.61 *Tiefe anteriore Resektion mit peranaler Anastomose, offen chirurgisch* zu verschlüsseln ist.

Unter dem OPS 5-484.7 *Erweiterte anteriore Resektion mit Entfernung von Nachbarorganen* findet sich ab 2009 ein Hinweis zur Kodierung von Nachbarorganen (siehe dort), demzufolge die Lymphknoten des regionalen Lymphabflussgebietes nicht zu den Nachbarorganen gehören.

Kodierempfehlung Nr. 233

Schlagworte: Aszites, Peritonealkarzinose, Rektumkarzinom, Hauptdiagnose
Stand: 17.06.2008
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Patient wird erneut wegen wiederholt auftretendem progredienten Aszites bei bekannter Peritonealkarzinose stationär aufgenommen. Eine Entlastungspunktion wird durchgeführt. Weitere therapeutische oder diagnostische Maßnahmen erfolgen nicht. Vier Jahre zuvor war eine Rektumresektion wegen eines Karzinoms durchgeführt worden. Was ist die Hauptdiagnose?

Kodierempfehlung

Als Hauptdiagnose ist R18 *Aszites* zu verschlüsseln (DKR 0201).

Bis einschließlich 2006 wurde die gleiche Konstellation mit der Hauptdiagnose *C78.6 Sekundäre bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums* (damals inkl. Aszites durch bösartige Neubildung) kodiert.

Kodierempfehlung Nr. 234

Schlagworte: Ovarialkarzinom, Malignom, Pleuraerguss, maligner, Pleurametastasen
Stand: 17.06.2008
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Notfallmäßige Aufnahme der Patientin wegen eines ausgeprägten malignen Pleuraergusses bei Pleurametastasen eines metastasierenden Ovarialkarzinoms. Am Aufnahmetag erfolgte die Pleurodese und therapeutische Drainage der Pleurahöhle. Bei bekanntem Tumorleiden erfolgte eine Schmerztherapie. Was ist als Hauptdiagnose zuzuweisen?

Kodierempfehlung

Hauptdiagnose:
C78.2† *Sekundäre bösartige Neubildung der Pleura*

Nebendiagnosen:
J91* *Pleuraerguss bei anderenorts klassifizierten Krankheiten*
C56 *Bösartige Neubildung des Ovars*

Aufnahmeveranlassend war der ausgeprägte maligne Pleuraerguss bei Pleurametastasen, weshalb auch am Aufnahmetag in Zielrichtung des Pleuraergusses die Pleurodese und Drainageanlage erfolgte. Die Hauptdiagnose C78.2† *Sekundäre bösartige Neubildung der Pleura* wird über das Kreuz-/Stern-System aufgrund des malignen Pleuraergusses kodiert.

Kodierempfehlung Nr. 235

Schlagworte: Krampfanfall, Hirnmetastase, Symptom
Stand: 19.08.2008
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Die stationäre Aufnahme erfolgt mit Krampfanfall. Die Diagnostik ergibt eine bisher unbekannte Hirnmetastase bei bekanntem kleinzelligen Bronchial-Karzinom. Es erfolgt eine Behandlung mit Dexamethason und eine systemische Chemo-Therapie, ambulant erfolgt Bestrahlung. Was ist als Hauptdiagnose zu kodieren?

Kodierempfehlung

Aufnahmeanlass war das Symptom Krampfanfall. Als zugrunde liegende Erkrankung wird die Hirnmetastase diagnostiziert. Somit ist nach DKR D002 C79.3 *Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute* als Hauptdiagnose zu kodieren. Nebendiagnose ist das Bronchialkarzinom.

Kodierempfehlung Nr. 237

Schlagworte: Port-Katheter, Thrombose, Tumor
Stand: 19.08.2008
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Die stationäre Aufnahme erfolgt zur Korrektur des Port-Katheters bei Thrombose. Bekannt ist ein metastasierendes Rektum-Karzinom. Was ist die Hauptdiagnose? Ist der Tumor als Nebendiagnose zu kodieren?

Kodierempfehlung

Handelt es sich um eine Thrombose des Katheters, ist T82.8 *Sonstige Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen* Hauptdiagnose.

Handelt es sich um eine Thrombose der Vene, ist ein Kode aus I80.- *Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis* oder aus I82.- *Sonstige venöse Embolie und Thrombose* Hauptdiagnose.

Der Tumor kann als Nebendiagnose kodiert werden, wenn die Nebendiagnosendefinition erfüllt ist.

Kodierempfehlung Nr. 238

Schlagworte: Nekrose, Fettgewebe, Operationsgebiet, Mammakarzinom
Stand: 19.08.2008
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Patientin mit Mammakarzinom. Z.n. brusterhaltender Therapie, Chemotherapie und Radiatio. Aktuell stationäre Behandlung und Therapie einer Fettgewebsnekrose im Operationsgebiet. Was ist die Hauptdiagnose?

C50.- *Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]*

oder

N64.1 *Fettgewebsnekrose der Mamma*

Kodierempfehlung

Hauptdiagnose ist N64.1 *Fettgewebsnekrose der Mamma*. Entsprechend DKR 0201 war der Aufnahmegrund weder die maligne Erkrankung noch die Chemo-/Strahlentherapie, so dass die Hauptdiagnose gemäß DKR D002 zu wählen ist.

Kodierempfehlung Nr. 244

Schlagworte: COPD, Insuffizienz, chronisch respiratorische, Hauptdiagnose, Symptom
Stand: 19.08.2008
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Stationäre Aufnahme eines 67-jährigen Patienten zur Kontrolle seiner Heimbeatmung (nicht invasive Beatmung), die wegen schwerer COPD (chronic obstructive pulmonary disease; FEV 35% des Sollwertes) mit chronischer respiratorischer Insuffizienz erforderlich ist. Die Heimbeatmung wird während der zweitägigen stationären Behandlung angepasst und fortgeführt. Zusätzlich wird die medikamentöse Therapie der COPD fortgesetzt. Was ist die Haupt- bzw. Nebendiagnose?

Kodierempfehlung

J96.1 *Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert* ist Symptom der zugrunde liegenden, bekannten Erkrankung J44.81 *Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit*, die während des stationären Aufenthaltes behandelt wird. J44.81 ist deshalb Hauptdiagnose.

J96.1 stellt ein eigenständiges und wichtiges Problem dar und ist als Nebendiagnose zusätzlich anzugeben (DKR D003, Abschnitt Symptom als Nebendiagnose).

Für Fälle ab 2010 sind die Änderungen der DKR D003 zu Symptomen als Nebendiagnosen zu berücksichtigen.

Kodierempfehlung Nr. 245

Schlagworte: Shuntverschluss, Shuntneuanlage, Niereninsuffizienz
Stand: 19.08.2008
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Stationäre Aufnahme eines dialysepflichtigen Patienten mit bekannter terminaler Niereninsuffizienz zur geplanten Shuntneuanlage bei Shuntverschluss. Diagnostik und Indikationsstellung erfolgten ambulant. Was ist die Hauptdiagnose?

T82.5 *Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen*

oder

N18.5 *Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5*

Kodierempfehlung

Ab 2007 ist in der speziellen Kodierrichtlinie 0912 der Passus *Chirurgisch angelegte arterio-venöse Fistel/Shunt* gestrichen worden. Somit ist in o.g. Fall die Hauptdiagnosendefinition nach DKR D002 anzuwenden. Verantwortlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthalts mit Shuntneuanlage ist die dialysepflichtige terminale Niereninsuffizienz. N18.5 ist somit Hauptdiagnose.

Hinweis zur Differenzierung der Kodierempfehlungen 15 und 20:

Die Aufnahme erfolgt nicht zur Durchführung gezielter Maßnahmen am Shunt. Die Ursache des Shuntversagens ist bekannt und eine Revision kommt nicht in Betracht. Es erfolgt die geplante Neuanlage eines Shunts wegen Niereninsuffizienz. Das entspricht somit der Kodierung bei Aufnahme zur Shunt-Erstanlage.

Kodierempfehlung Nr. 246

Schlagworte: Ulcus duodeni, Unterspritzung
Stand: 19.08.2008
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Mit welchem OPS-Kode ist die Unterspritzung eines Ulcus duodeni zu verschlüsseln?

5-449.e3 *Andere Operationen am Magen, Injektion, Endoskopisch*

oder

5-469.e3 *Andere Operationen am Darm, Injektion, Endoskopisch*

Kodierempfehlung

5-469.e3 *Andere Operationen am Darm, Injektion, Endoskopisch* ist zu kodieren.

Mit diesem Kode lässt sich die Injektionstherapie im Sinne der Unterspritzung eines Duodenalulcus spezifisch abbilden. Das Duodenum ist anatomisch dem Dünndarm zuzuordnen.

Kodierempfehlung Nr. 247

Schlagworte: Therapie, intrauterin, Lungenreifung, Prophylaxe
Stand: 19.08.2008
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Für die Prophylaxe des Respiratory Distress-Syndrom (RDS) des Neugeborenen wird der Mutter Betamethason verabreicht. Ist dies mit dem OPS-Kode 5-754.2 *Intrauterine Therapie des Feten, medikamentös* kodierbar?

Kodierempfehlung

Die Gabe von Betamethason zur Lungenreifung begründet nicht die Kodierung des OPS-Kodes 5-754.2 *Intrauterine Therapie des Feten, medikamentös.*
Die Gabe von Medikamenten über die Mutter stellt keine intrauterine Therapie des Feten im Sinne des OPS-Kodes dar.

Kodierempfehlung Nr. 248

Schlagworte: Wundversorgung, Wundausschneidung, Wundverschluss, primär
Stand: 19.08.2008
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Welcher OPS-Kode ist für eine primäre Wundversorgung einer Gelegenheitswunde (z.B. Quetschwunde, Platzwunde) mit Wundausschneidung und primärem Wundverschluss anzugeben?

Kodierempfehlung

Zutreffend ist ein OPS-Kode aus 5-900.0 *Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut, Primärnaht*. Mit diesem ist entsprechend dem Inklusivum zum OPS 5-900 auch die Wundausschneidung (nach Friedrich) zu kodieren.

Kodierempfehlung Nr. 249

Schlagworte: Refluxpyelonephritis, Ureterkatheter
Stand: 19.08.2008
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Aufnahme wegen akuter Refluxpyelonephritis mit Fieber bei liegendem Doppel-J-Ureterkatheter, der im Anschluss an eine drei Wochen zuvor erfolgte uretero-renoskopische Steinentfernung eingelegt worden war. Dieser wird am zweiten Tag des stationären Aufenthaltes gewechselt. Was ist die Hauptdiagnose?

N10 *Akute tubulointerstitielle Nephritis*

oder

T83.5 *Infektion und entzündliche Reaktion durch Prothese, Implantat oder Transplantat im Harntrakt*

Kodierempfehlung

Hauptdiagnose ist N10 *Akute tubulointerstitielle Nephritis* als spezifischerer Kode in Bezug auf die Erkrankung.

Kodierempfehlung Nr. 250

Schlagworte: Sepsis, SIRS
Stand: 19.08.2008
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Darf eine Sepsis ohne einen Kode aus R65.-! *Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS]* verschlüsselt werden, wenn die Kriterien der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) und der Deutschen Sepsis Gesellschaft (DSG) für SIRS ohne Organkomplikation, z.B. bei fehlenden oder negativen Blutkulturen, nicht erfüllt werden?

Kodierempfehlung

Die Kodierung einer Sepsis ist nur mit der zusätzlichen Kodierung eines SIRS infektiöser Genese möglich, z.B. R65.0! *Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese ohne Organkomplikationen*. Wenn die Kriterien eines SIRS infektiöser Genese nicht erfüllt sind, ist auch nicht von einer Sepsis auszugehen (die SIRS-Kriterien sind nur bei Patienten ab dem vollendeten 16. Lebensjahr anwendbar). Gemäß DKR D012 gehört R65.-! zu den obligat anzugebenden Kodes.

Kodierempfehlung Nr. 251

Schlagworte: Plazenta, Geburt
Stand: 19.08.2008
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Eine Schwangere am Termin wird im Notarztwagen auf der Fahrt in das Krankenhaus entbunden. Die Plazenta folgt spontan und vollständig nach Aufnahme im Krankenhaus. Mutter und Neugeborenes werden für drei Tage stationär betreut. Was ist die Hauptdiagnose?

Kodierempfehlung

Bei Geburt eines Kindes außerhalb des Krankenhauses (DKR 1518) und Geburt der Plazenta im Krankenhaus ohne Komplikationen und/oder operative Prozeduren ist ein Kode aus Z39.- *Postpartale Betreuung und Untersuchung der Mutter* die korrekte Hauptdiagnose.

Bei Geburt eines Kindes außerhalb des Krankenhauses und Geburt der Plazenta im Krankenhaus mit Komplikationen und/oder operativen Prozeduren wird die entsprechende Komplikation als Hauptdiagnose kodiert.

Für das Neugeborene wird ein eigener Fall mit der Hauptdiagnose z.B. Z38.1 *Einling, Geburt außerhalb des Krankenhauses* gebildet.

Kodierempfehlung Nr. 252

Schlagworte: Photopherese
Stand: 23.10.2008
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Bei einem stationären Aufenthalt werden zwei Photopherese-Behandlungen an zwei aufeinander folgenden Tagen im Rahmen eines Photopherese-Zyklus durchgeführt. Ist der OPS 8-824 *Photopherese* einmal während des stationären Aufenthalts oder für jede einzelne Photopherese-Behandlung zu kodieren?

Kodierempfehlung

Bei einer Photopherese-*Behandlung* wird nach Punktion einer Vene Blut über ein Pumpensystem gefördert und in einem extrakorporalen Kreislauf separiert. Plasma und Erythrozyten werden unmittelbar wieder reinfundiert. Die Leukozytenfraktion wird mit einem Photosensibilisator versetzt, im extrakorporalen Kreislauf mit UV-Licht bestrahlt und anschließend reinfundiert. Eine Photopherese-Behandlung dauert etwa 2,5 bis 3 Stunden. Ein Photopherese-*Zyklus* besteht in der Regel aus zwei Photopherese-Behandlungen an aufeinander folgenden Tagen. Da das Blut über ein Pumpensystem gefördert wird, kann keine Venenverweilkanüle verwandt werden, so dass an jedem Tag erneut eine Venenpunktion mit einer Dialysekanüle erforderlich ist.

Jede Photophereseleistung wird mit dem OPS-Kode 8-824 *Photopherese* gesondert verschlüsselt. Der OPS-Kode bezieht sich nicht auf einen Behandlungszyklus, sondern auf die Einzelleistung der Photopherese. Laut DKR P005 soll die Prozedurenkodierung den Aufwand widerspiegeln, deshalb sind multiple Prozeduren so oft zu kodieren, wie sie während der Behandlungsphase durchgeführt wurden. Die Ausnahmeregelungen der DKR P005 treffen für den dargestellten Fall nicht zu.

Ab 2009 wird der Sachverhalt durch einen Hinweis zum OPS-Kode 8-824 klargestellt.

Kodierempfehlung Nr. 254

Schlagworte: Femurfraktur, intraoperativ
Stand: 23.10.2008
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Wie ist eine intraoperative Femurschaftfraktur (z.B. beim Einschlagen der Prothese) als Nebendiagnose zu kodieren?

S72.3 *Fraktur des Femurschaftes*

oder

M96.6 *Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte*

Kodierempfehlung

Unter Berücksichtigung der DKR D002, dort unter "Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Maßnahmen", ist abzuleiten, dass für diesen Fall S72.3 zutrifft (betroffenes Organ und Art der Erkrankung spezifisch beschrieben). M96.6 beschreibt zwar den Zusammenhang mit der medizinischen Maßnahme, aber ohne Organbezug. Um den Zusammenhang mit einer medizinischen Maßnahme zu beschreiben, kann der Kode Y69! *Zwischenfälle bei chirurgischem Eingriff und medizinischer Behandlung* als Nebendiagnose zusätzlich angegeben werden.

Siehe auch Kodierempfehlung 78.

Kodierempfehlung Nr. 257

Schlagworte: Harnstauungsnieren, Verlegung, Hauptdiagnose
Stand: 23.10.2008
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Operation eines Retroperitonealabszesses unbekannter Ursache im erstbehandelnden Krankenhaus. Verlegung wegen Harnstauungsnieren beidseits in urologische Klinik. Im aufnehmenden Krankenhaus erfolgt zunächst Nierenfistelanlage beidseits. Eine Woche später Operation wegen bekannnter Sigma-Blasenfistel (nach laparoskopischer Sigmaresektion). Dabei finden sich Pelveoperitonitis/Douglasabszess. Es erfolgen Fistelverschluss, DJ-Katheter beidseits. (Ureteren durch chronische Peritonitis eingeengt). Was ist die Hauptdiagnose für die Behandlung im zweiten Krankenhaus?

Kodierempfehlung

Anlass für die Aufnahme in der urologischen Klinik waren Harnstauungsnieren beidseits. Hauptdiagnose ist ein Kode aus N13.- *Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie.*

Kodierempfehlung Nr. 259

Schlagworte: Fußsyndrom, diabetisches, Amputationsstumpf, Infekt
Stand: 23.10.2008
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Ein Patient mit diabetischem Fußsyndrom und Z.n. Unterschenkelamputation kommt erneut in die Klinik wegen eines Infektes des Amputationsstumpfes. Eine Fallzusammenführung ist nicht möglich, weil Wiederaufnahme oberhalb der OGVD. Was ist die Hauptdiagnose?

T87.4 *Infektion des Amputationsstumpfes*

oder

E11.74 *Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes], mit multiplen Komplikationen, mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet*

Kodierempfehlung

Aufnahmegrund ist im vorliegenden Fall nicht der Diabetes mellitus oder das Diabetische Fußsyndrom, sondern die Infektion im Bereich des Amputationsstumpfes. Die spezifischere Diagnose ist T87.4 *Infektion des Amputationsstumpfes* und damit Hauptdiagnose.

Kodierempfehlung Nr. 260

Schlagworte: Materialkombination, Frakturen, Osteosynthese
Stand: 22.10.2009
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

1. Welche Voraussetzungen müssen zur Kodierung einer Osteosynthese durch „Materialkombination“ bei der Versorgung von Frakturen (5-790 ff) vorliegen?

2. Wann sind verschiedene Osteosyntheseverfahren einzeln zu kodieren?

Kodierempfehlung

Ad 1.:
Dieselbe Lokalisation und derselbe Zugang mit mindestens zwei verschiedenen Verfahren (z.B. Platte und Zuggurtung) oder unterschiedlichen Werkstoffen (z.B. Zement und Metall)

- Kodierung mit einem Kode für Materialkombination.

Ad 2.:
Mehrere Lokalisationen oder dieselbe Lokalisation mit mehreren offen-chirurgischen Zugängen und/oder minimal-invasiven Zugängen zum Einbringen des Osteosynthesematerials:

- Kodierung der einzelnen Osteosyntheseverfahren.

Zweizeitiges Vorgehen:

- Kodierung der einzelnen Osteosyntheseverfahren.

Hinweis:
Wird eines der aufgeführten Verfahren arthroskopisch assistiert durchgeführt, ist zusätzlich der Kode 5-810.6 *Arthroskopische Gelenkrevision, Arthroskopisch assistierte Versorgung einer Fraktur* anzugeben.

In der OPS-Version 2010 sind die Kodes für Materialkombination bzw. Material-kombinationen im Geltungsbereich des G-DRG-Systems (§ 17b KHG) nicht zu verwenden. Stattdessen sind bei Kombinationen von Osteosynthesematerialien während eines Eingriffs alle Komponenten einzeln zu kodieren

Kodierempfehlung Nr. 261

Schlagworte: Fußsyndrom, diabetisches, Osteomyelitis
Stand: 23.10.2008
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Stationäre Aufnahme eines 68-jährigen Patienten mit diabetischem Fußsyndrom (u.a. Ulzerationen Wagner Stadium 3, Weichteilschwellung, Rötung). Zunächst konservative Therapie, u.a. Antibiose. Der Lokalbefund erfordert im Verlauf die operative Sanierung (Minor-Amputation). Präoperativ zeigt das Röntgenbild des Fußes mehrere Osteolysen im Vorfußbereich. Eine weiterführende Diagnostik prä- und postoperativ bezüglich einer Osteomyelitis im Vorfußbereich (z. B. Knochenszintigramm, MRT, histologische Knochenanalyse) findet nicht statt. Was ist die Hauptdiagnose?

E11.74 *Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes], mit multiplen Komplikationen, mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet*

oder

M86.97 *Osteomyelitis, nicht näher bezeichnet, Knöchel und Fuß*

Kodierempfehlung

Verantwortlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthalts ist das diabetische Fußsyndrom (E11.74) und damit Hauptdiagnose. Nach DKR 0401 werden zusätzlich vorhandene Manifestationen/Komplikationen (z.B. Osteomyelitis) nach dem Kode für das diabetische Fußsyndrom angegeben, wenn sie der Definition einer Nebendiagnose entsprechen.

Kodierempfehlung Nr. 262

Schlagworte: Frühgeborenes, Neugeboreneninfektion, Behandlung, prophylaktische
Stand: 23.10.2008
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Einem Frühgeborenen wird wegen stöhnender Atmung und Tachypnoe bei Zustand nach vorzeitigem Blasensprung ein Antibiotikum (Mezlocillin) verabreicht. Beendigung der Gabe nach fünf Tagen bei fehlenden Entzündungsparametern, da sich kein Hinweis auf eine Neugeboreneninfektion ergab. Kann Z29.2 *Sonstige prophylaktische Chemotherapie* zusätzlich zu P22.1 *Transitorische Tachypnoe beim Neugeborenen* kodiert werden?

Kodierempfehlung

Nur P22.1 *Transitorische Tachypnoe beim Neugeborenen* wird als Nebendiagnose kodiert. Die entsprechende Beeinflussung des Patientenmanagements (Antibiotikagabe) ist durch diese Nebendiagnose veranlasst worden. In der Nebendiagnosendefinition wird nicht gefordert, dass eine als Nebendiagnose zu kodierende Krankheit/Beschwerde auch ursächlich oder spezifisch behandelt werden muss.

Z29.2 *Sonstige prophylaktische Chemotherapie* kann nicht zusätzlich kodiert werden. Ein Z-Kode kann nur verwendet werden, wenn Diagnosen/Symptome bestehen, die nicht als Krankheit, Verletzung oder äußere Ursache unter den Kategorien A00-Y89 klassifizierbar sind.
Bezüglich der Verwendung von Z-Kodes sind die Hinweise am Anfang von Kapitel XXI der ICD-10-GM zu beachten.

Kodierempfehlung Nr. 264

Schlagworte: Exzision, radikale
Stand: 18.12.2008
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Im OPS 5-894 *Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut* ist definiert, dass eine lokale Exzision einer Fläche von bis zu 4 cm² oder einem Raum bis zu 1 cm³ entspricht.

Beim Kode 5-895 *Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut* fehlt eine solche Definition.

Wie ist nun eine Exzision einer Fläche von >4 cm² oder eines Raumes von >1 cm³ in den Fällen zu kodieren, in denen dies klinisch keiner radikalen oder ausgedehnten Exzision entspricht (ohne Sicherheitsabstand z.B. an Brustwand, Rücken, Bauch, Gesäß usw.)? Ist hier ein Kode aus 5-894 *Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut* zu verwenden?

Kodierempfehlung

Ein Kode aus 5-895 *Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut* ist zu kodieren. Aufgrund des Hinweises zum OPS-Kode 5-894 *Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut* ist eine klare Definition bezüglich der Fläche und des Raumes vorgegeben. Somit sind alle größeren Exzisionen als ausgedehnt und/oder radikal zu kodieren, da keine andere Kodiermöglichkeit zur Verfügung steht.

Siehe auch Kodierempfehlung 206

Kodierempfehlung Nr. 266

Schlagworte: Rethorakotomie, Reoperation
Stand: 18.12.2008
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Stationäre Aufnahme wegen parapneumonischem Thoraxempyem. Es werden eine Thoraxdrainage und Thorakoskopie mit Empyemausräumung und Dekortikation durchgeführt. Postoperativ Lungenembolie mit intensivmedizinischer Behandlung. Im weiteren Verlauf Thorakotomie mit offen chirurgischer Dekortikation. Darf 5-340.3 *Rethorakotomie* verschlüsselt werden?

Kodierempfehlung

Im vorliegenden Fall handelt es sich zwar um eine Wiedereröffnung eines Operationsgebietes zur Durchführung einer anderen Operation in diesem Operationsgebiet, eine Rethorakotomie wurde jedoch nicht durchgeführt. Die Wiedereröffnung des Operationsgebietes kann daher nur mit dem OPS-Kode 5-983 *Reoperation* verschlüsselt werden.

Kodierempfehlung Nr. 268

Schlagworte: Nierenversagen, akut, prärenal, Niereninsuffizienz, Nierenkrankheit, chronisch
Stand: 04.06.2009
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

1. Nach welchen Kriterien wird ein akutes Nierenversagen (ohne Histologiebefund) verschlüsselt?

2. Wie wird ein prärenales Nierenversagen z.B. bei Exsikkose kodiert?

3. Wann wird von einer chronischen Niereninsuffizienz / Nierenkrankheit gesprochen?

4. Kann eine chronische Niereninsuffizienz / Nierenkrankheit als Nebendiagnose kodiert werden, wenn die glomeruläre Filtrationsrate (GFR) nur unter Verwendung der MDRD (Modification of Diet in Renal Disease)- oder Cockroft-Gault-Formel bestimmt wird ohne sonstige Maßnahmen?

Kodierempfehlung

1. Das Akute Nierenversagen (ANV) ist eine schnell eintretende, prinzipiell reversible Verschlechterung der exkretorischen Nierenfunktion.
   Die Diagnose orientiert sich an den Rifle-Kriterien (*Risk-Injury-Failure-Loss-ESRD*; internationale Konsensuskonferenz 2004) - Definition ANV (RIFLE-Stadium Failure):

   - Anstieg des Serumkreatinins um das 3-fache des Ausgangswertes oder
   - Serum-Kreatinin $\geq$ 4 mg/dl mit einem akuten Anstieg von mindestens 0,5 mg/dl oder
   - Abfall der GFR > 75% oder
   - Rückgang der Urin-Ausscheidung auf < 0,3ml/kg/h für 24 h oder
   - Anurie für mindestens 12 Stunden.

   2007 wurde auf einer internationalen Konsensuskonferenz des Acute Kidney Injury Network (AKIN) der Begriff acute kidney injury geprägt. Dabei entsprechen die AKIN-Stadien 1 und 2 einem drohenden akuten Nierenversagen. Erst Stadium 3 beschreibt das Krankheitsbild des akuten Nierenversagens und entspricht dem Stadium Failure nach RIFLE.

   Ein Patient kann ein akutes Nierenversagen und eine chronische Niereninsuffizienz / Nierenkrankheit zugleich aufweisen. Sofern weder eindeutig ein akutes noch ein chronisches Nierenversagen vorliegt, ist die Niereninsuffi-

zienz mit N19 *Nicht näher bezeichnete Niereninsuffizienz* zu verschlüsseln, wenn eine Beeinflussung des Patientenmanagements vorgelegen hat.

2. Liegt nach den unter Punkt 1 genannten Kriterien ein prärenales akutes Nierenversagen vor (Stadium Failure nach RIFLE bzw. Stadium 3 nach AKIN), ist dies mit N17.9 *Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet* zu verschlüsseln.

3. Die Definition der chronischen Niereninsuffizienz / Nierenkrankheit nach den KDOQI Guidelines 2002 (Kidney Disease Outcomes Quality Initiative) lautet wie folgt:

   1. Nachgewiesene Nierenschädigung von mindestens 3 Monaten Dauer (struktureller Nierenschaden oder laborchemische Zeichen eines Nierenschadens, z.B. Mikroalbuminurie, Proteinurie, oder Zeichen eines Nierenschadens in der bildgebenden Diagnostik) mit oder ohne erniedrigter GFR

   oder

   2. GFR < 60ml/min/1,73 m² über mindestens 3 Monate, mit oder ohne nachgewiesene Nierenschädigung

4. Die chronische Niereninsuffizienz / Nierenkrankheit hat bei der in Frage 4 genannten Konstellation das Patientenmanagement nicht beeinflusst. Der abnorme Befund hat keine klinische Bedeutung im Sinne einer therapeutischen Konsequenz oder einer weiterführenden Diagnostik gehabt. In diesem Fall ist die chronische Niereninsuffizienz/-krankheit nicht als Nebendiagnose anzugeben.

Grundsätzlich gilt auch für diese Kodierempfehlung, dass bei der Kodierung als Nebendiagnose das Patientenmanagement beeinflusst sein muss.

Kodierempfehlung Nr. 269

Schlagworte: Gonarthrose, Synovitis, Synoviorthese
Stand: 18.12.2008
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Ein Patient kommt zur chemischen Synoviorthese bei aktivierter primärer Gonarthrose mit ausgeprägter Synovitis. Was ist die Hauptdiagnose?

M17.1 *Sonstige primäre Gonarthrose*

oder

M65.86 *Sonstige Synovitis und Tenosynovitis, Unterschenkel*

Kodierempfehlung

Aufnahmegrund ist die Synovitis bei aktivierter Gonarthrose, damit ist als Hauptdiagnose *M65.86 Sonstige Synovitis und Tenosynovitis, Unterschenkel* zu verschlüsseln.

Kodierempfehlung Nr. 270

Schlagworte: Schwangerschaft, Beendigung, vorzeitige, Zervixkarzinom, Kaiserschnitt, Sectio, Uterusexstirpation
Stand: 18.12.2008
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Bei histologisch gesichertem und bereits fortgeschrittenem Zervixkarzinom wird in der 33. SSW die Entbindung durch primäre Sectio vor Wehenbeginn durchgeführt. Es wird ein gesundes Frühgeborenes entwickelt. Im gleichen Eingriff erfolgt die radikale Uterusexstirpation mit pelviner und paraaortaler Lymphadenektomie sowie Adnexektomie rechts. Was ist die Hauptdiagnose?

C53.8 *Bösartige Neubildung Cervix uteri, mehrere Teilbereiche überlappend*

oder

O34.4 *Betreuung der Mutter bei sonstigen Anomalien der Cervix uteri, Tumor der Cervix uteri*

Kodierempfehlung

Nach DKR 1505 „Vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft“ (Punkt 3 / Lebendgeburt) ist als Hauptdiagnose O34.4 *Betreuung der Mutter bei sonstigen Anomalien der Cervix uteri, Tumor der Cervix uteri* zu wählen. Der Kode C53.8 *Bösartige Neubildung Cervix uteri, mehrere Teilbereiche überlappend* wird als Nebendiagnose angegeben.

Kodierempfehlung Nr. 271

Schlagworte: Arthrodese, Lapidus, Hallux valgus, Osteotomie
Stand: 18.12.2008
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Wie ist eine modifizierte Lapidus-Arthrodese bei Hallux valgus-Deformität zu kodieren?

5-808.a0 *Arthrodese, Fußwurzel und Mittelfuß, ein oder zwei Gelenkfächer*

und/oder

5-781.9u *Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie mit Achsenkorrektur, Tarsale*

Kodierempfehlung

Korrekt ist die Kodierung nur mit 5-808.a0 *Arthrodese, Fußwurzel und Mittelfuß, ein oder zwei Gelenkfächer.*

Hier erfolgt keine Korrekturosteotomie im Fußwurzelbereich, sondern eine Winkelkorrektur durch Resektion am Os cuneiforme und am Metatarsale I, die durch Arthrodese und nicht durch Korrekturosteotomie fixiert wird.

Eine komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie mit Achsenkorrektur stellt eine Kontinuitätsdurchtrennung eines Knochens dar, der unter Berücksichtigung von Korrekturwinkeln, auch dreidimensional, wieder osteosynthetisch aneinandergefügt wird. Das Abtrennen eines Knochenstückes, auch einer Gelenkfläche, ist eine partielle Knochenresektion.

Somit ist im Sinne der monokausalen Kodierung die Arthrodese zu kodieren, die grundsätzlich eine partielle (auch Achsen korrigierende) Knochenresektion umfasst.

Kodierempfehlung Nr. 272

Schlagworte: WPW-Syndrom, Herz, Untersuchung, elektrophysiologische, EPU
Stand: 18.12.2008
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Kann bei Durchführung einer kathetergestützten elektrophysiologischen Untersuchung (EPU) des Herzens bei WPW-Syndrom neben dem OPS-Kode 1-265.5 zusätzlich der Kode 1-265.2 angegeben werden?

1-265.5 *Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt: Bei WPW-Syndrom*

1-265.2 *Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt: Bei inter- und intraatrialen Leitungsstörungen*

Kodierempfehlung

Der OPS-Kode 1-265.5 *Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt: Bei WPW-Syndrom* ist spezifisch auf die Untersuchung eines WPW-Syndroms ausgerichtet und enthält alle für diese Maßnahme erforderlichen Informationen, auch die Überprüfung der inter- und intraatrialen Leitungsstörungen. Alle Prozedurenkomponenten, die im Rahmen der Prozedur anfallen, sind im Kode enthalten.

Kodierempfehlung Nr. 273

Schlagworte: Harnstauung, Infekt, Ureterstent, Pyonephrose
Stand: 18.12.2008
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Aufnahme wegen Harnstauungsniere mit Infektion bei verstopftem Ureterstent, der wegen einer Ureterstriktur infolge einer Strahlentherapie nach Operation eines Ovarialkarzinoms eingelegt wurde. Dieser wurde während des stationären Aufenthaltes gewechselt. Was ist die Hauptdiagnose?

N13.6 *Pyonephrose*

oder

T83.1 *Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Urogenitaltrakt: Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte oder Implantate im Harntrakt*

Kodierempfehlung

Hauptdiagnose ist N13.6 *Pyonephrose.* Diese bezeichnet den Anlass der Aufnahme ins Krankenhaus und ist der spezifischste Kode in Bezug auf die Erkrankung (DKR D002, Abschnitt Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Maßnahmen).
Als Nebendiagnose kann in diesem Fall T83.1 *Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte oder Implantate im Harntrakt* verschlüsselt werden, da durch den Stentwechsel die Nebendiagnosendefinition erfüllt ist.

Kodierempfehlung Nr. 274

Schlagworte: Hämaturie, Marcumar®
Stand: 18.12.2008
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Die Patientin wird aufgenommen wegen einer Makrohämaturie. Aus der Anamnese ist eine Therapie mit Marcumar® bekannt. Die Einnahme erfolgt aufgrund einer früheren Herzoperation. Im Rahmen des stationären Aufenthaltes wird ein Harnwegsinfekt diagnostiziert, der antibiotisch behandelt wird. Aufgrund der Hämaturie wird Marcumar abgesetzt, worauf die Blutung sistiert. Zum Zeitpunkt der Entlassung kein Hinweis mehr auf Makrohämaturie. Was ist als Hauptdiagnose zu kodieren?

Kodierempfehlung

Als Hauptdiagnose ist R31 *Nicht näher bezeichnete Hämaturie* anzugeben. Nach DKR 1917 *Unerwünschte Nebenwirkungen von Arzneimitteln (bei Einnahme gemäß Verordnung)* ist ein oder mehrere Kodes für den krankhaften Zustand (hier: Hämaturie), in dem sich die Nebenwirkungen manifestieren, optional ergänzt durch Y57.9! *Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen* zu kodieren.

Weder N39.0 *Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet* noch D68.30 *Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzien und Antikörper, Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzien* können aufgrund der Vorgaben der Speziellen Kodierrichtlinie als Hauptdiagnose zugewiesen werden.
Diese sind als Nebendiagnosen zu kodieren, sofern die Nebendiagnosendefinition erfüllt ist.

(Siehe auch Anmerkung unter Beispiel 4 im Abschnitt Zuweisung eines Symptoms als Hauptdiagnose in DKR D002, die in besonderen Fällen die Benutzung der Regeln der spezifischen Kapitel fordert.)

Siehe auch Kodierempfehlungen 23 und 114.

Kodierempfehlung Nr. 275

Schlagworte: Rechtsherzkatheter, Monitoring, Pulmonaliskatheter
Stand: 02.02.2009
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Bei einem Patienten wird im Rahmen einer Herzoperation ein Pulmonaliseinschwemmkatheter gelegt. Präoperativ wie auch postoperativ werden hierüber zur besseren Steuerung der Katecholamintherapie verschiedene hämodynamische Parameter gemessen. Ein Parameter ist hierbei das Herzzeitvolumen, das mindestens 3 mal täglich gemessen wird.
Ist für die Messung des Herzzeitvolumens einmalig der OPS-Kode 8-932 *Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Pulmonalarteriendruckes* zu verwenden oder ist jeweils ein Kode aus 1-273 *Rechtsherz-Katheteruntersuchung* zu verwenden?

Kodierempfehlung

8-932 *Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Pulmonalarteriendruckes* ist zu kodieren.
Die über den Pulmonaliskatheter erfolgten Messungen sind als Patientenmonitoring zu werten.
Dieser Kode ist nur anzugeben, wenn es sich um einen intensivmedizinisch versorgten Patienten handelt und kann nur einmal pro stationären Aufenthalt angegeben werden (siehe Hinweis zum Kode 8-93 und DKR P005, Tabelle 1).

Kodierempfehlung Nr. 276

Schlagworte: Zystitis, akute, N30.0
Stand: 02.02.2009
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Wann kann N30.0 *Akute Zystitis* in Abgrenzung zu N39.0 *Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet* kodiert werden?

Kodierempfehlung

Bei der akuten Zystitis N30.0 handelt es sich um eine infektiöse Entzündung der Blasenschleimhaut. Neben den erfüllten Kriterien zu N39.0 *Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet* (siehe SEG 4 - Kodierempfehlung Nr. 8 Harnwegsinfekt) muss die Harnwegsinfektion klinisch (z.B. Schmerzsymptomatik) oder apparativ (z.B. Zystoskopie) auf die Blase lokalisierbar sein.

Kodierempfehlung Nr. 278

Schlagworte: Fraktur, Frühkomplikation
Stand: 02.02.2009
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Eine distale Radiusfraktur wurde primär mit dorsaler Platte versorgt, Wiederaufnahme mit Frakturdislokation, jetzt Anlage einer volaren Platte. Welche Hauptdiagnose ist korrekt?

S52.5- *Distale Fraktur des Radius*

oder

T79.8 *Sonstige Frühkomplikation eines Traumas*

Kodierempfehlung

Hauptdiagnose bleibt die Fraktur. Gemäß DKR D005 handelt es sich um die nachfolgende Behandlung einer aktuellen Verletzung.

Kodierempfehlung Nr. 287

Schlagworte: Lymphfistel, postoperativ
Stand: 04.06.2009
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Bei einem Patienten mit einem metastasierenden Melanom wird eine Lymphknotenexstirpation in der Leiste durchgeführt. Histologisch zeigt sich eine Lymphadenopathie. Postoperativ bildet sich nach der Entlassung eine Lymphfistel aus. Stationäre Aufnahme zur Revision der Leistenregion. Wie lautet die Hauptdiagnose des zweiten stationären Aufenthaltes?

I89.8 *Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten*

oder

T81.8 *Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert*

Kodierempfehlung

I89.8 *Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten* ist der spezifischere Kode in Bezug auf die Erkrankung.

Kodierempfehlung Nr. 288

Schlagworte: Mangelernährung, Eiweiß-, Energie-
Stand: 11.08.2009
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Welche Kriterien/Angaben sind für die Diagnosestellung einer Krankheit aus E43 *Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweißmangelernährung* bzw. E44.- *Energie- und Eiweißmangelernährung mäßigen und leichten Grades* erforderlich?

Kodierempfehlung

Energie- und Eiweißmangelernährung, auch Protein-Energie-Malnutrition (PEM) genannt, beschreibt eine bestimmte Form der Unterernährung, bei der das Defizit an Energie („Kalorien“) und Proteinen (Eiweiß) im Vordergrund steht.

Die in den Definitionen zu den ICD-Kodes E43 und E44.- aufgeführten Kriterien müssen nachgewiesen und dokumentiert sein.

Darüber hinaus sind durch eine qualitative/quantitative Ernährungsanamnese /Ernährungsprotokoll und/oder durch gängige Screeningverfahren/Scores die Mangelernährung zu erfassen und der Proteinmangel laborchemisch nachzuweisen (z.B. Serumalbumin).

Kodierempfehlung Nr. 289

Schlagworte: Herz-Lungen-Maschine, HLM, Hämofiltration
Stand: 04.06.2009
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Ein Patient mit höhergradiger Aortenklappenstenose und akuter kardialer Dekompensation wird in ein Herzzentrum verlegt. Keine Angabe einer Niereninsuffizienz. Nach zweitägiger Vorbereitung Notfall-Aortenklappenersatz, intraoperativ IABP (intraaortale Ballonpumpe), intraoperativer Flüssigkeitsentzug über die HLM (Herz-Lungen-Maschine), ansonsten im gesamten Verlauf keine Dialyse.

Ist die Kodierung des OPS 8-853.3 *Hämofiltration, intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation* einschließlich der Abrechnung des ZE 62 *Hämofiltration, intermittierend* korrekt?

Kodierempfehlung

Im o.g. Behandlungsfall ist während der Herzoperation ein Flüssigkeitsentzug unter Einsatz der HLM vorgenommen worden. Eine Hämofiltration als gesondertes/eigenständiges Verfahren im Sinne des OPS 8-853.3 ist nicht zusätzlich vorgenommen worden.

Kodierempfehlung Nr. 291

Schlagworte: Angiomyolipom, Niere
Stand: 04.06.2009
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Was ist der spezifische ICD-Kode bei Operation eines Angiomyolipoms der Niere?

D17.7 *Gutartige Neubildung des Fettgewebes an sonstigen Lokalisationen*

oder

D30.0 *Gutartige Neubildung der Harnorgane, Niere*

Kodierempfehlung

Die zutreffende Hauptdiagnose ist D30.0 *Gutartige Neubildung der Harnorgane, Niere*. Primär sind die Neubildungen in der ICD nach Organbezug geordnet, der histologische Typ kann sekundär durch die Verschlüsselung des Morphologie-Schlüssels angegeben werden, ohne jedoch für die Gruppierung des Falles relevant zu sein.

Siehe auch Kodierempfehlungen 219 und 229.

Kodierempfehlung Nr. 294

Schlagworte: Thrombose, Plasmozytom
Stand: 04.06.2009
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Ein Patient wurde wegen einer ambulant bereits diagnostizierten Becken- Beinvenenthrombose ins Krankenhaus aufgenommen und heparinisiert. Die weitere Diagnostik ergab u.a. eine Paraproteinämie, aus der das Vorliegen eines Plasmozytoms abgeleitet wurde. Es erfolgte daraufhin eine Chemotherapie. Was ist als Hauptdiagnose, was als Nebendiagnose anzugeben?

Kodierempfehlung

Die Aufnahme wurde durch die tiefe Beinvenenthrombose hauptsächlich veranlasst, die somit Hauptdiagnose ist. Selbst wenn möglicherweise ein Zusammenhang zwischen Thrombose und Plasmozytom – im Sinne eines paraneoplastischen Geschehens - herzustellen ist, stellt die Thrombose eine eigenständige Krankheit dar, kein Symptom. Die Reihenfolge für die Ätiologie-/ Manifestationsverschlüsselung gilt nur für das Kreuz-Stern-System. Die Hauptdiagnosen-Regelung der DKR D002 erfährt somit außerhalb der Kreuz-Stern-Systematik in Beug auf die Reihenfolge von Ätiologie-/ Manifestationskodes keine Einschränkung.
Der Verdacht auf das Vorliegen eines Plasmozytoms ergab sich erst im Verlauf der stationär durchgeführten Diagnostik und nach Aufnahme des Patienten und veranlasste die Aufnahme ins Krankenhaus nicht. Das Plasmozytom ist als Nebendiagnose zu kodieren.

Siehe auch Kodierempfehlungen 027 und 082.

Kodierempfehlung Nr. 296

Schlagworte: Nierenversagen, akut, Morbus Wegener
Stand: 04.06.2009
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Aufnahme bei akuter Verschlechterung der Nierenfunktion. Aufgrund eines akuten Nierenversagen (Nierenbiopsie RPGN – rapide progressive Glomerulonephritis) Durchführung von Hämodialysen. Als Grunderkrankung wird ein M. Wegener diagnostiziert (Erstdiagnose), eine Plasmapherese und Endoxan®-Stoß-Therapie erfolgen. Die Patientin bleibt dialysepflichtig. Was ist die Hauptdiagnose?

Kodierempfehlung

N17.8 *Sonstiges akutes Nierenversagen* ist als Hauptdiagnose zuzuweisen, da es den stationären Aufenthalt hauptsächlich veranlasst hat. Der Morbus Wegener war bisher nicht bekannt. Auch wenn im Rahmen des Aufenthaltes die Erstdiagnose gestellt wurde, so er hat dennoch den stationären Aufenthalt nicht hauptsächlich veranlasst. Die Glomerulonephritis ist - zusammen mit dem Befall des oberen und unteren Respirationstraktes - eine Manifestation der granulomatösen Vaskulitis bei Wegener'scher Granulomatose. Die Nierenbeteiligung des M. Wegener (M31.3) ist im Kreuz-Stern-System durch die spezifische Schlüsselnummer N08.5* *Glomeruläre Krankheiten bei Systemerkrankungen des Bindegewebes* zu kodieren. Der glomeruläre Befall bei Wegener-Granulomatose ist nicht gleichzusetzen mit einem akuten Nierenversagen. Das akute Nierenversagen stellt medizinisch und nach der Systematik der ICD-10-GM eine eigenständige Diagnose dar, auch wenn ein ursächlicher Zusammenhang mit der Grunderkrankung besteht.
Das beschriebene akute Nierenversagen ist über die Schlüsselnummer N17.8 *Sonstiges akutes Nierenversagen* spezifisch zu kodieren, da ein histologischer Befund vorliegt.

Siehe auch Kodierempfehlung 268.

Kodierempfehlung Nr. 298

Schlagworte: Thrombophlebitis, Varicosis
Stand: 04.06.2009
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Stationäre Aufnahme bei Thrombophlebitis im Bereich der Vena saphena magna mit Stamm- und Seitenastvaricosis. Es erfolgt eine antibiotische Therapie und Stripping der Vena saphena magna sowie von Seitenästen. Was ist die Haupt- und Nebendiagnose?

Kodierempfehlung

Nach DKR D010 *Kombinations-Schlüsselnummern* ist I83.1 *Varizen der unteren Extremitäten mit Entzündung* zu verschlüsseln, da dieser Kode die diagnostische Information vollständig wiedergibt. Nach dieser DKR ist somit der Kode I80.0 *Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis oberflächlicher Gefäße der unteren Extremitäten* nicht zusätzlich zu kodieren.

Kodierempfehlung Nr. 300

Schlagworte: Blasenoperation, Nachblutung, Spülkatheter
Stand: 11.02.2010

Problem/Erläuterung

Bei einem Patienten wird eine transurethrale Resektion (TUR) eines Blasenkarzinoms durchgeführt. Der intraoperative Verlauf ist komplikationslos. Am 1. postoperativen Tag kommt es zu einer Nachblutung ohne Blasentamponade, es erfolgt eine Spülbehandlung. Als Hauptdiagnose wird der Kode C67.8 *Bösartige Neubildung der Harnblase, Harnblase, mehrere Teilbereiche überlappend* verschlüsselt. Wie wird die postoperative Blutung als Komplikation im Zusammenhang mit dem operativen Eingriff kodiert?

Kodierempfehlung

Patienten haben nach einer TUR der Blase üblicherweise einen Spülkatheter für 1-2 Tage. Sind in diesem Zeitraum bei liegendem Spül-Dauerkatheter "Nachblutungen" (blutige Spülflüssigkeit) dokumentiert und ist eine Änderung des Patientenmanagements nicht erkennbar, so ist die Kodierung über T81.0 *Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert, Blutung und Hämatom als Folge eines Eingriffs, anderenorts nicht klassifiziert* nicht begründet.

Wird der Spül-Dauerkatheter nach 1-2 Tagen entfernt und kommt es zu Nachblutungen, die es erforderlich machen, wieder einen Spül-Dauerkatheter anzulegen oder ist wegen persistierender Nachblutung über den üblichen Zeitraum von 1-2 Tagen hinaus eine Behandlung mit Spül-Dauerkatheter erforderlich, besteht eine Beeinflussung des Patientenmanagements. Unter Berücksichtigung der DKR D002, Abschnitt Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Maßnahmen, und der dort vorgegebenen Hierarchisierung (spezifischer Kode für die Erkrankung vor Kodes aus Tabelle 1 vor Kodes aus T80 – T88) ist für diese Fälle T81.0 der spezifische Kode. Einen spezifischeren Kode in Bezug auf die Erkrankung bzw. Störung gibt es nicht.

Kodierempfehlung Nr. 301

Schlagworte: Transsexualismus, Eingriffe, operativ, geschlechtsadaptierend
Stand: 11.08.2009
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Welche Hauptdiagnose ist sachgerecht bei weiteren, medizinisch indizierten, geschlechtsadaptierenden operativen Eingriffen bei Transsexuellen, nachdem die primäre, geschlechtsumwandelnde Operation bereits erfolgt ist?

Kodierempfehlung

Hauptdiagnose ist der ICD-Kode F64.0 *Transsexualismus*. Ausschlaggebend dafür ist die DKR D005, Abschnitt „Behandlung einer akuten Verletzung/ Verbrennung und geplanter Folgeeingriff“.

Kodierempfehlung Nr. 302

Schlagworte: Transplantatniere, Ureterstein, Harnstauung
Stand: 11.08.2009
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Eine junge Patientin kommt wegen einseitiger, kolikartiger Flankenschmerzen zur stationären Aufnahme. Bei der Patientin war vor einigen Jahren eine Nierentransplantation durchgeführt worden. Ursächlich für die Beschwerden ist ein Ureterstein mit Harnstauung. Im Rahmen der Harnstauung kommt es zu einer Verschlechterung der Nierenfunktion mit Anstieg der Retentionsparameter. Die immunsuppressive Therapie wird forciert, unter analgetischer und spasmolytischer Therapie kommt es zum Steinabgang und im Verlauf zum Rückgang der Nierenstauung. Die Retentionsparameter erholen sich nur zögerlich. Was ist die Hauptdiagnose?

T86.10 *Akute Funktionsverschlechterung eines Nierentransplantates*

oder

N13.2 *Hydronephrose bei Obstruktion durch Nieren- und Ureterstein*

Kodierempfehlung

Die Hauptdiagnose ist mit dem Kode N13.2 *Hydronephrose bei Obstruktion durch Nieren- und Ureterstein* anzugeben.

Im vorliegenden Falle wird die Patientin wegen eines Uretersteines mit Harnstauung stationär aufgenommen. Eine Transplantatabstoßung liegt nicht vor. Es kommt zu einer vorübergehenden Funktionsstörung der Transplantatniere.

Nach der DKR P015, Abschnitt „Versagen und Abstoßungsreaktion nach Transplantation“ wird ein Kode aus T86.- *Versagen und Abstoßung von transplantierten Organen und Geweben* als Hauptdiagnose zugewiesen, sofern der Patient aufgrund eines Versagens oder einer Abstoßungsreaktion aufgenommen wird. Erfolgt die Aufnahme aus einem anderen Grund, ist ein Kode aus T86.- als Hauptdiagnose nicht anzugeben.

Kodierempfehlung Nr. 304

Schlagworte: Endokarditis, Mitralinsuffizienz, Prophylaxe
Stand: 11.08.2009
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Ein Patient wird wegen einer chronischen Tonsillitis ins Krankenhaus zur Tonsillektomie aufgenommen. Anamnestisch ist eine Endokarditis bei noch bestehender Mitralinsuffizienz bekannt. Perioperativ erhält er deshalb prophylaktisch ein Antibiotikum. Kann die Mitralinsuffizienz als Nebendiagnose verschlüsselt werden?

Kodierempfehlung

Die Mitralinsuffizienz nach überstandener Endokarditis begründet die antibiotische Therapie und erfüllt somit die Nebendiagnosendefinition. Die entsprechende Beeinflussung des Patientenmanagements (Antibiotikagabe) ist durch diese Nebendiagnose veranlasst worden. In der Nebendiagnosendefinition wird nicht gefordert, dass eine als Nebendiagnose zu kodierende Krankheit auch ursächlich oder spezifisch behandelt werden muss.

Siehe auch Kodierempfehlungen 157 und 158.

Kodierempfehlung Nr. 305

Schlagworte: Neutropenie, Chemotherapie
Stand: 11.08.2009
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Aufnahme zur Chemotherapie bei Non-Hodgkin-Lymphom. Da eine Neutropenie < 500/ µl festgestellt wird, wird der Patient im Krankenhaus weiterbehandelt, eine Umkehrisolation vorgenommen und werden prophylaktisch Antibiotika und Antimykotika verabreicht. Eine spezifische Behandlung der Neutropenie erfolgt nicht. Ist die Neutropenie als Nebendiagnose kodierbar?

Kodierempfehlung

Bei dem o.g. Patienten werden wegen einer Neutropenie prophylaktische Maßnahmen durchgeführt. Auf Grund des medikamentösen und des pflegerischen Aufwandes erfüllt die Neutropenie die Nebendiagnosendefinition und ist somit zu verschlüsseln.

Kodierempfehlung Nr. 308

Schlagworte: Neubildungen, bösartige, Carcinoma in situ, C97!, Primärtumore, Lokalisation
Stand: 17.12.2009
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Eine Patientin wird an beiden Mammae operiert, auf der einen Seite ergibt sich ein invasives Karzinom, zu kodieren mit C50.8 *Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma], Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend*, auf der anderen Seite ein Carcinoma in situ, D05.7 *Carcinoma in situ der Brustdrüse [Mamma], Sonstiges Carcinoma in situ der Brustdrüse*. Kann hier zusätzlich C97! *Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen* kodiert werden?

Kodierempfehlung

Nach der ICD-Systematik werden die bösartigen Neubildungen an genau bezeichneten Lokalisationen als primär festgestellt oder vermutet, ausgenommen lymphatisches, blutbildendes und verwandtes Gewebe, unter C00-C75 aufgelistet. Die Carcinomata in situ bilden eine eigene Gruppe in D00-009 "In-situ-Neubildungen".

Der Kode C97! erfordert (eine) bösartige Neubildung(en) als Primärtumor(en) (an mehreren Lokalisationen), die per definitionem hier nicht vorliegt.

Kodierempfehlung Nr. 309

Schlagworte: Bandscheibenvorfall, Spinalkanalstenose, Lähmung
Stand: 22.10.2009
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Ein Patient wird wegen Bandscheibenvorfällen und Spinalkanalstenose mit Radikulopathie C6/C7 und Parese des M. trizeps brachii im Krankenhaus operiert (Bandscheibenexzision, Spondylodese, Dekompression). Kann als Nebendiagnose auch G83.88 *Sonstige näher bezeichnete Lähmungssyndrome* angegeben werden?

Kodierempfehlung

Bei der Versicherten lag ein mit dem ICD-Kode G83.88 zu verschlüsselndes "sonstiges Lähmungssyndrom" nicht vor, sondern eine motorische und sensible radikuläre Symptomatik C6/C7 infolge von Bandscheibenvorfällen und Spinalkanalstenose in dieser Höhe entsprechend dem ICD-Kode M50.1 *Zervikale Bandscheibenschäden, Zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie* in Verbindung mit G55.1* *Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei Bandscheibenschäden*. Mit diesen beiden ICD-Kodes, ggf. in Verbindung mit dem Kode M48.02 *Sonstige Spondylopathien, Spinal(kanal)stenose, Zervikalbereich* ist das Krankheitsbild spezifisch beschrieben.

Abgesehen davon erfüllt die - von der Hauptdiagnose erfasste - Trizepsparese nicht die Kriterien für die Kodierung als Nebendiagnose nach DKR D003.

Kodierempfehlung Nr. 310

Schlagworte: Infektionserreger, Mehrfachkodierung, Ausrufezeichenkodes, Resistenz
Stand: 22.10.2009
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Harnwegsinfekt mit Nachweis von Enterococcus faecalis mit High-Level-Aminoglycosid-Resistenz. Kann hier sowohl B95.2! - *Streptokokken, Gruppe D, als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind* - als auch U80.2! - *Enterococcus faecalis mit Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika, Oxazolidinone, mit High-Level-Aminoglykosid-Resistenz*- kodiert werden?

Kodierempfehlung

Beide Kodes sind obligat anzugeben. Gemäß DKR D012 und der Hinweise in der ICD-10-GM (z.B. unter N30.- oder N39.0) wird mit einem Kode aus B95.-! bis B97.-! bzw. ab 2010 bis B98.-! der Erreger als Ursache einer Erkrankung angegeben. Mit einem Kode aus U80.-! bis U85.-! wird ggf. der Nachweis einer Resistenz angegeben.

Kodierempfehlung Nr. 311

Schlagworte: Obduktion
Stand: 17.12.2009
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Können bei Festlegung der Hauptdiagnose auch Obduktionsbefunde herangezogen werden?

Kodierempfehlung

Laut DKR D002 sind für die Abrechnung relevante Befunde, die nach Entlassung eingehen, für die Kodierung heranzuziehen. Dies gilt bei der Festlegung der Hauptdiagnose auch für den Fall der Todesursachenklärung durch eine Obduktion.

Kodierempfehlung Nr. 313

Schlagworte: Immobilitätssyndrom
Stand: 17.12.2009
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Stationäre Aufnahme einer Patientin, Alter 82 Jahre, wegen Aspirationspneumonie und Exsikkose. Aufenthaltsdauer: 14 Tage. Ein Diabetes mellitus Typ II (mit oralen Antidiabetika eingestellt) und eine vaskuläre Demenz sind bekannt. Pflegeanamnese: Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegestufe 1 anerkannt. Die Patientin war in den ersten fünf Tagen stark eingeschränkt aufgrund einer erheblichen Dyspnoe im Rahmen der Pneumonie und konnte das Bett nur zum Toilettengang und zur Körperpflege verlassen. Nachdem sich die Pneumonie rückläufig zeigte, die respiratorische Situation sich stabilisierte und die Exsikkose ausgeglichen war, wurde sie unter physiotherapeutischer Anleitung erfolgreich mobilisiert und ins Pflegeheim entlassen. Ist die Kodierung der Nebendiagnose M62.30 *Sonstige Muskelkrankheiten, Immobilitätssyndrom (paraplegisch), mehrere Lokalisationen* korrekt?

Kodierempfehlung

Die Kodierung der Nebendiagnose M62.30 *Sonstige Muskelkrankheiten, Immobilitätssyndrom (paraplegisch), mehrere Lokalisationen* ist nicht korrekt. Die im vorliegenden Fall beschriebene vorübergehende Einschränkung der Mobilität kann mit R26.3 *Störungen des Ganges und der Mobilität, Immobilität* kodiert werden, da die Nebendiagnosendefinition erfüllt ist. Ein Immobilitätssyndrom liegt nicht vor. Dieses ist gekennzeichnet durch eine eingeschränkte Beweglichkeit aufgrund von Muskelatrophie, Knochenabbau, Gelenkssteife, Marasmus oder psychische Faktoren. Es handelt sich hierbei um eine chronische Immobilität (permanent, irreversibel).

Kodierempfehlung Nr. 314

Schlagworte: Nierentransplantation, geplant, Herzkatheter, elektiv
Stand: 17.12.2009
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Ein Patient, Alter 58 Jahre, ausgeprägtes kardiovaskuläres Risikoprofil, wird stationär aufgenommen zur elektiven Herzkatheteruntersuchung vor geplanter Nierentransplantation bei dialysepflichtiger terminaler Niereninsuffizienz. Bisher kein Ischämienachweis, weder im Ruhe-EKG noch in der Ergometrie. Bei der Vorstellung in der Klinik ist der Patient völlig beschwerdefrei. Bei der Herzkatheteruntersuchung werden hämodynamisch wirksame Koronarstenosen ausgeschlossen. Es zeigt sich lediglich eine diffuse Koronarsklerose. Was ist als Hauptdiagnose zu kodieren?

Kodierempfehlung

Die Zuweisung der Schlüsselnummer I25.10 *Atherosklerotische Herzkrankheit, ohne hämodynamisch wirksame Stenosen* als Hauptdiagnose ist korrekt. Diese hat den stationären Aufenthalt hauptsächlich veranlasst. Die Indikation zur Herzkatheteruntersuchung wurde unter der Verdachtsdiagnose "koronare Herzerkrankung" gestellt. Das Ergebnis der Koronarangiographie ergab eine Koronarsklerose, jedoch ohne hämodynamisch wirksame Stenosen. Der erhobene Befund ist mit der Schlüsselnummer I25.10 *Atherosklerotische Herzkrankheit, ohne hämodynamisch wirksame Stenosen* spezifisch kodierbar.

Kodierempfehlung Nr. 315

Schlagworte: Parese, Multiple Sklerose, akut, chronisch
Stand: 17.12.2009
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Ein Patient hat eine seit drei Jahren bekannte Multiple Sklerose mit (sekundär-) progredienter Verlaufsform mit sog. akkumulierendem Defizit (nicht vollständige Remission nach ursprünglich schubhaftem Verlauf). Es besteht eine beinbetonte spastische Tetraparese mit Rollstuhlpflichtigkeit. Wegen Progredienz der Defizite an der unteren Extremität wird der Patient zur intravenösen Methylprednisolon-Hochdosistherapie („Kortisonstoßtherapie") stationär aufgenommen.
Ist im o.g. Fall nach den Vorgaben der DKR 0603 eine „akute" oder „chronische" Phase der beinbetonten Tetraparese zu kodieren?

G82.40 *Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie, Spastische Tetraparese und Tetraplegie, Akute komplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese*

oder

G82.42 *Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie, Spastische Tetraparese und Tetraplegie, Chronische komplette Querschnittlähmung*.

Kodierempfehlung

Das Kriterium der DKR 0603, dass von einer chronischen Phase einer nicht traumatischen Lähmung gesprochen wird, wenn die Behandlung der akuten Erkrankung, die die Lähmung verursachte, abgeschlossen ist, kann im o.g. Fall der Multiplen Sklerose (MS) sowie bei anderen chronisch-entzündlichen Erkrankungen des zentralen oder peripheren Nervensystems (z.B. CIDP - chronische inflammatorische demyelinisierende Polyneuropathie) nicht herangezogen werden, da bei diesen die Behandlung der Grunderkrankung u.U. nie als endgültig abgeschlossen zu betrachten ist.
Die Einschätzung, ob es sich nach den Vorgaben der DKR 0603 um eine akute oder chronische Lähmung handelt, sollte daher neben der Ätiologie die Behandlungsintensität berücksichtigen.
Laut DKR 0603 liegt auch dann eine akute Lähmung vor, wenn sich die Erkrankung in Remission befand, sich jedoch verschlechtert hat und jetzt die gleiche Behandlungsintensität wie bei der Erstmanifestation erfordert. Wenn es also zu einer erneuten Verschlechterung einer zuvor voll- oder unvollständig zurückgebildeten Parese kommt und eine erneute Behandlung wie bei der Erstmanifestation (z.B. Kortisonstoßtherapie bei MS) bzw. die nächste Eskalationsstufe der Therapie (z.B. Plasmapherese, Immunglobuline bei CIDP) durchgeführt wird, ist eine akute Para-/Tetraparese zu kodieren, auch wenn die Erkrankung bereits länger besteht.
Werden dagegen nur die Folgen der chronischen Lähmung behandelt (z.B. Botulinumtoxin bei Spastik), wird im o.g. Fall die chronische Phase der Lähmung kodiert, auch wenn die Behandlung der Grunderkrankung (z.B. MS) nicht abgeschlossen ist/sein kann.

Kodierempfehlung Nr. 316

Schlagworte: Gerinnungsfaktoren, Mangel, erworbener, D68.4, Marcumar®
Stand: 17.12.2009
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Präoperativ wird bei einem antikoagulierten Patienten das Marcumar® abgesetzt und aufgrund des erniedrigten Quickwertes (INR) Konakion® gegeben. Was wird als Nebendiagnose kodiert?

D68.4 *Sonstige Koagulopathien, Erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren*

oder

Z92.1 *Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulanzien in der Eigenanamnese*?

Kodierempfehlung

Unter der Gabe von Phenprocoumon entsteht ein sog. funktioneller Vitamin-K-Mangel, der im o.g. Fall zur Beeinflussung des Patientenmanagements geführt hat. Bei D68.4 *Erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren* wird als Inklusivum Gerinnungsfaktorenmangel durch Vitamin-K-Mangel aufgeführt.

Bezüglich der Verwendung von Z-Kodes sind die Hinweise am Anfang von Kapitel XXI der ICD-10-GM sowie unter Z80-Z99 zu beachten.

Kodierempfehlung Nr. 317

Schlagworte: Beatmung, High Flow Therapy, nasale
Stand: 17.12.2009
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

Ist die nasale Applikation von Atemgas (mit oder ohne zusätzliche Sauerstoffzugabe) über Nasenbrille mit hohem Fluss (Nasale High Flow Therapy, z.B. Optiflow™) als maschinelle Beatmung im Sinne der DKR 1001 anzusehen?

Kodierempfehlung

Die nasale Applikation von Atemgas (mit oder ohne zusätzliche Sauerstoffzugabe) über Nasenbrille mit hohem Fluss entspricht nicht der Definition einer maschinellen Beatmung in DKR 1001.

Kodierempfehlung Nr. 319

Schlagworte: Zoster, Neuralgie
Stand: 17.12.2009
Aktualisiert: 28.01.2010

Problem/Erläuterung

1. Stationäre Aufnahme einer Patientin mit stärksten akuten Schmerzen im Bereich der rechten Hüfte und der rechten unteren Extremität lateral. Eine organische Ursache kann nicht gefunden werden. Unter Analgesie deutliche Rückbildung der Schmerzen und Entlassung der Patientin in die ambulante Behandlung. Was ist die Hauptdiagnose?

2. Erneute stationäre Aufnahme wegen stärkster Schmerzen im beschriebenen Gebiet und typischer Hauteffloreszenzen eines Zoster. Was ist die Hauptdiagnose?

3. Nach 14 Wochen und nach vollständiger Rückbildung der Effloreszenzen wird die Patientin erneut wegen starker Schmerzen im Sinne eine Post-Zoster-Neuralgie stationär aufgenommen. Um eine konsumierende Erkrankung als Auslöser des Zoster-Befalls auszuschließen, wird eine entsprechende Diagnostik durchgeführt. Was ist die Hauptdiagnose?

Kodierempfehlung

Ad 1: Es handelt sich um ein akutes Schmerzbild unklarer Genese. Als Hauptdiagnose ist der Kode M79.65 *Schmerzen in den Extremitäten, Beckenregion und Oberschenkel* anzugeben. Der Kode R52.0 *Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert, Akuter Schmerz* kann nach der DKR 1806 nicht verwendet werden, da die Lokalisation bekannt ist (siehe auch Exklusiva unter R52.-).

Ad 2: Als Hauptdiagnose ist B02.9 *Zoster ohne Komplikation* anzugeben (siehe DKR 1806). Nach der DKR D014 ist das Systematische Verzeichnis für die Kodierung maßgeblich. Ursache der ausgeprägten Schmerzen ist die Zostererkrankung.

Ad 3: Als Hauptdiagnose ist der Kode B02.2† *Zoster mit Beteiligung anderer Abschnitte des Nervensystems* anzugeben. Das alphabetische Verzeichnis führt unter „Zoster mit Schmerzen“ zu B02.2† und G53.0*. Der Sternkode G53.0* *Krankheiten der Hirnnerven bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, Neuralgie nach Zoster* kann jedoch in diesem Fall nicht verwendet werden, da er sich laut systematischem Verzeichnis auf die Hirnnerven bezieht. Die Symptomatik ist aber durch den Kreuzkode ausreichend abgebildet (DKR D012).

Kodierempfehlung Nr. 327

Schlagworte: Diabetes, entgleist, Ketoazidose, Schwangerschaft
Stand: 11.02.2010

Problem/Erläuterung

Eine Schwangere wird mit entgleistem Diabetes mellitus Typ I stationär aufgenommen. Es besteht eine Ketoazidose mit der Notwendigkeit einer intensivmedizinischen Überwachung und Behandlung. Darf O24.0 *Diabetes mellitus in der Schwangerschaft, vorher bestehender Diabetes mellitus, primär insulinabhängig [Typ-1-Diabetes]* zusammen mit E10.11 *Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] mit Ketoazidose: als entgleist bezeichnet* kodiert werden?

Kodierempfehlung

O24.0 *Diabetes mellitus in der Schwangerschaft, vorher bestehender Diabetes mellitus, primär insulinabhängig [Typ-1-Diabetes]* allein ist zu kodieren.
Die DKR 1510 unterscheidet zwischen O20-O29 und O98-O99. Nur in O98-O99 ist die zusätzliche Angabe eines erläuternden Nebendiagnosenkodes aus anderen Kapiteln vorgesehen. Siehe auch Exklusivum unter E10.-.