

Claus Fahlenbrach/Nicola Köhler/Dr. Nicole Schlottmann

# Deutsche Kodierrichtlinien Version 2006

**Auch in diesem Jahr haben die Selbstverwaltungspartner (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung) die Deutschen Kodierrichtlinien unter Beteiligung von Bundesärztekammer und Deutschem Pflegerat angepasst und am 8. September 2005 einvernehmlich beschlossen. Ziel der Überarbeitung war die Fortsetzung der im vergangenen Jahr begonnenen Verschlinkung im Sinne einer größeren Anwenderfreundlichkeit. Dabei wurden weiterhin Sachverhalte möglichst fachübergreifend in den allgemeinen Kodierrichtlinien geregelt und so die speziellen Kodierrichtlinien, die Ausnahmen zu den allgemeinen Kodierrichtlinien darstellen, reduziert. Darüber hinaus erfolgten in einigen Berei-**

Die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR), die die einheitliche Kodierung von Diagnosen und Prozeduren und die sachgerechte Eingruppierung der Fälle in DRG-Fallgruppen sicherstellen sollen, wurden erstmals im Jahr 2001 von den Vertragspartnern der Selbstverwaltung vereinbart und traten zum 1. Januar 2002 in Kraft. Zu diesem Zweck wurden die Australischen Kodierrichtlinien (Australian Coding Standards, 1st Edition) übersetzt und angepasst. In der Vereinbarung zu den Deutschen Kodierrichtlinien Version 2002 für das G-DRG-System gemäß § 17 b KHG ist in § 4 eine jährliche Überprüfung und ggf. Anpassung der Kodierrichtlinien vorgesehen.

Im vergangenen Jahr wurde mit Blick auf die hohe Komplexität des Regelwerkes eine stringente Verschlinkung der Kodierrichtlinien durch eine umfassende Überarbeitung eingeleitet. Das Konzept im Sinne einer Beschränkung auf notwendigerweise zu regelnde Sachverhalte wurde für die Version 2006 weiter fortgeführt, da im letzten Jahr primär die speziellen Kodierrichtlinien geändert wurden und die Resonanz der Anwender auf diesen Prozess sehr positiv ausfiel. Aus diesem Grunde wurde weiterhin versucht, zentrale Fragestellungen möglichst fachübergreifend in den allgemeinen Kodierrichtlinien zu regeln und damit die speziellen Kodierrichtlinien, die Ausnahmen zu den allgemeinen Kodierrichtlinien darstellen, zu reduzieren. Darüber hinaus erfolgten zu einigen Aspekten Klarstellungen, die der einheitlichen Kodierung und somit der Vermeidung von Abrechnungsstreitigkeiten mit den Krankenkassen dienen sollen.

Folgende Anpassungen wurden vorgenommen:

- Verkürzung und Streichung einiger DKR zur Vermeidung inhaltlicher Redundanzen, originär klassifikatorischer Erläuterungen zur ICD-10-GM und zum OPS sowie rein medizinischer Erläuterungen;
- Klarstellungen zu besonderen Fallkonstellationen;
- Erstellung von Anpassungsvorschlägen zur Diagnosenklassifikation und zum Operationenschlüssel für das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) bei Streichung klassifikatorischer Inhalte;

**chen Klarstellungen, um eine einheitliche Kodierung zu ermöglichen. Kontinuierlich notwendige Anpassungen der Kodierrichtlinien, die aufgrund der Änderungen der Diagnosenklassifikation (ICD-10-GM Version 2006), des Prozedurenschlüssels (OPS Version 2006), des Patientenklassifikationssystems (G-DRG-System Version 2006) sowie der Fallpauschalenverordnung (FPV 2006) erforderlich werden, sind ebenfalls erfolgt. Insgesamt wurden von 114 Kodierrichtlinien 7 gestrichen. Von den für das Jahr 2006 verbliebenen 107 Kodierrichtlinien wurden an 15 relevante Änderungen vorgenommen. Bei der Überarbeitung der Deutschen Kodierrichtlinien hat auch in diesem Jahr der Dialog mit den Anwendern zu wertvollen Anregungen geführt.**

- redaktionelle Überarbeitung der Kodierrichtlinien;
- Anpassung der DKR an die ICD-10-GM Version 2006, den OPS Version 2006 und die G-DRG-Klassifikation Version 2006.

Die Anpassung der DKR für das Jahr 2006 erfolgte erneut in 2 zeitlich versetzten Perioden. ▶

**TimeBase**®

>> Klinikabläufe bis zu 30% ergiebiger planen <<

Magrathea  
INFORMATIK GMBH  
www.magrathea.de

TimeBase® - Das Ressourcen-Management-System von Magrathea

**Tabelle 1: Anzahl der Deutschen Kodierrichtlinien 2004 bis 2006**

	2004	2005	2006
Anzahl allgemeiner DKR	29	27	27
Anzahl spezieller DKR	164	87	80
Gesamte Anzahl DKR	193	114	107

Die erste Überarbeitungsstufe inklusive Verhandlungen zwischen den Vertretern von GKV und DKG begann im Februar 2005 und konnte Ende April 2005 mit maßgeblicher Unterstützung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) erfolgreich abgeschlossen werden. In dieser Stufe wurden im Rahmen einer vollständigen Überarbeitung der DKR einige Kodierrichtlinien gestrichen oder gekürzt. Dabei erfolgte unter anderem die Prüfung, ob der Sachverhalt einzelner Kodierrichtlinien (bzw. einzelner Absätze einer DKR) bereits in einer anderen Kodierrichtlinie, in der Diagnosenklassifikation oder im Prozedurenschlüssel abschließend geregelt ist oder ob es sich um rein medizinische Erläuterungen handelt. In diesen Fällen wurde die Kodierrichtlinie (bzw. der Absatz) gestrichen. Es erfolgte keine Streichung, wenn ein relevanter, schwierig zu kodierender Sachverhalt vorlag. Zusätzlich wurden Änderungsvorschläge für das DIMDI zur Anpassung der ICD-10-GM und des OPS erarbeitet. Dieses Vorgehen ermöglichte es, Aspekte, die die Klassifikationen selbst betreffen, direkt dort zu regeln und nicht über den Umweg der Deutschen Kodierrichtlinien, sodass weitere Streichungen erfolgen konnten. Eine gleichzeitige Abstimmung zu den Fragestellungen ist mit dem DIMDI erfolgt. Darüber hinaus wurden zu einer Reihe bestehender Kodierrichtlinien Klarstellungen erarbeitet. Zu den Änderungen bestand zwischen den Vertretern der DKG und der GKV nicht immer die gleiche Auffassung, sodass die vorliegenden DKR als Kompromiss der Vertragspartner zu verstehen sind.

In der zweiten Stufe der Überarbeitung wurden Änderungen vorgenommen, die aufgrund der neuen medizinischen Klassifikationen ICD-10-GM Version 2006 und OPS Version 2006, des Patientenklassifikationssystems (G-DRG-System Version 2006) sowie der Fallpauschalenvereinbarung 2006 (FPV 2006) erforderlich wurden. Diese Stufe der Überarbeitung konnte Ende August 2005 abgeschlossen werden, sodass die DKR bereits am 8. September 2005 durch die Selbstverwaltungspartner beschlossen werden konnten. Die Veröffentlichung der DKR erfolgte am 20. September 2005 auf der Homepage des InEK ([www.g-drg.de](http://www.g-drg.de)) und der DKG ([www.dkgev.de](http://www.dkgev.de)). Dieser frühe Termin soll den Anwendern Zeit für die erforderlichen Schulungen einräumen. Bei Redaktionsschluss der DKR lagen die abschließend gültigen Klassifikationen ICD-10-GM und OPS Ver-

**Tabelle 2: Übersicht über die gestrichenen Kodierrichtlinien (7 von 114 DKR)**

0102a	Virushepatitis
0504a	Panikattacken mit Phobie
1516a	Ältere Erstgebärende
1517a	Vielgebärende
1522a	Geburtseinleitung
1525c	Primärer und sekundärer Kaiserschnitt
1803a	Stürze

**Tabelle 3: Übersicht über die in den DKR 2006 mit „e“ gekennzeichneten Kodierrichtlinien (15 DKR)**

D000e	Akute und chronische Krankheiten
D012e	Mehrfachkodierung
P001e	Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren
P005e	Multiple/Bilaterale Prozeduren
P014e	Prozeduren, die normalerweise nicht verschlüsselt werden
P015e	Organentnahme und Transplantation
0201e	Auswahl und Reihenfolge der Kodes
0501e	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Drogen, Medikamente, Alkohol und Nikotin)
0601e	Schlaganfall
0901e	Ischämische Herzkrankheit
1401e	Dialyse
1507e	Resultat der Entbindung
1519e	Frühgeburt, vorzeitige Wehen und frustrane Kontraktionen
1606e	Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie (HIE)
1916e	Vergiftung durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen

sion 2006 noch nicht vor. Daher kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich im Nachgang noch Änderungen ergeben, die ggf. gesondert bekannt gegeben werden.

In den DKR wurden von den insgesamt 114 Kodierrichtlinien 7 gestrichen (siehe Tabellen 1 und 2). Die Streichung einer Kodierrichtlinie bedeutet zumeist, dass der Sachverhalt schon anderenorts abschließend geregelt oder redundant zu vorhandenen DKR war. In einigen Fällen wurden die zu belassenden Inhalte einzelner Kodierrichtlinien in vorhandene DKR verschoben. Von den für das Jahr 2006 verbliebenen 107 Kodierrichtlinien wurden 15 sinngemäß angepasst. Nur in seltenen Fällen wurden dabei Inhalte dahingehend geändert, dass künftig eine andere Art der Kodierung zu beachten ist.

Um einen Überblick über die relevanten inhaltlichen Änderungen im Vergleich zur Vorversion zu ermöglichen, wurden diese wieder am Rand durch Markierungen (senkrechte Balken) gekennzeichnet. Auch das Verfahren für die Nummerierung der einzelnen DKR wurde trotz Wegfall weiterer Kodierrichtlinien beibehalten. Hierdurch war bedauerlicherweise eine durchgängige Zählweise nicht mehr zu realisieren. Alle Kodierrichtlinien in der ersten Version des Jahres 2002 trugen den Buchstaben „a“ und im darauf folgenden Jahr den Buchstaben „b“, sofern sie relevante inhaltliche Änderungen erfahren hatten. Diesem Verfahren folgend wurde für die Version 2006 der Buchstabe „e“ verwendet (siehe Tabelle 3). Auch dies soll die Anwenderfreundlichkeit verbessern. Bei Querverweisen auf einzelne Kodierrichtlinien im Text wird künftig auf die Kennzeichnung der Version mit Kleinbuchstaben verzichtet.

## Anpassungen an die Klassifikationen ICD-10-GM Version 2006 und OPS Version 2006

Die medizinischen Klassifikationen ICD-10-GM Version 2006 und OPS Version 2006 wurden vom DIMDI überarbeitet. Dies betrifft Änderungen durch die WHO sowie weitere Klarstellungen und Differenzierungen, die unter dem Aspekt der Anpassung des G-DRG-Systems notwendig er-

schienen. Somit erfolgte eine Reihe von Folgeänderungen in den DKR für 2006, die nicht im Detail aufgeführt werden können. Die für die Kodierung besonders relevanten Änderungen werden unter den jeweiligen Themen im Artikel dargestellt (zum Beispiel die Neugestaltung der Diagnosekodes für vorzeitige Wehen [O60.-]).

An dieser Stelle sei nochmals darauf hingewiesen, dass sich die DKR 2006 nur auf Codes des amtlichen OPS 2006 beziehen. Codes aus dem optionalen, nicht-amtlichen Erweiterungskatalog werden nicht berücksichtigt.

## Wichtige neue Regelungen und Klarstellungen

### Grundlegende Kodieraspekte

Im Laufe der Verhandlungen wurde die von Seiten des MDK aufgeworfene Grundsatzfrage diskutiert, ob für die Dokumentation einer Erkrankung grundsätzlich auch mehrere ICD-Kodes zur exakten Beschreibung eines medizinischen Krankheitsbildes erlaubt sind. Diese Frage stieß bei der DKG insofern auf Verwunderung, als dass in der Vergangenheit die sachgerechte Kodierung von Erkrankungen auch mittels mehrerer ICD zu keiner Zeit innerhalb der Selbstverwaltung in Zweifel gezogen wurde. Dieses Vorgehen gibt bereits die ICD-Klassifikation vor, da zahlreiche Krankheitsbilder eben nicht mit einem Code exakt darzustellen sind. Zur Klärung wurde eine entsprechende Anfrage an das DIMDI gestellt, welches die Auffassung der DKG bestätigte und somit zu einer einheitlichen Positionierung beitrug. In der Arbeitsgruppe Klassifikation des Kranken-



**MARABU**  
EDV-Beratung und -Service GmbH

**Archivierung & Dokumentation**  
erfolgreich meistern mit PEGASOS® ...

- Aktenverwaltung
- Digitalarchiv (for SAP® R/3®)
- PACS / Bildarchiv
- Pflegedokumentation
- Patientenakte / Gesundheitsakte

**MED**

Halle 16  
Stand F19

[www.marabu-edv.de](http://www.marabu-edv.de)

hausentgeltausschusses (KEA), die die Deutschen Kodierrichtlinien jährlich weiterentwickelt, wurde daher übereinstimmend festgestellt, dass die Beschreibung eines medizinischen Krankheitsbildes durch Nutzung mehrerer ICD-10-GM-Kodes auch außerhalb definitiv vorgesehener Kodekombinationen (zum Beispiel: Kreuz-/Stern-Systematik) erfolgen kann. Sofern keine Möglichkeit besteht, die Erkrankung mit einem Diagnosekode inhaltlich abschließend abzubilden, ist die Kodierung mehrerer beschreibender Codes kodierrichtlinienkonform.

In der Einleitung zu den Deutschen Kodierrichtlinien 2006 wurde klargestellt, dass sich die DKR aus Gründen der Übersichtlichkeit zumeist auf einen durchgängigen stationären Aufenthalt beziehen. Gleichwohl muss ein stationärer

## ATHENA - ein EDV-System für mehr Qualität in den Einrichtungen



Münchener Rück  
Munich Re Group

### Mehr Heilungserfolg durch weniger Fehler

Nur wer Abweichungen bei der Versorgung und Behandlung sofort erkennt, kann rechtzeitig reagieren. ATHENA schafft die Voraussetzungen dafür. Mit dem webbasierten EDV-Tool erfassen Sie jede Abweichung und sind in der Lage, interne Abläufe zeitnah zu optimieren.

### Die Vorteile? Mit ATHENA ...

- erfassen Sie jede Abweichung sofort und reduzieren mögliche Fehler,
- halten Sie die Haftungsschäden so gering wie möglich,
- verbessern Sie Ihr Qualitäts- und Risikomanagement nachhaltig.

### Neugierig?

Dann fragen Sie Sybilla Musick unter Tel.: +49 (0) 89/3891-9223 oder unter [Info\\_ATHENA@munichre.com](mailto:Info_ATHENA@munichre.com). Weitere Informationen finden Sie auf [www.athena.munichre.com](http://www.athena.munichre.com).

Aufenthalt nicht zwingend einem Abrechnungsfall gemäß Abrechnungsbestimmungen entsprechen. Bei einer Zusammenführung mehrerer Krankenhausaufenthalte zu einem Abrechnungsfall bzw. bei der Einbeziehung vor- oder nachstationärer Leistungen nach den geltenden Abrechnungsbestimmungen sind sämtliche Diagnosen und Prozeduren auf den gesamten Abrechnungsfall zu beziehen. Das hat ggf. zur Folge, dass mehrere Prozeduren unter Addition der jeweiligen Mengenangaben zu einer Prozedur zusammenzuführen sind. Diese Klarstellung wurde notwendig, da in der Vergangenheit bei der Abrechnung von Krankenhausleistungen isoliert die DKR P012d (Prozeduren, unterschieden auf der Basis von Größe, Zeit oder Anzahl) diesbezüglich fehlinterpretiert wurde. Die Zusammenführung unterschiedlicher Aufenthalte oder die Berücksichtigung beispielsweise vorstationärer Leistungen sind nach wie vor den jeweils gültigen Abrechnungsbestimmungen zu entnehmen. Die vollständige Angabe der Diagnosen und Prozeduren kann sich nur aus ihnen erschließen, da der Kodierende bei der Dokumentation eines einzelnen Aufenthaltes zumeist noch keine Kenntnis über mögliche Folgeaufenthalte hat, die mit einer Fallzusammenführung einhergehen könnten.

### Spezielle Kodieraspekte

In der **DKR 0201e** (Auswahl und Reihenfolge der Codes) – bei Neubildungen – wurde die Kodierung bei systemischer Strahlentherapie (Radiojodtherapie, Ganzkörperbestrahlung) im Sinne einer einheitlichen Verschlüsselung wie bereits im vergangenen Jahr für die systemische Chemotherapie neu festgelegt. Dies soll die Bündelung ähnlich aufwändiger Fälle in einer DRG fördern, was im Bereich der sehr breit gefächerten Onkologie bisher aufgrund unterschiedlicher Interpretationen der DKR nicht immer zutraf. Letztendlich kann nur hierdurch die Kalkulation der Fälle verbessert werden. Erfolgt die Aufnahme primär zur systemischen Strahlentherapie des Primärtumors und/oder der Metastasen, ist grundsätzlich der Primärtumor als Hauptdiagnose anzugeben. Die im obigen Klammerzusatz aufgeführten Strahlentherapien stellen eine abschließende Liste dar. Sofern weitere relevante systemische Strahlentherapieverfahren etabliert werden, ist mit Blick auf deren Aufwand jährlich erneut über eine Erweiterung der im Klammerzusatz beschriebenen Verfahren durch die Selbstverwaltung zu diskutieren.

Zur Reihenfolge der Codes bei der Verschlüsselung von Ätiologie und Manifestation wurde in der **DKR D012e** (Mehrfachkodierung) klargestellt, dass diese lediglich für die Kreuz-/Stern-Systematik innerhalb der ICD-10-GM festgelegt ist. Darüber hinaus erfährt die Hauptdiagnosenregelung außerhalb der Kreuz-/Stern-Systematik in Bezug auf die Reihenfolge von Ätiologie- und Manifestationscodes keine Einschränkung, das heißt, die Regelungen für die Festlegung der Hauptdiagnose gelten (zu weiteren Anpassungen in dieser DKR siehe im Abschnitt „Allgemeine Kodierrichtlinien“).

Der Gruppierungsalgorithmus für Entbindungsfälle wurde im G-DRG-System 2006 verändert, sodass jetzt auch der ICD-10-GM-Code Z37.-! (Resultat der Entbindung) in eine entsprechende DRG führt. In der **DKR 1507e** (Resultat der Entbindung) wurde daher klargestellt, dass für jede Entbin-

dung von dem Krankenhaus, in dem die Geburt stattgefunden hat, ein Kode aus Z37.-! bei der Mutter zu kodieren ist.

Die Neugestaltung der ICD-10-GM-Kodes aus O60.- (Vorzeitige Wehen) in der Version 2006 erweitert die Möglichkeiten der Kodierung von Wehen im Zusammenhang mit einer Entbindung. Die **DKR 1519e** (Frühgeburt, vorzeitige Wehen und frustrane Kontraktionen) wurde dementsprechend angepasst. Die Änderungen bestehen darin, dass eine vorzeitige Entbindung nunmehr nach „mit“ bzw. „ohne“ Wehen differenziert werden kann. Darüber hinaus besteht nun die Möglichkeit, eine termingerechte Entbindung mit vorzeitigen Wehen ebenfalls zu kodieren. Ergänzend erlaubt die Diagnosenklassifikation auch die Beschreibung von vorzeitigen Wehen ohne eine Entbindung während des gleichen Aufenthaltes. Künftig wird hiermit eine bessere Abbildung der teilweise sehr langen stationären Aufenthalte bei Risikoschwangerschaften bis zu einer vorzeitigen bzw. termingerechten Entbindung möglich sein. In diesem Zusammenhang wurden auch die **DKR 1505a** (Vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft) im Abschnitt zur vorzeitigen Beendigung der Schwangerschaft mit einer Lebendgeburt sowie das Beispiel 1 der **DKR 1509a** (Mehrlingsgeburt) angepasst.

## Allgemeine Kodierrichtlinien

Die Weiterentwicklung der medizinischen Klassifikationen und die Intention, fachübergreifende Sachverhalte überwiegend in den Allgemeinen Kodierrichtlinien darzustellen und nur hiervon abweichende Tatbestände über Spezielle Kodierrichtlinien zu regeln, hat zu einigen Anpassungen, Erweiterungen und Klarstellungen in den Allgemeinen Kodierrichtlinien geführt.

### ■ Allgemeine Kodierrichtlinien für Krankheiten

Die **DKR D001a** (Allgemeine Kodierrichtlinien) erfuhr keine wesentlichen Änderungen, es wurde jedoch der Hinweis aus **DKR 002d** (Hauptdiagnose) übernommen, der nochmals die Bedeutung einer konsistenten und vollständigen Dokumentation in den Krankenakten betont.

Die Erläuterungen und Beispiele zur Kodierung eines Symptoms als Nebendiagnose wurden aus der **DKR D002d** (Hauptdiagnose) in die **DKR D003d** (Nebendiagnosen) überführt. Es besteht weiterhin zwischen den Vertretern der GKV sowie der DKG in der dazugehörigen Arbeitsgruppe Konsens darüber, dass jedweder therapeutische-, diagnostische-, Betreuungs-, Pflege- oder Überwachungsaufwand die Kodierung einer Nebendiagnose erlaubt. Eine künstliche Grenze bezüglich eines minimalen Aufwandes, der für die Kodierung einer Nebendiagnose zu überschreiten ist, existiert nicht, auch wenn dies in der alltäglichen Abrechnungspraxis wiederholt von unterschiedlichen Beteiligten gefordert wird. Beispielsweise kann die einfache medikamentöse Behandlung einer Erkrankung die Dokumentation als Nebendiagnose rechtfertigen. Wenngleich diese Regelung mit Blick auf das DRG-System teilweise unbefriedigend ist, so kann aus praktischer Sicht nicht für jede Diagnose ein Schwellenwert definiert werden, ab wann diese kodiert werden darf.

Der Diagnosekode **K 85.-** (Akute Pankreatitis) wurde in der ICD-10-GM Version 2006 weiter ausdifferenziert und ko-

diert jetzt auf der fünften Stelle die Organbeteiligung (zum Beispiel K85.21 Alkoholinduzierte akute Pankreatitis mit Organkomplikation). Die Anpassung des Beispiels 1 in der **DKR D006e** (Akute und chronische Krankheiten) wurde daher notwendig. Darüber hinaus musste das Beispiel zur Kodierung eines akuten Schubs bei chronischer Bronchiolitis in Abschnitt „C“ ausgetauscht werden, da es zu der in der Diagnosenklassifikation empfohlenen Verschlüsselung im Widerspruch stand. Diese empfiehlt eigentlich J21.9 (Akute Bronchiolitis) und J44.8- (sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit) zu kodieren. Der nunmehr genutzte Code I88.0 (Unspezifische mesenteriale Lymphadenitis) entspricht einer ICD-10-GM konformen Kodierung, da dieser sowohl die akute als auch die chronische Erkrankung beinhaltet.

In der **DKR D012e** (Mehrfachkodierung) wurde der ICD-10-GM-Ausrufezeichenkode R65.-! (Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS]) in die Tabelle 2 der Codes mit Ausrufezeichen, die bei bestimmten Diagnosen obligatorisch anzugeben sind, nachgetragen. Ebenfalls aufgenommen wurden die in der ICD-10-GM Version 2006 neuen Codes U60! (Klinische Kategorien der HIV-Krankheit) und U61! (Anzahl der T-Helferzellen bei HIV-Krankheit). Im Beispiel 6 dieser Kodierrichtlinie erfolgte die Klarstellung, dass der maligne Pleuraerguss nicht im Rahmen der Kreuz-/Stern-Systematik mit der malignen Grunderkrankung als Kreuzkode und dem Sternkode J91\* (Pleuraerguss bei anderenorts klassifizierten Krankheiten) zu verschlüsseln ist, sondern der ICD-10-GM-Kode C78.2 (Sekundäre bösartige Neubildung der Pleura) den Pleuraerguss als Inklusivum beinhaltet.

### ■ Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren

In der **DKR P001e** (Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren) konnte der Absatz zu Bluttransfusionen gestrichen werden. Bluttransfusionen und die Infusion von Blutprodukten gelten nicht mehr als Standardmaßnahmen beim Einsatz der Herz-Lungen-Maschine (HLM) und werden daher nicht mehr als Prozedurenkomponenten verstanden. Sie sind künftig auch beim Einsatz der HLM in der verabreichten Menge aufzuzaddieren und entsprechend zu kodieren.

Die ausführliche Auflistung der Codes, die Zusatzinformationen zu Operationen angeben (zum Beispiel OPS 5-985, Anwendung von Lasertechnik), wurde aus der **DKR P003d** (Hinweise und formale Vereinbarungen für die Benutzung des OPS) gestrichen und lediglich durch den Hinweis auf das Vorhandensein der Codegruppen 5-93 ... 5-99 (Zusatzinformationen zu Operationen) ersetzt. Darüber hinaus wurden die Prozedurenschlüssel 5-448 (Andere Rekonstruktion am Magen) und 5-820 (Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk) an die veränderten Inhalte der OPS Version 2006 angepasst.

Das Beispiel 1 der **DKR P005e** (Multiple/Bilaterale Prozeduren) wurde um den ICD-10-GM-Kode C97! (Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen) ergänzt. Basalzellkarzinome an unterschiedlichen Lokalisationen sind jeweils als eigenständige Primärtumoren zu werten und entsprechend **DKR 0207a** (Bösartige Neubildungen an mehreren Lokalisationen) ist der Code C97! als Nebendiagnose hinzuzufügen, sofern mehrere Primärtu-

STEIGERN SIE MIT UNS QUALITÄT  
UND WIRTSCHAFTLICHKEIT.  
GLEICHZEITIG.



- Perfekt in Geschmack und Optik
- Für jede Diät und Kostform, ernährungsmedizinisch auf dem neuesten Stand
- Für alle Bedürfnisse das richtige Angebot, z.B. für Kinder, Senioren oder Wahlleistungspatienten
- Höchste Sicherheit nach den neuesten Qualitätsstandards
- In Tablett- und in Buffetform
- Alles sichergestellt, mit effizienten Prozessen und minimiertem Investitionsbedarf

Lernen Sie eine neue Art der Zusammenarbeit kennen, ganz nach Wunsch flexibel von Eigenregie bis Catering oder Service GmbH. Rufen Sie uns an: 0 59 71 / 799 - 92 76

OPTIMALE PROZESSE – GESICHERTER ERFOLG.

**apetito**

Bonifatiusstraße 305 • 48432 Rheine • Tel: 0 59 71 / 799 - 0  
Fax: 0 59 71 / 799 - 93 50 • info@apetito.de • www.apetito.de

moren vorliegen und diese die Definition der Hauptdiagnose erfüllen.

Der OPS-Kode 1-636 (Diagnostische Intestinoskopie) wurde in der Version 2006 weiter ausdifferenziert zu Endoskopie des tiefen Jejunums und Ileums, einfach durch Push-Technik (1-636.0) oder durch Push-and-pull-back Technik (1-636.1). Entsprechend erfolgte die Anpassung des Beispiels 1 der **DKR P007a** (Endoskopie multipler Gebiete [Panendoskopie]) an die neuen Inhalte der Prozedurenschlüssel.

In der **DKR P014e** (Prozeduren, die normalerweise nicht verschlüsselt werden) wurden aufgrund der Erweiterung/Änderung der Prozedurenkodes zur Abbildung von Medikamenten die Ausnahmeregelungen für nicht kodierbare Prozeduren in der Tabelle 1 (Beispiele für nicht kodierbare Prozeduren) um den OPS-Kode 8-013 (Applikation von Medikamenten, Liste 2) erweitert.

Die Diagnosekodes (T86.01†, T86.02†) zur Dokumentation der akuten Graft-versus-host-Krankheit (GVHD) nach einer erfolgten Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen sind ab der ICD-10-GM Version 2006 als Kreuzcode in der Kreuz-/Stern-Systematik zu verschlüsseln. Die Graduierung der GVHD ist abhängig von den Stadien der Beteiligung der betroffenen Organe (Haut, Leber, Verdauungstrakt), die jetzt zusätzlich als Sterncode anzugeben sind. Die **DKR P015** (Organentnahme und Transplantation) wurde um einen entsprechenden Hinweis ergänzt. Im Weiteren wurde in dieser DKR die Tabelle Organ-/Gewebeentnahme und Transplantation an die in der OPS Version 2006 neu definierten Codes für Leberteilresektion und Hepatektomie zur Transplantation (OPS 5-503) angepasst.

## Spezielle Kodierrichtlinien

Bei den verbleibenden Speziellen Kodierrichtlinien ergaben sich zum Beispiel durch Kürzung mehrerer Kodierrichtlinien, durch notwendige Anpassungen an die jeweiligen neuen Versionen der Medizinischen Klassifikationen sowie durch Klarstellungsbedarf weitere Veränderungen. Die wesentlichen Veränderungen werden im Folgenden aufgeführt.

In der **DKR 0101d** (HIV/AIDS) erfolgte die Klarstellung, dass entgegen der Nebendiagnosendefinition alle bestehenden Manifestationen der HIV-Krankheit zu kodieren sind. Gestrichen wurden hier die Ausführungen zum Kaposi-Sarkom, da die Sachverhalte bereits in dem Unterabschnitt Reihenfolge und Auswahl der Codes sowie in den DKR zu Neubildungen abschließend geregelt sind.

Die Auswahlliste der Diagnosen, die zum klinischen Bild des diabetischen Fußes gehören können, wurde in der **DKR 0401d** (Diabetes mellitus) gestrichen. Die DKG empfahl die Beibehaltung der für den Anwender hilfreichen Auflistung, konnte sich jedoch an dieser Stelle nicht durchsetzen, da es sich um eine reine Wiedergabe von originär in der ICD-10-GM befindlichen Diagnosekodes handelte.

Die Hauptdiagnose einer alkoholassoziierten Pankreatitis ohne Organkomplikationen im Beispiel 2 der **DKR 0501e** (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope

Substanzen) ist durch die Ausdifferenzierung des Diagnosekodes K85.- (Akute Pankreatitis) in der Version 2006 mit nur einem Kode als alkoholinduzierte Pankreatitis (K85.20) dokumentierbar. Der Nebendiagnosekode F10.1 (Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol, schädlicher Gebrauch) dient somit an dieser Stelle nicht mehr der Beschreibung der alkoholischen Genese einer Pankreatitis und ist daher künftig nur dann zu kodieren, wenn die Nebendiagnosendefinition für den schädlichen Alkoholgebrauch erfüllt ist. Um weiterhin ein eindeutiges Beispiel zur Verfügung stellen zu können, wurde stattdessen der Diagnosekode für die Ösophagitis (K20) eingefügt, deren alkoholische Genese nur durch den zusätzlichen Kode dokumentierbar ist.

Die Kodierung des akuten Schlaganfalles einerseits und des alten Schlaganfalles andererseits stellte sich in der Vergangenheit in der praktischen Anwendung häufig als problematisch dar. Das Beispiel 2 der **DKR 0601e** (Schlaganfall) wurde daher überarbeitet, um die Abgrenzung zwischen akut und alt zu verdeutlichen und damit künftig Abrechnungsstreitigkeiten zu vermeiden.

In der **DKR 0901e** (Ischämische Herzkrankheit) wurde der Absatz zur Kodierung einer embolischen oder nicht atherosklerotischen Okklusion eines Koronarbypasses gestrichen. Nach der letztjährigen Anpassung des Abschnittes Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Maßnahmen in der DKR D002d (Hauptdiagnose) und somit auch einer veränderten Kodierung der ICD-10-GM-Kategorie T80-T88 (Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert) bestand hier eine widersprüchliche Regelung.

Aufgrund der Anpassung des Datensatzes mit einem Datenfeld für die Gesamtbeatmungsdauer ist für die Dokumentation einer Beatmung der Bezug zum ersten Tag der Leistung nicht weiter notwendig. Die Textpassage in der **DKR 1001d** (Maschinelle Beatmung) wurde entsprechend angepasst.

Bezüglich der Peritonealdialyse wurde in der **DKR 1401e** (Dialyse) klargestellt, dass neben der kontinuierlichen Hämofiltration, Hämodialyse und Hämodiafiltration auch für die kontinuierliche Peritonealdialyse (OPS 8-857.1-, .2-) mit der sechsten Stelle des Prozedurenschlüssels die Dauer der Maßnahme zu kodieren ist.

Die **DKR 1606e** (Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie [HIE]) wurde an den neu mit der ICD-10-GM Version 2006 eingeführten Kode P91.6 (Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie beim Neugeborenen [HIE]) angepasst. Solange jedoch keine Schweregradifferenzierung über den Diagnosekode möglich ist, sind die jeweiligen Schweregrade der HIE weiterhin über zusätzliche Codes zu dokumentieren.

Das Hypoglykämische Koma wird gemäß ICD-10-GM in der Kodegruppe E10-E14 (Diabetes mellitus) auf der vierten Stelle mit „6“ verschlüsselt. Die Angabe der vierten Stelle „0“ innerhalb der Regelung zur Insulinüberdosierung der **DKR 1916e** (Vergiftung durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen) widersprach der in der Diagnosenklassifikation empfohlenen Verschlüsselung und wurde korrigiert.

## Übergangsregeln

Obwohl es Hinweise gibt, dass die Budgetverhandlungen zwischen einzelnen Krankenhäusern und Kostenträgern zur Abrechnung unter DRG-Bedingungen trotz verpflichtender Einführung des DRG-Fallpauschalensystems zum 1. Januar 2004 bedauerlicherweise noch nicht abgeschlossen sind, wurden die Übergangsregeln zur Abrechnung nach der Bundespflegesatzverordnung auf Drängen der GKV aus den Kodierrichtlinien gestrichen. Diese können jedoch bis zum Vorliegen einer Budgetvereinbarung zur Abrechnung unter DRG-Bedingungen weiter genutzt werden, sind dann aber älteren Versionen der DKR zu entnehmen.

## Fazit

Das Konzept zur Verschlinkung der Deutschen Kodierrichtlinien und zur Erhöhung ihrer Anwenderfreundlichkeit wurde in diesem Jahr weiter verfolgt. Zusätzliche Klarstellungen zu komplexen Sachverhalten sollen eine eindeutige Kodierung ermöglichen und Abrechnungsstreitigkeiten zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen vermeiden. Hierdurch soll auch dem hohen administrativen Aufwand des medizinischen Personals im Krankenhaus zunehmend Rechnung getragen werden. Die Autoren sind sich nach langen Diskussionen innerhalb der Selbstverwaltung jedoch bewusst, dass die Komplexität der Kodierung keinesfalls zu unterschätzen ist. Auch wurde immer wieder deutlich, dass trotz eindeutiger Regelungen teilweise völlig sachfremde Anforderungen an die Kodierung im Rahmen

der Abrechnungsprüfung gestellt werden. Bei zunehmender Budgetwirksamkeit mit fortschreitender Konvergenzphase bleibt zu hoffen, dass die nun vorliegende, überarbeitete Version 2006 der Deutschen Kodierrichtlinien ihren Beitrag zu einer sachgerechteren Abbildung von Krankenhausleistungen im G-DRG-System leistet.

Die Verfasser bedanken sich bei allen Anwendern und Fachgesellschaften, die mit zahlreichen Hinweisen die kontinuierliche Weiterentwicklung des Systems unterstützt haben, und hoffen auf weitere Anregungen für die Zukunft.

Anschrift der Verfasser:

Claus Fahlenbrach/Nicola Köhler,  
Referenten im DKG-Dezernat Medizin,  
Dr. Nicole Schlottmann, Geschäftsführerin in der DKG,  
Dezernat Medizin, Wegelystraße 3, 10623 Berlin ■

Die Deutschen Kodierrichtlinien Version 2006 sind auf der Homepage der Selbstverwaltung ([www.g-drg.de](http://www.g-drg.de)) sowie auf der Homepage der Deutschen Krankenhausgesellschaft ([www.dkgev.de](http://www.dkgev.de)) abrufbar. Sie werden als Taschenbuch von der Deutschen Krankenhaus Verlagsgesellschaft einschließlich der Erläuterungen aus diesem Artikel veröffentlicht. Bestellung unter 02 11/17 92 35-20 oder unter [bestellung@dkgev.de](mailto:bestellung@dkgev.de). Der Einzelpreis beträgt 7,50 € (Staffelpreis ab 50 Exemplare 7,20 €, ab 100 Exemplare 6,70 €, ab 150 Exemplare 6,20 €).



Wir sind hier.

Eine gute Krankenversicherung ist da, wenn man sie braucht. Deshalb wendet die BKK jährlich über 7,3 Milliarden Euro für ambulante und stationäre Behandlungen in Krankenhäusern auf. Mehr Informationen unter [www.bkk.de](http://www.bkk.de)

