



### **Kodierempfehlung Nr. 1 (Konsens)**

**Schlagwort:** Niereninsuffizienz, terminale

**Stand:** 08.08.2005

**Aktualisiert:** 04.04.2006

#### **Problem/Erläuterung:**

Ist nach erfolgreicher Nierentransplantation außer Z94.0 *Zustand nach Nierentransplantation* auch zusätzlich N18.0 *Terminale Niereninsuffizienz* 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 N18.0 *Terminale Niereninsuffizienz* ist nicht begründet. Der Sachverhalt wird über den Code Z94.0 *Zustand nach Nierentransplantation* – eine Beeinflussung des Patientenmanagements vorausgesetzt – korrekt und spezifisch abgebildet.

**Kodierempfehlung Nr. 2 (Konsens)****Schlagwort:** Ambulantes Operieren, stationäre Aufnahme**Stand:** 08.08.2005**Aktualisiert:** 04.04.2006**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 18.03.2005 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 (Konsens)****Schlagwort:** Biopsie, Inzision**Stand:** 08.08.2005**Aktualisiert:** 04.04.2006**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 Code 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, Version 2006, Systematisches Verzeichnis, auf der 6. Stelle eine Spezifizierung des Verfahrens möglich.

**Kodierempfehlung Nr. 4 (Konsens)****Schlagwort:** Pseudarthrose**Stand:** 08.08.2005**Aktualisiert:** 04.04.2006**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 Code M84.1- *Nichtvereinigung der Frakturrenden [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 Frakturrenden [Pseudarthrose]* der spezifische Code.

**Kodierempfehlung Nr. 5 (Konsens)****Schlagwort:** Intervention, Nebendiagnose**Stand:** 08.08.2005**Aktualisiert:** 04.04.2006**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 D003d 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 (Konsens)****Schlagwort:** Dehnungsplastik**Stand:** 08.08.2005**Aktualisiert:** 04.04.2006**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-)?

**Kodierempfehlung:**

Die subkutane Mobilisierung von Haut reicht nicht zur Kodierung einer Lappenplastik (Dehnungsplastik). Sie ist Bestandteil eines primären Wundverschlusses. Kodiert werden kann die Dehnungsplastik bei der Erfordernis zusätzlicher Hautschnitte (VY-Plastik, Entlastungsschnitte) oder dem Einbringen von Expandern.

**Kodierempfehlung Nr. 7 (Konsens)****Schlagwort:** Diabetes, Gefäße**Stand:** 08.08.2005**Aktualisiert:** 04.04.2006**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 (Konsens)****Schlagwort:** Harnwegsinfekt**Stand:** 08.08.2005**Aktualisiert:** 04.04.2006**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 zentrifugierten 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



## Kodierempfehlung Nr. 9 (Konsens)

**Schlagwort:** Diabetes, entgleist

**Stand:** 08.08.2005

**Aktualisiert:** 03.05.2006

### 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 10) 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

## Kodierempfehlung Nr. 10 (Konsens)

**Schlagwort:** Insuffizienz, pulmonale

**Stand:** 08.08.2005

**Aktualisiert:** 04.04.2006

### 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 OP 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 ND akzeptiert, wenn sie als eigenständiges Krankheitsbild eine von der üblichen postoperativen Versorgung abweichende Behandlung erfordert.

**Kodierempfehlung Nr. 11 (Konsens)****Schlagwort:** R63.3 *Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung***Stand:** 08.08.2005**Aktualisiert:** 04.04.2006**Problem/Erläuterung:**

Kann R63.3 *Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung* bei (Klein-) Kindern bei den Diagnosen einer Gastroenteritis (Breach-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 D002d und D003d).

**Kodierempfehlung Nr. 12 (Konsens)****Schlagwort:** Biopsie am Knochenmark, Biopsie an Knochen**Stand:** 08.08.2005**Aktualisiert:** 04.04.2006**Problem/Erläuterung:**

Wann ist die Schlüsselnummer 1-424 *Biopsie ohne Inzision am Knochenmark* korrekt, wann ist der OPS-Kode 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 Inzisions-Kode kann nur dann Verwendung finden, wenn das Zielorgan operativ freigelegt wird.

**Kodierempfehlung Nr. 13 (Konsens)****Schlagwort:** Befunde, abnorme**Stand:** 08.08.2005**Aktualisiert:** 04.04.2006**Problem/Erläuterung:**

In der DKR D003d 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 (Konsens)

**Schlagwort:** Alkoholrausch

**Stand:** 08.08.2005

**Aktualisiert:** 04.04.2006

### 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 überwiegend nicht medizinisch verwendeten Substanzen, Toxische Wirkung von Alkohol*

### Kodierempfehlung:

In Kapitel XIX der ICD-10-GM Version 2006 sind Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00 - T98) aufgelistet. Darunter fallen aus unserer Sicht 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 1918a).

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 2006 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. Aus unserer Sicht sind daher die entsprechenden Krankenhausfälle mit dieser Schlüsselnummer korrekt kodiert.

**Kodierempfehlung Nr. 15 (Konsens)****Schlagwort:** Shuntkomplikation**Stand:** 08.08.2005**Aktualisiert:** 04.04.2006**Problem/Erläuterung:**

HD 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 Code 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 D002d ist hier ausnahmsweise der T-Kode der spezifischere.

**Kodierempfehlung Nr. 16 (Konsens)**

**Schlagwort:** Kachexie  
**Stand:** 08.08.2005  
**Aktualisiert:** 04.04.2006

**Problem/Erläuterung:**

Wann darf R64 (Kachexie) verschlüsselt werden?

**Kodierempfehlung:**

Mindestvoraussetzungen: Dokumentation von Größe und Gewicht und Aufwand.

Neben der allgemeinen Definition (schwere Form der Abmagerung mit Atrophie) fordern wir mindestens einen BMI von 15% unter dem Minimum der Norm (z.B. 20-60 Jahre: BMI kleiner 16).

(Quelle: Pschyrembel, Definition Abmagerung)



**Kodierempfehlung Nr. 17 (Konsens)****Schlagwort:** MRSA**Stand:** 08.08.2005**Aktualisiert:** 04.04.2006**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 (Konsens)****Schlagwort:** Obturation, Obstipation**Stand:** 08.08.2005**Aktualisiert:** 04.04.2006**Problem/Erläuterung:**

Abgrenzung Obturation versus Obstipation

**Kodierempfehlung:***K56.4 Sonstige Obturation des Darmes:*

Verlegung des Lumens durch mechanisches Hindernis steht im Vordergrund.

*K59.0 Obstipation:*

Funktionell, z. B. mehrere Tage keinen Stuhlgang wegen Darmträgheit.

**Kodierempfehlung Nr. 19 (Konsens)****Schlagwort:** Hypothermie, postoperative**Stand:** 08.08.2005**Aktualisiert:** 04.04.2006**Problem/Erläuterung:**

Postoperative Hypothermie, deshalb verlängert beatmet und feuchte Wärme, intraoperativ bereits Gegenmaßnahmen (Bairhugger und Infusionswärmer), OP: Tumornephrektomie, Dauer 3 Std. KH kodiert T88.8 *Sonstige näher bezeichnete Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert*, da T88.5 *Sonstige Komplikation infolge Anästhesie* nicht CCL-relevant. Begründung: Anästhesie habe Gegenmaßnahmen ergriffen, Grund der Hypothermie sei der Eingriff, nicht die Anästhesie.

**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 (Konsens)****Schlagwort:** Shuntkomplikation**Stand:** 08.08.2005**Aktualisiert:** 04.04.2006**Problem/Erläuterung:**

Verschlüsselung der Hauptdiagnose bei Patienten mit Aufnahme wegen Shunt-Thrombose.

**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: I74.- *Arterielle Embolie und Thrombose*.

**Kodierempfehlung Nr. 21 (Konsens)****Schlagwort:** Stauungspneumonie**Stand:** 08.08.2005**Aktualisiert:** 04.04.2006**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 (Konsens)****Schlagwort:** Weiterbehandlung**Stand:** 08.08.2005**Aktualisiert:** 04.04.2006**Problem/Erläuterung:**

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

**Kodierempfehlung:**

Wird ein Patient nach ACVB-OP 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 (Konsens)****Schlagwort:** Antikoagulanzen**Stand:** 08.08.2005**Aktualisiert:** 04.04.2006**Problem/Erläuterung:**

Wie werden Fälle mit Neueinstellung auf orale Antikoagulation (z. B. Phenprocoumon) oder bei Pausierung (z. B. wegen OP) und anschließender Neueinstellung kodiert?

Wann kann D68.3 *Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen und Antikörper* kodiert werden?

**Kodierempfehlung:**

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

Tritt während einer Dauertherapie mit Antikoagulanzen eine Blutung durch diese auf, ist die Art der Blutung und zusätzlich D68.3 Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen zu kodieren.

## Kodierempfehlung Nr. 24 (Konsens)

**Schlagwort:** Gastroenteritis, Erregernachweis, A09, K52.9

**Stand:** 08.08.2005

**Aktualisiert:** 04.04.2006

### Problem/Erläuterung:

Kodierung einer akuten Gastroenteritis ohne Erregernachweis als A09 *Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen 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 A09 *Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen 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 (Konsens)****Schlagwort:** Anämie, Folsäuremangel**Stand:** 08.08.2005**Aktualisiert:** 04.04.2006**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 (Mehrheitsvotum)**

**Schlagworte:** Eine Maßnahme, mehrere Nebendiagnosen  
**Stand:** 28.02.2006

**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 KHK, 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.

**Kodierempfehlung Nr. 27 (Konsens)****Schlagworte:** Ätiologie, Manifestation**Stand:** 28.02.2006**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 Bezug auf die Reihenfolge von Ätiologie-/ Manifestationskodes keine Einschränkung.  
Hauptdiagnose ist in diesem Fall I50.01 *Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz*

**Kodierempfehlung Nr. 29 (Mehrheitsvotum)****Schlagworte:** TIA, Hirninfarkt**Stand:** 28.02.2006**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 D002d Hauptdiagnose anzuwenden („... ist vom behandelnden Arzt diejenige auszuwählen, ...“).

**Kodierempfehlung Nr. 30 (Mehrheitsvotum)****Schlagworte:** Anästhesie, intravenöse**Stand:** 28.02.2006**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

Die anästhesiologischen Fachgesellschaften sehen in der intravenösen Gabe von Propofol die Voraussetzungen für eine Allgemeinanästhesie gegeben, wobei konsequent die Anwesenheit eines Anästhesisten bzw. eines in der Intensivmedizin erfahrenen Arztes gefordert wird.

Folgende Voraussetzungen sollten für die Anerkennung der 8-900 gegeben sein:

- Vorliegen des Anästhesieprotokolls bzw. Überwachungsbogen mit / Herzfrequenz/RR-Messungen/O<sub>2</sub>-Sättigungskurve/Medikamenten-Dosis
- Dokumentierte Anwesenheit eines zweiten Arztes

**Kodierempfehlung Nr. 31 (Mehrheitsvotum)****Schlagworte:** Insektenstich**Stand:** 28.02.2006**Problem/Erläuterung**

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

T78.3 *Angioneurotisches Ödem* oder T63.4 *Toxische Wirkung: 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 (Mehrheitsvotum)**

**Schlagworte:** Frührehabilitation, postoperativ

**Stand:** 28.02.2006

**Problem/Erläuterung**

Ab wann darf 8-550, 8-552 oder 8-559 verschlüsselt werden?

Manche Kliniken kodieren bei elektiven operativen Behandlungsfällen diese Codes bereits ab Aufnahmetag.

**Kodierempfehlung**

Die Berechnung der Behandlungstage eines Codes aus 8-550, 8-552, 8-559 ist in diesen Fällen frühestens ab dem OP-Tag möglich, sofern die Voraussetzungen gemäß OPS Version 2006 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 (Mehrheitsvotum)**

**Schlagworte:** Hauptdiagnose, externe Verlegung Geriatrie

**Stand:** 28.02.2006

**Problem/Erläuterung**

Bei Verlegung in die Geriatrie eines anderen KH 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 (Mehrheitsvotum)****Schlagworte:** Schwellung, postoperativ**Stand:** 28.02.2006**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 (Mehrheitsvotum)****Schlagworte:** Diabetes, KHK**Stand:** 28.02.2006**Problem/Erläuterung**

Ist die KHK als eine Komplikation des Diabetes mellitus zu verschlüsseln?  
Atherosklerose ist multifaktorielles Geschehen, Risikofaktor u. a. Diabetes mellitus. Manifestation an den Koronargefäßen = KHK. Beisp. 5, S. 77, DKR Version 2006, beschreibt periphere vaskuläre Komplikationen in Form einer Atherosklerose. Wird von einigen Krankenhäusern analog auf die Atherosklerose der Koronarien übertragen.

**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 (Mehrheitsvotum)****Schlagworte:** Karzinom, Portanlage**Stand:** 28.02.2006**Problem/Erläuterung**

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 0201e ist der Malignomcode 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 (Mehrheitsvotum)**

**Schlagworte:** Insuffizienz, respiratorische

**Stand:** 28.02.2006

**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.

**Kodierempfehlung Nr. 39 (Mehrheitsvotum)****Schlagworte:** Tachyarrhythmie, Hyperthyreose**Stand:** 28.02.2006**Problem/Erläuterung**

Ein Patient wird vom Notarzt wegen Tachyarrhythmie eingewiesen. Im Routine-labor 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 (Konsens)**

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

**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

Das UARS ist eine Sonderform des Schlafapnoe-Syndroms, so dass der Kode G47.3 *Schlafapnoe* 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 (Konsens)****Schlagworte:** Tumorschmerz, Schmerztherapie**Stand:** 28.02.2006**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 *Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen*. Nach DKR 2006, 1806d 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 (Konsens)**

**Schlagworte:** Hypokaliämie, drohende, Kaliumgabe, Herzchirurgie

**Stand:** 28.02.2006

**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 2006 D001a nicht zu kodieren.



**Kodierempfehlung Nr. 43 (Konsens)**

**Schlagworte:** Ileostoma, Rückverlagerung, Teilresektion, Ileum

**Stand:** 28.02.2006

**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 Enterostoma, Ileostoma* zu kodieren. Das Anfrischen der Resektionsränder ist integraler Bestandteil der Prozedur und wird somit nicht zusätzlich kodiert.

**Kodierempfehlung Nr. 44 (Konsens)****Schlagworte:** Nasenseptumdeviation**Stand:** 28.02.2006**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 (Mehrheitsvotum)**

**Schlagworte:** Stichwort: Angina pectoris, Brustschmerz, Thoraxschmerz

**Stand:** 28.02.2006

**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 I20 bis I25 *Ischämische Herzkrankheiten*.

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.

**Kodierempfehlung Nr. 48 (Mehrheitsvotum)**

**Schlagworte:** Commotio, Schädel-Hirn-Trauma, Gehirnerschütterung

**Stand:** 28.02.2006

**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 D002d, Abschnitt Schlüsselnummern 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 D008b gewertet und damit der Kode S06.0 *Gehirnerschütterung* als Hauptdiagnose verwendet werden.

## Kodierempfehlung Nr. 53 (Konsens)

**Schlagworte:** Intubation, schwierig, misslungen

**Stand:** 28.02.2006

### Problem/Erläuterung

Wann darf T88.4 *Misslungene oder schwierige Intubation* als Nebendiagnose kodiert werden?

### Kodierempfehlung

"Eine Intubation ist erst dann schwierig, 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." (Larsen, Anästhesie, 7. Auflage 2003)

"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." (Larsen, s. o.)

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 müsste auf dem eigentlichen Protokoll über Narkose und Operation vermerkt und mit Text beschrieben sein.

Weiter müsste 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.

Eine schwierige Intubation kann als sicher betrachtet werden, wenn technische Hilfsmittel zur Anwendung kamen, z. B.:

Fiberendoskopische Intubation

Intubation mit der Intubationslarynxmaske

Intubation mit dem Kombi-Tubus

Verwendung von speziellen Laryngoskopen

Notfallrohr

Koniotomie

**Kodierempfehlung Nr. 55 (Mehrheitsvotum)****Schlagworte:** Suizidversuch**Stand:** 28.02.2006**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 *mit X84.9! Vorsätzliche Selbstbeschädigung* nicht als Hauptdiagnose verwendet werden. Sofern der Suizidversuch als Symptom einer psychiatrischen Erkrankung diagnostiziert wird, wird die psychiatrische Erkrankung, z.B. Depression, als Hauptdiagnose verschlüsselt. Bei fehlendem Nachweis einer psychiatrischen Erkrankung wird das Symptom mit R45.8 *Sonstige Symptome, die die Stimmung betreffen* kodiert.

**Kodierempfehlung Nr. 56 (Mehrheitsvotum)****Schlagworte:** Diabetes, pAVK, Diabetischer Fuß**Stand:** 28.02.2006**Problem/Erläuterung**

Was ist Hauptdiagnose bei peripherer arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK) und gleichzeitig bestehendem Diabetes mellitus?

Diabetischer Fuß wird kodiert mit E10-E14, vierte Stelle -.7. Periphere vaskuläre Erkrankungen, die in kausalem Zusammenhang mit Diabetes mellitus stehen, sind mit E10-E14, vierte Stelle -.5 zu verschlüsseln (DKR 0401d).

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. Das Krankenhaus kodiert pAVK als Hauptdiagnose und Diabetischen Fuß als Nebendiagnose.

**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 -.7). 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 0401d, Beispiele 5 und 9)

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 -.7 nicht kodiert werden.

**Kodierempfehlung Nr. 57 (Mehrheitsvotum)****Schlagworte:** Schlafapnoe, Operation, Nasenseptum**Stand:** 28.02.2006**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 *Nasenseptumdeviation*), sondern die Schlafapnoe-Erkrankung (G47.3 *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 D002d ist nicht die Ätiologie bzw. der pathophysiologische Befund, sondern die Schlafapnoe-Erkrankung als Hauptdiagnose anzugeben. Diese Bewertung wird von allen Selbstverwaltungspartnern mitgetragen. Das InEK wird Anfragen dazu entsprechend beantworten.



**Kodierempfehlung Nr. 59 (Mehrheitsvotum)**

**Schlagworte:** Wiederaufnahme, Komplikation, Chemotherapie, Neutropenie, Nebenwirkungen  
**Stand:** 28.02.2006

**Problem/Erläuterung**

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

**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 DD 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/ $\mu$ l).

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 (Mehrheitsvotum)****Schlagworte:** Anämie, Neubildungen, Chemotherapie**Stand:** 28.02.2006**Problem/Erläuterung**

Kodierung therapiebedingter Anämie in der Onkologie durch

- D63.0\* *Anämie bei Neubildungen* = Tu-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* (2006) sachgerecht kodiert. Eine Differenzierung ist bei gleichzeitig bestehender Tumoranämie aufgrund der Erythrozytenüberlebenszeit oftmals schwierig, jedoch bei Tumorpatienten ohne vorbestehende Tumorinduzierte Anämie sinnvoll möglich.

**Kodierempfehlung Nr. 61 (Mehrheitsvotum)****Schlagworte:** Metastasen, multiple, Chemotherapie**Stand:** 28.02.2006**Problem/Erläuterung**

Systemische Chemotherapie wegen multipler Metastasen bei metastasiertem Tu-Leiden:

z.B.: Chemotherapie bei Lebermetastasen und Mammacarcinom. 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:

Die Knochenmetastasen können daher kodiert werden (vgl. DKR D002d Nebendiagnosen).

**Kodierempfehlung Nr. 65 (Mehrheitsvotum)****Schlagworte:** Brustschmerzen, Angina pectoris**Stand:** 28.02.2006**Problem/Erläuterung**

Patient mit bekannter KHK 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, insofern sie behandelt wurde (DKR D008b Verdachtsdiagnose).

**Kodierempfehlung Nr. 66 (Konsens)**

**Schlagworte:** Lungenembolie, Beinvenenthrombose

**Stand:** 28.02.2006

**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 (D002d). Lungenembolie ist eine eigenständige Diagnose, kein Symptom.

**Kodierempfehlung Nr. 67 (Konsens)**

**Schlagworte:** Hyperglykämie, Cortison  
**Stand:** 28.02.2006

**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 1917d 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 (Mehrheitsvotum)**

**Schlagworte:** Peritonealkatheter, Niereninsuffizienz, Dialyse

**Stand:** 28.02.2006

**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

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

**Kodierempfehlung Nr. 69 (Mehrheitsvotum)**

**Schlagworte:** Commotio, Schädel-Hirn-Trauma, Gehirnerschütterung

**Stand:** 28.02.2006

**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 D008b Verdachtsdiagnosen).

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



**Kodierempfehlung Nr. 70 (Konsens)**

**Schlagworte:** Fraktur, pathologische, bösartige Neubildungen, Osteoporose  
**Stand:** 28.02.2006

**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 4. Stelle von M80.- anzugeben, somit entfällt ein Nebendiagnosen-Schlüssel aus dem Fraktur-Kapitel.

**Kodierempfehlung Nr. 72 (Mehrheitsvotum)**

**Schlagworte:** Shunt-Anlage, Fettstoffwechselstörung, Dialyse, Apherese  
**Stand:** 28.02.2006

**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 bezieht sich ausschließlich auf chirurgisch angelegte arteriovenöse Fistel/Shunt bei Niereninsuffizienz. Eine analoge Anwendung der DKR ist nicht zulässig.

### **Kodierempfehlung Nr. 73 (Konsens)**

**Schlagworte:** AT III - Mangel, Antithrombin, Koagulopathie

**Stand:** 28.02.2006

#### **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 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. Per Definition gehört AT III zu den plasmatischen Gerinnungsfaktoren.

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 hepatoogene, kardiogene und Immunkoagulopathien.

Der Überbegriff eines AT III - Mangels ist somit die Koagulopathie (D68.8 *Sonstige näher bezeichnete Koagulopathie*).

## Kodierempfehlung Nr. 75 (Konsens)

**Schlagworte:** Beatmung, nichtinvasive, Maske

**Stand:** 28.02.2006

### 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 1001d 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.

**Kodierempfehlung Nr. 76 (Konsens)**

**Schlagworte:** Zerebralparese, infantile, Kontrakturen, operative Behandlung  
**Stand:** 28.02.2006

**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 D004d 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 Zerebralparese* und weitere relevante Erscheinungen (z.B. Inkontinenz) sind als Nebendiagnose zu kodieren.

**Kodierempfehlung Nr. 77 (Mehrheitsvotum)****Schlagworte:** Fieber, postoperativ**Stand:** 28.02.2006**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" iv.-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 Nebendiagnose erfüllt, ist es als Symptom mit R50.9 *Fieber, nicht näher bezeichnet* zu verschlüsseln, sofern nicht tatsächlich eine Infektion nachgewiesen wurde.

## Kodierempfehlung Nr. 78 (Mehrheitsvotum)

**Schlagworte:** Darmperforation, Verletzung, iatrogen

**Stand:** 28.02.2006

### 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 D002d, 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 (Konsens)**

**Schlagworte:** Hyperglykämie, postoperativ, Hypoinsulinämie

**Stand:** 28.02.2006

**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 (Konsens)****Schlagworte:** Gelenkinfektion, Empyem**Stand:** 28.02.2006**Problem/Erläuterung**

Aufnahme zur Behandlung eines Schultergelenkempyems. Nachweis von *Staphylococcus aureus*. Wochen vorher war eine intraartikuläre Injektion dort vorgenommen worden. Welche Kodierung der Hauptdiagnose und der Nebendiagnose?

**Kodierempfehlung**

Diese Erkrankung ist mit dem ICD-Kode M00.01 *Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken, Schulterregion* als Hauptdiagnose vollständig verschlüsselt. Der ICD-Kode T81.4 *Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert* kommt als Hauptdiagnose nicht in Frage, da zum einen nicht erwiesen ist, dass es sich bei der Erkrankung um eine Infektion nach einer medizinischen Maßnahme gehandelt hatte. Zum anderen ist dieser Code nicht spezifisch genug, um das Krankheitsbild in gleicher Weise wie der als Hauptdiagnose vorgeschlagene Code abzubilden (DKR D002d).

Die zusätzliche Verschlüsselung mit B95.6! *Staphylococcus aureus als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapitel klassifiziert sind* ist nicht möglich, da der Keim in der Rubriküberschrift von M00.0- enthalten ist.

**Kodierempfehlung Nr. 81 (Konsens)**

**Schlagworte:** Zusatzentgelt, Nebendiagnose, AT III, Antithrombin

**Stand:** 28.02.2006

**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 (2005/2006).

**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.