

Dr. Wolfgang Fiori/Sebastian Irps/Christian Juhra/Dr. Ralf Engels/
Norbert Loskamp/Helga Norda/Christiane Koitka/Dr. Stefan Glocker/
Dr. Beatrix Brinckwirth/Prof. Dr. Ludwig Kiesel/PD Dr. Norbert Roeder

Kodierung in der Geburtshilfe – ein Buch mit 7 Siegeln?

Die Geburtshilfe ist unter vielerlei Aspekten ein besonderes Fach. Im Mittelpunkt stationärer Aufnahmen stehen nicht ausschließlich Erkrankungen, sondern häufig der ganz normale Vorgang der Geburt. Im Hinblick auf die Dokumentation bedeutet dies, dass die sonst allgemeinen Prinzipien zur Wahl von Haupt- und Nebendiagnose im einzuführenden DRG-System nicht ohne weiteres auf die Geburtshilfe übertragen werden können. Die seit dem 1. Januar 2002 für alle Krankenhäuser gültigen Deutschen Kodierrichtlinien¹⁾ versuchen diesem Umstand Rechnung zu tragen und führen allein 29 spezielle Kodierregeln zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett und nochmals 6 zur Versorgung Neugeborener auf. In keinem anderen Fach- oder Organgebiet ist der Bedarf an speziellen Regelungen so hoch. Dennoch sind die Deutschen Kodierrichtlinien, die sich stark an den Australian Coding Standards (ACS)²⁾ orientieren, bezüglich der Geburtshilfe weder in sich konsistent noch umfassend genug. Die eindeutige Kodierung häufig auftretender klinischer Konstellationen kann mit dem vorhandenen Regelwerk nicht befriedigend bewerkstelligt werden. Nachfolgend weisen die Autoren auf Lücken und Probleme hin und zeigen Lösungsansätze auf.

Geburtshilfliche DRGs

Das australische DRG-System weist im Bereich der Geburtshilfe und der Neonatologie viele Besonderheiten auf. So wurde zum Beispiel speziell für die Geburtshilfe eine eigene Fehler-DRG, die 962Z *Unakzeptable Diagnosekombination* (Geburtshilfe) geschaffen.³⁾ Um eine Eingruppierung gewöhnlicher Fälle in diese Fehler-DRG (in Queensland hat die DRG 962Z ein Relativgewicht von 0⁴⁾) zu verhindern, bedarf es umständlicher Kodierregeln, die sich oft nicht aus der klinischen Sicht der Fälle begründen lassen.

Noch weitere Besonderheiten zeichnen die Geburtshilfe im australischen DRG-System aus. Basis-DRGs können entsprechend ihrem ökonomischen Schweregrad in verschiedene abrechenbare DRGs gesplittet werden. Von den 196 gesplitteten Basis-DRGs sind nur 6 in 4 abrechenbare DRGs unterteilt worden.⁵⁾ Von diesen 6 wiederum finden sich 2 in der Geburtshilfe (Kaiserschnitt, Vaginale Entbindung) und 3 in der Neonatologie. Laut Ver-

trag der Selbstverwaltung soll das deutsche DRG-System jedoch maximal dreifach gesplittete Basis-DRGs enthalten.⁶⁾ Entsprechende Anpassungsvorschläge sind noch nicht bekannt. Von den vorhandenen Kriterien zur Abbildung der ökonomischen Schweregrade ist die patientenbezogene klinische Komplexitäts- und Komorbiditätsstufe (PKKS) das häufigste Splittkriterium. In der Geburtshilfe und der Neonatologie spielt der PKKS-Wert hingegen keine Rolle.

Im australischen DRG-System werden Geburten üblicherweise in die Basis-DRGs O01 *Kaiserschnitt* und O60 *Vaginale Entbindung* eingruppiert, die jeweils weiter in 4 abrechenbare DRGs (A–D) unterteilt sind.⁷⁾ Als primäres Zuordnungskriterium dient entweder ein „Entbindungskode“ (O15.1, O60–O82) oder ein anderer Schlüssel aus dem ICD-10-Kapitel XV⁸⁾ (mit wenigen Ausnahmen, zum Beispiel: O01–O09, O20, O28, O47) im Zusammenhang mit der Angabe des *Resultats der Entbindung* (Z37.–!). Für die Basis-DRG O01 *Kaiserschnitt* ist zudem noch eine OPS-Sectio-Prozedur⁹⁾ erforderlich. Als Splittkriterien dienen Kombinationen von Diagnosen, die in speziellen Listen aufgeführt sind. Die Listen sind bis auf wenige logische Ausnahmen für beide Basis-DRGs identisch. Irrelevant für das ökonomische Splitting ist die Tatsache, ob diese Diagnosen als Haupt- oder Nebendiagnosen verschlüsselt wurden!

Auch die Gruppierung in der Neonatologie geht einen Sonderweg im australischen DRG-System. Hier erfolgt die Zuordnung zur Basis-DRG im Wesentlichen über das Aufnahmegewicht (Geburtsgewicht), die Aufenthaltsdauer, eine eventuelle operative Prozedur, Beatmung oder Schrittmacherimplantation. Splittkriterien für die abrechenbaren DRGs stellen auch hier Diagnosen aus einer speziellen, DRG-individuellen Liste aufwändiger Diagnosen dar. PKKS-Wert und Wahl der Hauptdiagnose sind für die Gruppierung Neugeborener innerhalb der Hauptdiagnosekategorie ebenfalls unwichtig.⁷⁾

Wahl der Hauptdiagnose in der Geburtshilfe

Im Gegensatz zu anderen Fachgebieten spielt die Wahl der Hauptdiagnose innerhalb des ICD-10-Kapitels XV *Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett* (O00–O99) im Gruppieralgorithmus für die Geburtshilfe keine herausragende Rolle. In seltenen Fällen wird die Entscheidung für eine Hauptdiagnose das Gruppierungsergebnis beeinflussen. Um jedoch eine einheitliche Kodierung zu gewährleisten, die als Voraussetzung zur Weiterentwicklung des Systems, zum internen Controlling und zur wissen-

schaftlichen Auswertung gilt, sollten trotzdem klare und stringente Regeln zur Kodierung in der Geburtshilfe entwickelt werden. In den Allgemeinen Kodierrichtlinien finden sich die in Abbildung 1 und Abbildung 2 angegebenen Definitionen für Haupt- und Nebendiagnosen.

Schon hier stellt sich die Frage, welchen Status man der Entbindung und möglichen Entbindungskomplikationen

Abbildung 1: Hauptdiagnosedefinition in den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR 002a)

Die **Hauptdiagnose** wird definiert als:

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

Abbildung 2: Nebendiagnosedefinition in den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR 003a)

Die **Nebendiagnose** ist definiert als:

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

Abbildung 3: Zuordnung der Hauptdiagnose bei einer Entbindung (DKR 1511a)

Zuordnung der Hauptdiagnose bei einer Entbindung

Wenn ein Krankenhausaufenthalt mit der Entbindung eines Kindes verbunden ist, die Patientin jedoch wegen eines behandlungsbedürftigen vorgeburtlichen Zustandes aufgenommen worden ist, ist folgendermaßen vorzugehen:

- Wenn eine Behandlung von **mehr als 7 Tagen** vor der Geburt erforderlich war, ist der vorgeburtliche Zustand zu kodieren.
- In allen anderen Fällen ist die Diagnose, die sich auf die Entbindung bezieht, als Hauptdiagnose zuzuordnen.

Abbildung 4: Entbindungskodes

O60–O75	Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung
O80–O82	Entbindung

Abbildung 5: Spontane vaginale Entbindung eines Einlings (DKR 1506a)

O80 Spontangeburt eines Einlings

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

- ohne** Vorliegen von Diagnosen (Anomalien/Komplikationen), die an anderer Stelle im Kapitel XV „Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“ aufgeführt sind, und
- ohne** manuelle oder instrumentelle Maßnahmen.

einräumt. In den speziellen Kodierrichtlinien findet man meist nur indirekte Hinweise zur Diagnosehierarchie. In der DKR 1511a (siehe Abbildung 3) wird hierzu jedoch explizit Stellung bezogen.

Diese Regel steht im Einklang mit den in den Allgemeinen Kodierrichtlinien formulierten Grundsätzen. Es ist unwahrscheinlich, dass eine Schwangere mehr als 7 Tage vor der Geburt ohne weitere durch Diagnosen beschreibbare Gründe aufgenommen wurde. Diese wären veranlassend für den stationären Aufenthalt und somit als Hauptdiagnose anzugeben.

Welche Diagnosen sich auf eine Entbindung beziehen können, ist in den Deutschen Kodierrichtlinien nicht definiert. Im engeren Sinne kommen jedoch nur Codes aus den Gruppen in Abbildung 4 sowie die O15.1 *Eklampsie unter der Geburt* in Betracht.

Bei diesen Diagnosen erfolgt eine Eingruppierung in die Entbindungs-DRGs (O01 und O60), ohne dass zusätzlich das *Resultat der Entbindung* (Z37.–!) berücksichtigt werden muss. Klinisch handelt es sich dabei überwiegend um Diagnosen, die nur im Zusammenhang mit einer stattgefundenen Entbindung sinnvoll verschlüsselt werden können.

Setzt man die DKR 1511a konsequent um, wird es jedoch zu Widersprüchen mit anderen speziellen Kodierrichtlinien kommen. In der DKR 1519a wird bei einer Frühgeburt folgende Kodierung vorgeschrieben: „Wenn der Grund für die Frühgeburt bekannt ist, ist dieser Grund als Hauptdiagnose zu verschlüsseln, gefolgt von O60 (*Vorzeitige Entbindung*) als Nebendiagnosecode.“ Ist ein vorgeburtlicher Zustand Grund für die Frühgeburt (zum Beispiel Zervixinsuffizienz, vorzeitiger Blasensprung, Präeklampsie etc.) bekannt, aber die Entbindung findet innerhalb von 7 Tagen nach der stationären Aufnahme statt, ist nicht schlüssig, welcher speziellen Kodierrichtlinie zu folgen ist.

Fataler, weil mit der Gefahr einer Fehlgruppierung (in die Fehler-DRG 962Z) verbunden, ist die Anwendung der DKR 1511a bei der häufigen spontanen, komplikationslosen vaginalen Entbindung und zusätzlichem Vorliegen von Schwangerschaftskrankheiten oder anderen vorgeburtlichen Zuständen, die mit einem Code aus dem ICD-Kapitel XV (O00–O99) beschrieben werden können. Auch hier soll nach der DKR 1511a ein Entbindungskode als Hauptdiagnose angegeben werden, wenn die Entbindung innerhalb der 7-Tage-Frist erfolgt. Der einzige Diagnosecode, der eine komplikationslose vaginale Entbindung beschreibt, ist die O80 *Spontangeburt eines Einlings*. In der DKR 1506a (siehe Abbildung 5) wird aber ausdrücklich die gemeinsame Angabe der O80 mit einem anderen Schlüssel aus dem ICD-Kapitel XV ausgeschlossen.

Setzt man sich in unserem Beispielfall (siehe Beispiel 1) über die DKR 1506a hinweg und verschlüsselt die O80 als Hauptdiagnose, kommt es zur Eingruppierung in die Fehler-DRG 962Z, in die alle Fälle, die eine O80 mit einer weiteren O-Diagnose im Datensatz enthalten, eingruppiert werden. Dieses Gruppierungsergebnis kann nicht er-

wünscht sein. Ignoriert man hingegen die DKR 1511a und kodiert den Diabetes als Hauptdiagnose, so erfolgt eine „korrekte“ Eingruppierung in die Basis-DRG O60 *Vaginale Entbindung*.

Mit verursacht ist dieses Dilemma durch einen logischen Übertragungsfehler bei der Übersetzung der australischen Coding Standards. Wie aus dem Vergleich der DKR 1511a (siehe Abbildung 3) und der Originalregel aus den Australian Coding Standards (ACS 1515)²⁾ ersichtlich, wurde bei der „Übersetzung“ folgender Passus hinzugefügt:

„In allen anderen Fällen ist die Diagnose, die sich auf die Entbindung bezieht, als Hauptdiagnose zuzuordnen.“

Über die Verschlüsselung von Fällen, die weniger als 7 Tage vor Entbindung aufgenommen wurden, schreibt die australische Kodierrichtlinie ACS 1515 nichts vor. Die deutschen Kodierrichtlinien weichen selbst von der DKR 1511a ab. Beispiel 2 stammt aus der DKR 1522 a.

Der Kode O36.4 bezieht sich auf einen vorgeburtlichen Zustand und muss nicht zwangsläufig mit einer Geburt im gleichen stationären Aufenthalt in Verbindung stehen. Nach der DKR 1511a wäre dieses Beispiel nur bei einer Aufnahme von mehr als 7 Tagen vor Entbindung richtig verschlüsselt, da sonst ein „Entbindungskode“ als Hauptdiagnose gefordert wird.

Dennoch lässt sich die Widersprüchlichkeit nicht vollständig durch das Ignorieren des Übersetzungsfehlers beseitigen. Bei Einhaltung der DKR 1506 a muss man sich von den Haupt- und Nebendiagnosedefinitionen der Allgemeinen Kodierrichtlinien entfernen. Bei einem Dammriss ist es noch verständlich, den Dammriss unter der Geburt als Hauptdiagnose zu verschlüsseln, insbesondere, wenn man den Kode als „Geburt mit Dammriss“ und nicht als reine Komplikation verstehen will. Schwerer verständlich ist es, dass auch wenig relevante Schwangerschaftskrankheiten oder postpartale Komplikationen als Hauptdiagnose zu kodieren sind. Bezogen auf die in Kodierfortbildungen intensiv geschulten allgemeinen Grundsätze, ist es dem kodierenden Kliniker schwer vermittelbar, nun zum Beispiel plötzlich den lebendgeborenen Einling (Z37.0!) als Nebendiagnose einer postpartalen Komplikation zum Beispiel Thrombose (Hauptdiagnose) zu verschlüsseln.

Verantwortlich für dieses Dilemma sind der Gruppierungsalgorithmus und die Existenz der Fehler-DRG 962Z. Die offensichtliche Notwendigkeit des Ausschlusses der O80 aus dem Datensatz im Zusammenhang mit anderen Diagnosen aus dem Kapitel XV ist nicht ersichtlich. Auf die Ermittlung des Schweregrads in den geburtshilflichen DRGs hat die O80 keinen Einfluss.

Neben den O-Diagnosen (ICD-Kapitel XV) führen auch die in Tabelle 1 aufgeführten Diagnosen mit der O80 im gleichen Datensatz zur Gruppierung in die Fehler-DRG 962Z. Die deutschen G-DRGs werden auf Grundlage der Version 4.1 der AR-DRGs (Australian Refined DRGs) entstehen.

Beispiel 1: Was verschlüssele ich als Hauptdiagnose?

Aufnahme mit entgleistem Schwangerschaftsdiabetes, spontane vaginale Geburt innerhalb von 7 Tagen.
Hauptdiagnose: ?
Nebendiagnose: O24.4 Diabetes mellitus, während d. Schwangerschaft auftretend
Z37.0 Lebendgeborener Einling

Beispiel 2: Möglicher Widerspruch zu der DKR 1511 a (DKR 1522 a)

Die Patientin wird in der 42. Schwangerschaftswoche mit intrauterinem Fruchttod aufgenommen. Die Geburt wird mittels Amniotomie eingeleitet.
Hauptdiagnose: O36.4 Betreuung der Mutter wegen intrauterinen Fruchttodes
Nebendiagnose: Z37.1! Totgeborener Einling

Tabelle 1: Mit der O80 Spontangeburt eines Einlings inkompatible Diagnoseschlüssel

A34	Tetanus während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
F53.–	Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert
Z36.–	Pränatales Screening
Z39.1	Betreuung und Untersuchung der stillenden Mutter
Z39.2	Routinemäßige postpartale Nachuntersuchung der Mutter

Tabelle 2: Mögliche Entscheidungskriterien für die Hauptdiagnosewahl

1. Entscheidung nach klinischer Relevanz
2. Entscheidung nach Ressourcenverbrauch
3. Definierte Hierarchie von Codegruppen

Inzwischen ist es jedoch bereits zu einer Weiterentwicklung der AR-DRGs gekommen. In der Version 4.2 der AR-DRGs wurden einige Fehler im Algorithmus behoben.¹⁰⁾ Dabei wurde die gemeinsame Kodierung der in Tabelle 1 aufgeführten Diagnosen mit der O80 wieder zugelassen. An der Unzulässigkeit der Kombination der O80 mit anderen O-Diagnosen wurde jedoch festgehalten.

Der individuellen Interpretation vorbehalten, bleibt auch die Zuordnung der Hauptdiagnose im Falle einer spontanen vaginalen Entbindung, wenn mehrere konkurrierende Diagnosen aus dem ICD-Kapitel XV vorliegen. Nachdem hierzu keine Hinweise in den Deutschen Kodierrichtlinien gefunden werden können, bieten sich prinzipiell 3 unterschiedliche Vorgehensweisen an (siehe Tabelle 2).

Die erste Variante besticht durch die sicherlich zunächst höhere Akzeptanz bei den verschlüsselnden Klinikern. Als Hauptdiagnose sollte die Diagnose gewählt werden, die bei der medizinischen Betreuung im Vordergrund stand. Eine Entscheidung nach ökonomischen Kriterien wird im

Einzelfall schwer zu treffen sein, sicherlich jedoch nicht durch den für die Kodierung verantwortlichen Arzt alleine. Das zweite Entscheidungskriterium erscheint somit unpraktikabel.

Problematisch an den beiden ersten Lösungsansätzen ist die Abhängigkeit von den individuellen Gegebenheiten und der Interpretation des Kodierenden. Es kann nicht gewährleistet werden, dass vergleichbare Fälle von verschiedenen Ärzten oder in unterschiedlichen Krankenhäusern gleich kodiert werden. Eine statistische Auswertung und eine Weiterentwicklung des DRG-Systems werden somit erschwert.

In Anbetracht der fehlenden Relevanz für den derzeitigen Gruppierungsprozess empfehlen die Verfasser deshalb bis zu einer definitiven Klärung durch die Selbstverwal-

Tabelle 3: Hierarchie von Kodegruppen zur Wahl der Hauptdiagnose

1. O60–O75	„Entbindungskodes“
2. O30–O48	Mögliche Entbindungs-komplikationen
3. O10–O29 oder O95–O99	Schwangerschaftskrankheiten
4. O85–O92	Wochenbettkomplikationen

Beispiel 3: Hauptdiagnose bei Geburt mit mehreren komplizierenden Diagnosen

Hauptdiagnose:	O70.1	Dammriss 2. Grades unter der Geburt
Nebendiagnose:	O24.4	Diabetes mellitus, während der Schwangerschaft auftretend
	Z37.0!	Lebendgeborener Einling

Beispiel 4: Hauptdiagnose bei Geburt mit mehreren komplizierenden Diagnosen (ACS 1548)

Hauptdiagnose:	O32.1	Betreuung der Mutter wegen Beckenendlage
Nebendiagnosen:	O88.2	Thromboembolie während der Gestationsperiode
	Z37.0!	Lebendgeborener Einling

Abbildung 6: Konflikte zwischen Fallpauschalendefinitionen und Deutschen Kodierrichtlinien

- Die DRG-Hauptdiagnose ist nicht identisch mit der Fallpauschalen-Hauptdiagnose. Dabei:
 - kann die notwendige Fallpauschalen-Hauptdiagnose als Nebendiagnose im Datensatz enthalten sein, oder
 - darf die notwendige Fallpauschalen-Hauptdiagnose nach den DKR nicht als Nebendiagnose im DRG-Datensatz enthalten sein.
- Die klinische Zuordnung der geburtshilflichen Prozedur widerspricht der in der Fallpauschalendefinition geforderten Zuordnung.

zung die Verschlüsselung nach einer vorgegebenen Hierarchie von Kodegruppen. Bei einer spontanen vaginalen Geburt innerhalb von 7 Tagen nach der stationären Aufnahme und dem Vorliegen mehrerer Diagnosen aus dem ICD-Kapitel XV sollte die Hauptdiagnose nach der Rangfolge aus den entsprechenden Kodegruppen in Tabelle 3 gewählt werden. Innerhalb der Kodegruppen sollte die Entscheidung nach klinischer Relevanz erfolgen.

Eine Entbindung in der 40. SSW am Tag nach der stationären Aufnahme einer Patientin mit Schwangerschaftsdiabetes, bei der es unter der Geburt zu einem Dammriss 2. Grades kommt, würde danach wie in Beispiel 3 verschlüsselt.

Unter Anwendung der Verschlüsselungshierarchie ist die Kodierung des Falles klar und eindeutig. Würde man die klinische Relevanz als Entscheidungskriterium zugrunde legen, so wäre die Verschlüsselung von der individuellen Einschätzung des Arztes abhängig. Insofern erscheint uns, auch im Hinblick auf die Akzeptanz durch die Kodierverantwortlichen, die vorgeschlagene, klar strukturierte Verschlüsselungshierarchie bei ausreichender Schulung als die nützlichere Variante.

Den einzigen Hinweis auf eine Verschlüsselungshierarchie findet man in den Australian Coding Standards in einem anderen Kontext. In ACS 1548 (siehe Beispiel 4) wird das Beispiel einer Thromboembolie im Wochenbett angegeben.

Nach klinischen und ökonomischen Kriterien hätte die Entscheidung möglicherweise auch zu Gunsten der Thromboembolie als Hauptdiagnose ausfallen können.

Es wäre wünschenswert, dass sich die Selbstverwaltungsorgane in der nächsten Version der Deutschen Kodierrichtlinien hierzu genauer äußern und einen dann auf den deutschen Gruppierungsalgorithmus der G-DRGs bezogenen Kodierhinweis geben.

Konflikte zwischen DRG-Kodierung und Fallpauschalendefinitionen

Bis zur Einführung der DRGs werden geburtshilfliche Leistungen noch zum großen Teil nach der gültigen Bundespflegesatzverordnung über Fallpauschalen abgerechnet.¹¹⁾ Auch für diese Fallpauschalen gelten Regeln bezüglich der Kodierung der Hauptdiagnose und der durchgeführten Prozeduren. Bei korrekter Anwendung der Deutschen Kodierrichtlinien kann es in der Geburtshilfe zu den in Abbildung 6 aufgeführten Konflikten mit den in den Fallpauschalendefinitionen geforderten Diagnose- und Prozedurenkonstellationen kommen.

Ein Beispiel für den ersten Fall stellt die vorzeitige Entbindung dar. Nach der DKR 1519a ist, wenn der Grund für die Frühgeburt bekannt ist, dieser als Hauptdiagnose zu verschlüsseln. Die *Vorzeitige Entbindung* (O60) wird als Nebendiagnose angegeben. Die Fallpauschalendefinitionen 16.061 (Frühgeburt, vaginal) und 16.071 (Frühgeburt, Sectio) fordern jedoch die O60 als Fallpauschalen-Haupt-

diagnose.¹²⁾ Ähnliche Probleme können auch bei der Frühgeburt von Mehrlingen (FP 16.062 Frühgeburt von Mehrlingen, vaginal/FP 16.072 Frühgeburt von Mehrlingen, Sectio) und bei den Neugeborenenpauschalen (FP 16.01 Nicht-Frühgeborenes/FP 16.02 Frühgeborenes) auftreten.

Problematischer sind die Fälle, in denen die für den Erlös der Fallpauschale maßgebliche Diagnose nach den DKR nicht mehr im DRG-Datensatz enthalten sein darf. Als häufiges Beispiel sei hier die *Spontane vaginale Geburt eines Einlings* (O80) genannt (siehe Beispiel 6). Betroffen sind hiervon die Fallpauschalen für die vaginale Entbindung (16.03 und 16.041). Wie bereits oben ausgeführt darf nach DKR 1506 a die O80 nur dann im DRG-Datensatz (als Haupt- oder Nebendiagnose) enthalten sein, wenn keine andere Diagnose aus dem ICD-Kapitel XV (O00–O99) verschlüsselt wurde (siehe auch Abbildung 5). Liegen Diagnosen aus dem ICD-Kapitel XV vor, die nicht im Diagnosekatalog der entsprechenden Fallpauschalendefinitionen enthalten sind, und wird nach den Kodieranweisungen in den DKR die O80 nicht mehr kodiert, dann kann keine Fallpauschale mehr abgerechnet werden.

Gleiches gilt auch für den Kode O81 *Geburt eines Einlings durch Zangen- oder Vakuumentextraktion*, wobei die entsprechende Kodieranweisung nicht den DKR, sondern der ICD-10 SGB V entstammt. Für die Gruppierung ist die Kodieranweisung aus der ICD jedoch nicht relevant.

In Anlage 5 Durchführungshinweise, 1.2.5 Entlassungsanzeige des § 301 SGB V wird gefordert, dass „die für die Abrechnung nach BpflV relevanten Diagnoseschlüssel zusammen mit eventuell notwendigen Diagnose-Zusatzschlüsseln sowie weiteren Diagnoseschlüsseln, die bei Entgelten in Kombination mit der Hauptdiagnose benötigt werden“, getrennt in den für die Abrechnung relevanten Teil der Entlassungsanzeige (FAB-Segmenten) übermittelt werden.¹⁾ In den Übergangsregelungen der DKR wird hierauf nochmals explizit hingewiesen.

Diese Besonderheit muss natürlich in der Primärkodierung über das Krankenhausinformationssystem abgedeckt sein. Dies ist jedoch erst bei einem Teil der in den Krankenhäusern eingesetzten Klinikinformationssystemen der Fall. Die O80 entgegen den Kodierrichtlinien mit in den DRG-Datensatz aufzunehmen, kann auf Grund der Auswirkungen auf den Gruppierungsprozess (Fehler-DRG) nur dann empfohlen werden, wenn der Kode EDV-technisch von der Gruppierung ausgeschlossen werden kann (zum Beispiel durch nachträgliches Löschen aus dem Datensatz).

Der zweite Konflikt zeigt sich bei den für den Erlös der Neugeborenenfallpauschalen (16.01 und 16.02) notwendigen OPS-Schlüsseln für die postpartale Versorgung des Neugeborenen. Hier stehen die Codes in Tabelle 4 zur Verfügung.

Problematisch ist, dass die FP 16.02 (Frühgeborenes) die Prozedur 9-262.1 und die FP 16.01 (Nicht-Frühgeborenes) die Prozedur 9-262.0 fordert. Bei einer Frühgeburt in der 36. Schwangerschaftswoche muss nicht zwangsläufig immer eine spezielle Versorgung des Neugeborenen

Beispiel 5: Konflikt zwischen DRG- und BpflV-konformer Kodierung bei einer Frühgeburt

DRG-konforme Kodierung:

DRG-HD: O42.0 Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden

DRG-ND: O60 Vorzeitige Entbindung
Z37.0! Lebendgeborener Einling

BpflV-konforme Kodierung:

FP-HD: O60 Vorzeitige Entbindung

FP-ND: O42.0 Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden
Z37.0! Lebendgeborener Einling

Beispiel 6: Konflikt zwischen DRG- und BpflV-konformer Kodierung bei einer spontanen vaginalen Entbindung mit komplizierenden Diagnosen

DRG-konforme Kodierung:

DRG-HD: O70.0 Dammriss 1. Grades unter der Geburt

DRG-ND: Z37.0! Lebendgeborener Einling

BpflV-konforme Kodierung:

FP-HD: O80 Spontangeburt eines Einlings

FP-ND: O70.0 Dammriss 1. Grades unter der Geburt
Z37.0! Lebendgeborener Einling

Tabelle 4: OPS-Schlüssel für die postpartale Versorgung des Neugeborenen

9-262	Postpartale Versorgung des Neugeborenen
9-262.0	Routineversorgung
9-262.1	Spezielle Versorgung (Risikoneugeborenes)
9-262.x	Sonstige

durchgeführt werden, so dass bei klinisch einwandfreier Kodierung genauso wie bei einer speziellen Versorgung termingerechter Risikoneugeborener ohne entsprechende Korrektur der Prozedurenkodierung keine Fallpauschale erlost werden kann.

Dieses Problem ist im eigentlichen Sinne nicht neu, da es bereits vor Einführung der DKR bestand und in den DKR keine Regelungen hinsichtlich der Kodierung der postpartalen Versorgung Neugeborener enthalten sind. Es ist davon auszugehen, dass bei allgemein nachlässiger Kodierung die notwendige Prozedur in einigen Krankenhäusern bisher durch nichtklinisches Personal ergänzt wurde, um die Fallpauschale abrechnen zu können. Im Zuge der Verbesserung der Kodierqualität und -vollständigkeit kann es so jedoch zu inhaltlichen Widersprüchen kommen, wenn plötzlich die klinisch korrekte und die abrechnungstechnisch notwendige Prozedur im gleichen Datensatz enthalten sind. Auch hier sollte die für die FP-Abrechnung relevante Prozedur bei inhaltlichem Widerspruch

in die FAB-Segmente des § 301-Datensatzes verbannt werden.

Mütterlicher und kindlicher Datensatz

Ein weiteres Problem bei der Dokumentation einer Geburt ist, was im mütterlichen Datensatz und was im kindlichen Datensatz kodiert werden soll. Gemäß der derzeit gültigen Bundespflegesatzverordnung ist das gesunde Kind Bestandteil des mütterlichen Datensatzes, während das kranke Kind als neuer, gesonderter Fall geführt wird. Ähnlich wurde auch vor der DRG-Einführung im australischen Bundesstaat Victoria verfahren. Nur wenn ein Säugling von der geburtshilflichen Station auf eine besondere Säuglingsstation verlegt oder die Mutter vor dem Kind entlassen wurde, konnte die Neugeborenenversorgung zusätzlich abgerechnet werden. So bestand bei gesunden Neugeborenen kein Anreiz zur Führung eines eigenen kindlichen Datensatzes. Mit Einführung des DRG-Systems änderte sich das schlagartig. Da der Erlös einer Fallpauschale plötzlich von der Existenz eines Datensatzes abhängig wurde, begannen die Krankenhäuser in Victoria die meisten ihrer Säuglinge als administrativ eigene Fälle zu behandeln. Das führte dazu, dass bei der Fallpauschalkalkulation die Säuglinge aus dem Fall der Mutter

herausgerechnet wurden. Gesunde Neugeborene werden in die DRG P76D *Neugeborenes; Aufnahmegewicht > 2 499 g; ohne signifikante OPs; ohne Problem* eingruppiert.

Inzwischen führen alle australischen Bundesstaaten Neugeborene administrativ als eigene Fälle und zur Differenzierung zwischen kranken und gesunden Neugeborenen wurden neue Kodierrichtlinien in die Australian Coding Standards aufgenommen. Bei der Erstellung der Deutschen Kodierrichtlinien wurde ein Teil dieser Anweisungen übernommen (zum Beispiel DKR 1606 a), obwohl sich die Selbstverwaltung bisher nicht dazu geäußert hat, welche Regelung in Deutschland gelten soll.

Wünschenswert wäre aus unserer Sicht eine grundsätzlich gesonderte Betrachtung des Säuglings als einzelner Fall. Dies würde den Häusern mehr Rechtssicherheit und Klarheit bringen, da die Eingruppierung nicht von den lokalen Strukturen eines Hauses (Existenz einer eigenen Neonatologie, konsiliarische Betreuung durch Neonatologen auf der geburtshilflichen Station) beeinflusst wird. Stringente Lösungen sind leichter vermittelbar und deren Anwendung besser überprüfbar. Darüber könnten die entstehenden Informationen wissenschaftlich genutzt werden.

Tabelle 5: Minimalanforderungen an den Datensatz bei einer Geburt

1. Mütterliche Hauptdiagnose
2. Z37.–! *Resultat der Entbindung* als mütterliche **Nebendiagnose**
3. Entbindungsprozedur (zum Beispiel 9-260 oder 9-261 bei nicht-instrumenteller Entbindung)
4. Z38.– *Lebendgeborene nach dem Geburtsort* als kindliche Diagnose
5. Prozedur: *Postpartale Versorgung des Neugeborenen* (9-262.–)
6. Geburtsgewicht (entspricht Aufnahmegewicht bei externer Geburt)

Beispiel 7: Relevanz des Sekundärkodes Z37.–! *Resultat der Entbindung* für das Gruppierungsergebnis

Patientin entbindet in der 42. Schwangerschaftswoche:

Vollständige Kodierung:

HD: O48 Übertragene Schwangerschaft
 ND: Z37.0! Lebendgeborener Einling
 PR: 9-261 Überwachung und Leitung einer Risikogeburt
 DRG: O60D Vaginale Entbindung; ohne komplizierende Diagnosen

Unvollständige Kodierung:

HD: O48 Übertragene Schwangerschaft
 ND: keine
 PR: 9-261 Überwachung und Leitung einer Risikogeburt
 DRG: O65B Andere Erkrankungen in der Schwangerschaft; mit moderaten oder keinen komplizierenden Diagnosen

Häufige Kodierfehler in der Geburtshilfe

Durch die komplexen Kodiervorgaben in den Deutschen Kodierrichtlinien, im Fallpauschalenkatalog und in den Klassifikationssystemen ICD-10 SGB V und OPS-301 erweist sich die Geburtshilfe als besonders anfällig für Verschlüsselungsfehler. Da diese durch Aufklärung und intensive Schulung der Kodierverantwortlichen prinzipiell vermeidbar sind, sollen im Folgenden nach der Erfahrung der Verfasser häufig vorkommende Kodierfehler beschrieben werden.

1. Unvollständige Datensätze

Die formalen Anforderungen an einen vollständigen Datensatz in der Geburtshilfe sind sehr hoch. Während in anderen Fachbereichen gegebenenfalls Fälle (zum Beispiel Herzrhythmusstörungen) mit einer Hauptdiagnose ohne zusätzliche Nebendiagnosen oder Prozeduren ausreichend beschrieben werden können, werden für eine Geburt mindestens 3 Diagnosen und 2 Prozeduren benötigt. Hinzu kommt noch die obligatorische Dokumentation des Aufnahmegewichts (Geburtsgewichts) des Neugeborenen (siehe Tabelle 5).

Es ist offensichtlich, dass bereits hier, auf der untersten Ebene der Kodierqualität, ein erhebliches Fehlerpotenzial existiert. Insbesondere der Schlüssel Z37.–! darf nicht vergessen werden, da im DRG-System die Geburt dem Grouper in den meisten Fällen nicht über die Hauptdiagnose, sondern über die Z37.–! als Nebendiagnose angezeigt wird. Beispiel 7 demonstriert das Gruppierungsergebnis in Abhängigkeit von der Angabe eines Z37er Schlüssels.

Genauso wichtig ist die lückenlose Dokumentation des Geburtsgewichts, sobald Neugeborene einen eigenen

Datensatz erhalten. Eine differenzierte Eingruppierung Neugeborener ohne Gewichtsangabe ist nicht möglich, weil sich die meisten Neugeborenen-DRGs über das Aufnahme-gewicht definieren. Auf die Relevanz der Hauptdiagnosen und Prozeduren für die Abrechnung der Fallpauschalen nach der BpflV wurde bereits hingewiesen.

2. Verwechslung mütterlicher und kindlicher Codes

Die fehlende Trennung der mütterlichen und kindlichen Schlüssel in den Klassifikationssystemen ICD-10 und OPS-301 ist als ungünstig zu werten. Durch die Ähnlichkeit der Codes kommt es bei der Verschlüsselung häufig zu Verwechslungen. Insbesondere in Krankenhäusern, die Mutter und Kind administrativ getrennt führen, entstehen dabei schnell unsinnige Datensätze. Die ICD-10-Schlüssel in Tabelle 6 und die OPS-Schlüssel in Tabelle 7 sind häufig von einer Verwechslung betroffen.

Leicht verwechselt werden auch die geburtshilflichen ICD-10-Kodes (O00–O99) mit den geburtshilflichen Basis-DRGs (O01–O65) (siehe Tabelle 8).

3. Falsche Dokumentation kindlicher Erkrankungen und Fehlbildungen

Nicht selten treten Fehler bei der Verschlüsselung kindlicher Erkrankungen im Rahmen der Schwangerschaftsbetreuung auf. Die konkrete kindliche Erkrankung oder Fehlbildung darf nur im Datensatz des Kindes oder bei einer Geburt in einem eventuell gemeinschaftlichen Datensatz von Mutter und Kind verschlüsselt werden. Keinesfalls sollten kindliche Diagnosen in einem getrennten Datensatz der Mutter erscheinen. Um den erhöhten Betreuungsaufwand in der Schwangerschaft abzubilden, stehen Codes aus den Gruppen in Tabelle 9 zur Verfügung.

4. Fehlende Unterscheidung zwischen möglichen und tatsächlichen Entbindungskomplikationen

Obwohl in den DKR 1512 a und 1513 a erwähnt, ist vielen Kodierverantwortlichen nicht immer präsent, dass im DRG-System und in der ICD-10 zwischen möglichen und tatsächlichen Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung unterschieden wird (siehe Tabelle 10).

So sollte eine Spontangeburt bei Beckenendlage ohne Komplikationen bei der Entbindung mit O32.1 *Betreuung der Mutter wegen Beckenendlage* und nicht mit O64.1 *Geburtshindernis durch Beckenendlage* verschlüsselt werden. Zurzeit ist diese Unterscheidung nur in wenigen Fällen gruppierungsrelevant. Dennoch sollte eine saubere Differenzierung bei der Verschlüsselung angestrebt werden.

5. Unvollständige Darstellung relevanter Erkrankungen in der Schwangerschaft (ICD-10-Kapitel XV [O00–O99])

Ist eine Nebendiagnose für die Schwangerschaft, Entbindung oder das Wochenbett von Bedeutung, so sollte sie (mit Ausnahme der postpartalen Depression und Wochen-

Tabelle 6: Häufig verwechselte ICD-Kodes

ICD-10:	
Z37.-!	Resultat der Entbindung (mütterlicher Kode)
Z38.-	Lebendgeborene nach Geburtsort (kindlicher Kode)

Tabelle 7: Häufig verwechselte OPS-Kodes

OPS-301:	
9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt (mütterlicher Kode)
9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt (mütterlicher Kode)
9-262.0	Postpartale Versorgung des Neugeborenen: Routineversorgung (kindlicher Kode)
9-262.1	Postpartale Versorgung des Neugeborenen: Spezielle Versorgung (kindlicher Kode)

Tabelle 8: Beispiel: Verwechselbare ICD-10- und DRG-Schlüssel

ICD-10:	O60 Vorzeitige Entbindung
Basis-DRG:	O60 Vaginale Entbindung

Tabelle 9: Betreuung der Mutter bei fetalen Problemen

O35.-	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie oder Schädigung des Feten
O36.-	Betreuung der Mutter wegen sonstiger festgestellter oder vermuteter Komplikationen beim Feten

Tabelle 10: Dokumentation möglicher und tatsächlicher Entbindungskomplikationen

Mögliche Entbindungskomplikationen finden sich in den ICD-10-Gruppen:	
O30–O48	Betreuung der Mutter im Hinblick auf den Feten und die Amnionhöhle sowie mögliche Entbindungskomplikationen
Tatsächliche Entbindungskomplikationen finden sich in den ICD-10-Gruppen:	
O60–O75	Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung

bettpsychose, siehe auch DKR 0506 a) mit einem Kode aus dem ICD-10-Kapitel XV verschlüsselt werden. Findet sich kein spezifischer Schlüssel im Kapitel XV, so kann auf die Diagnosen aus den Gruppen in Tabelle 11 zurückgegriffen werden.

Hier ist besonders auf die in der ICD-10 aufgeführten In- und Exklusiva zu achten! Beschreibt ein Schlüssel aus einem anderen Kapitel der ICD-10 die Erkrankung spezifischer, so sollte er zusätzlich als Nebendiagnose angegeben werden. Für die Schweregraddifferenzierung innerhalb der Geburts-DRGs (O01 und O60) werden außer Diagnosen aus dem ICD-10-Kapitel V (F00–F99) nur O-Diagnosen verwendet (siehe Beispiel 8).

6. Unvollständige und nicht korrekte Verschlüsselung der Frühgeburt

Problematisch scheint auch die vollständige und korrekte Verschlüsselung der Frühgeburt zu sein. Dabei muss regelhaft als mütterliche Diagnose die O60 *Vorzeitige Entbindung*, meist als Nebendiagnose, im Datensatz enthalten sein (DKR 1519 a). Zusätzlich sollte die Schwangerschaftsdauer mit einem Schlüssel aus der Gruppe O09.-! angegeben werden. Für Frühgeburten zwischen der vollendeten 36. und der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche steht kein O09er Kode zur Verfügung. Hier sollte nicht auf den unspezifischen Kode O09.9! *Schwangerschaftsdauer, nicht näher bezeichnet* zurückgegriffen werden. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass der Sekundärkode (O09.-) mit der Primärdiagnose, auf die er sich bezieht, verknüpft wird. Hiermit wird verhindert, dass in komplexen Fällen mehrere widersprüchliche Schlüssel zur Schwangerschaftsdauer ohne Bezug im Datensatz enthalten sind (siehe auch Beispiel 9).

Tabelle 11: Diagnosegruppen, auf die zur Kodierung von für Schwangerschaft, Entbindung und Wochenbett relevanten Diagnosen zurückgegriffen werden sollte

O98.-	Infektiöse und parasitäre Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren.
O99.-	Sonstige Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren

Beispiel 8: Relevanz der korrekten Verschlüsselung von komplizierenden Diagnosen in der Geburtshilfe

Patientin mit akutem Schub einer Enzephalomyelitis disseminata entbindet:

Vollständige Kodierung:

HD:	O99.3	Psychische Krankheiten sowie Krankheiten des Nervensystems, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren
ND:	Z37.0!	Lebendgeborener Einling
	G35	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]
PR:	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt
DRG:	O60B	Vaginale Entbindung; mit schweren komplizierenden Diagnosen

Unvollständige Kodierung:

HD:	O80	Spontangeburt eines Einlings
ND:	Z37.0!	Lebendgeborener Einling
	G35	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]
PR:	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt
DRG:	O60D	Vaginale Entbindung; ohne komplizierende Diagnosen

Es ist allerdings fraglich, ob derzeit schon alle gängigen Krankenhausinformationssysteme die Verschlüsselung von Primär- und Sekundärdiagnosen zulassen und an die Krankenkassen im gewünschten Format (DKR D012 a) übermitteln können.

Als kindliche Diagnose muss zum Erlös der Frühgeborenen-Fallpauschale immer ein Kode aus der Gruppe P07.– (P07.1 oder P07.3) enthalten sein. Dabei ist, wenn medizinisch korrekt, der Verschlüsselung nach dem Geburtsgewicht zu folgen (P07.1).⁸⁾ Als Prozedur sollte die für den Erlös der Fallpauschale notwendige 9-262.1 *Spezielle Versorgung (Risikoneugeborenes)* angegeben werden. Die Minimalanforderungen an die Dokumentation bei einer Frühgeburt sind in Abbildung 7 zusammengefasst.

7. Unkritische Übernahme der Aufnahmediagnose als Entlassungsdiagnose

Bei vielen Ärztinnen und Ärzten hat es sich mit Unterstützung der Dokumentationssoftware eingebürgert, die Aufnahmediagnosen ohne kritische Überprüfung in den für die Abrechnung relevanten Entlassungssatz zu übernehmen

Beispiel 9: Zuordnung der Schwangerschaftsdauer zu einer Primärdiagnose

Beispiel:	Aufnahme mit Blasensprung in der 28. SSW. Durch Wehenhemmung kann die Geburt bis in die 34. SSW hinausgezögert werden:
HD:	O42.2 Vorzeitiger Blasensprung, Wehenhemmung durch Therapie O09.4! Schwangerschaftsdauer: 26 bis 33 vollendete Wochen
ND:	O60 Vorzeitige Entbindung O09.5! Schwangerschaftsdauer: 34 bis 36 vollendete Wochen Z37.0! Lebendgeborener Einling
PR:	9-261 Überwachung und Leitung einer Risikogeburt

Abbildung 7: Minimalanforderung an einen Datensatz bei einer Frühgeburt

Wichtig für Frühgeburt:

Mutter:	O60	Vorzeitige Entbindung
	O09.–	Schwangerschaftsdauer
	Z37.–!	als Nebendiagnose
		Entbindungsprozedur (zum Beispiel 9-260 oder 9-261 bei nichtinstrumenteller Entbindung)
Kind:	P07.1	Neugeborenes mit sonstigem niedrigem Geburtsgewicht
	oder	(Geburtsgewicht von 1 000 bis 2 499 Gramm)
	P07.3	Sonstige vor dem Termin Geborene (vollendete 28.–37. SSW)
	Z38.–	Lebendgeborene nach Geburtsort
	9-262.1	Spezielle Versorgung (Risikoneugeborenes)
		Geburtsgewicht

men. Dass dies mitunter zu einer fehlerhaften Abrechnung führen kann, belegen Beispiel 10 und Beispiel 11.

8. Unkritische Verwendung von Kodierhilfen (Diagnose- und Prozedurensuchsystemen)

Diagnosesuchsysteme verwenden so genannte Thesauri (Synonymwörterbücher) zur Diagnosefindung. Wird bei der Übernahme in die Dokumentationssoftware nicht der Originaltext der Klassifikationssysteme angezeigt, sondern der ursprüngliche Suchtext oder ein vom Suchprogramm vorgeschlagenes Synonym, kann es mitunter zu einer Fehlkodierung kommen. Ein den Autoren bekanntes Suchprogramm bietet für den Suchbegriff „Vorzeitige Wehen“ den Code O60 *Vorzeitige Entbindung* an. Kommt es jedoch im weiteren Verlauf nicht zu einer Entbindung vor der 37. Schwangerschaftswoche, so ist der Code O47.0 *Frustrane Kontraktionen vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche* zuzuweisen. Bestehen keine weiteren Kontrollmechanismen, wird der Kodierende den medizinisch korrekt beschriebenen Kodiervorschlag des Suchsystems (vorzeitige Wehen) in den Entlassdatensatz (als vorzeitige Entbindung) übernehmen. In diesem Fall würde die Abrechnung der frühgeburtlichen Fallpauschale (16.061) ausgelöst. Bei einer Überprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) müssten womöglich hohe Rück- oder Strafzahlungen geleistet werden. Die Liste der „falschen Synonyme“ in den bekannten Suchsystemen ist lang. Deshalb raten die Verfasser, wenn keine Anzeige des Originaltextes möglich ist, Suchprogramme so selten wie möglich und nicht ohne Kontrolle einzusetzen.

9. Fehlende Unterscheidung zwischen wichtigen und unwichtigen Prozeduren

Wichtige, insbesondere operative Prozeduren, sollten bei der Kodierung nicht vergessen werden. Die Verschlüsselung der prozedurbedingenden Diagnose reicht allein – wie in Beispiel 12 dargestellt – nicht immer aus.

Hingegen wird immer wieder versucht, Prozeduren, die mit Hilfe des OPS-301 nicht spezifisch verschlüsselt werden können, über unspezifische Codes darzustellen. Eine solche Kodierung ist allenfalls für krankenhauserne Auswertungen sinnvoll, wenn die Zuordnung zu einem unspezifischen Code exklusiv und konsequent erfolgt. Die Übermittlung an die Krankenkasse kann dagegen unterbleiben, da über unspezifische Prozedurenschlüssel keine Informationen transportiert werden. Zu den nicht über den OPS-301 darstellbaren Prozeduren gehören unter anderem die sonographische Diagnostik und das CTG.

10. Kodierungsfehler bei Reoperationen und Resektionen

Für spezielle Operationstechniken und Operationen bei speziellen Versorgungssituationen existieren im OPS-301 so genannte Zusatzcodes, die ergänzend zum eigentlichen Operationscode angegeben werden sollen (DKR P003a und P013a). Der Zusatzcode 5-983 *Reoperation* beschreibt den Ressourcenaufwand für die Wiedereröffnung eines Operationsgebietes. Existiert jedoch ein spezifischer Reoperationscode im entsprechenden Organka-

Beispiel 10: Unkritische Übernahme der Aufnahme-diagnose führt zur Falschabrechnung nach der BpflV

Beispiel: Aufnahme mit drohender Frühgeburt in der 36. SSW. Die spontane komplikationslose Entbindung findet jedoch erst in der 38. SSW statt:

Aufnahmediagnose:	O60	Vorzeitige Entbindung
Korrekte Entlassdiagnose:	O80	Spontangeburt eines Einlings

CAVE: Die O60 löst die Abrechnung der frühgeburtlichen Fallpauschale (16.061) aus!

Beispiel 11: Unkritische Übernahme der Aufnahme-diagnose führt zur Falschabrechnung im DRG-System

Beispiel: Aufnahme zur normalen Entbindung. Es kommt zu einem Dammriss 1. Grades:

Aufnahmediagnose:	O80	Spontangeburt eines Einlings
Korrekte Entlassdiagnose:	O70.0	Dammriss 1. Grades unter der Geburt

CAVE: bleibt die O80 im DRG-Datensatz, erfolgt die Eingruppierung in die Fehler-DRG 962Z!

Beispiel 12: Relevanz der Verschlüsselung von korrespondierender Diagnose und Prozedur

Beispiel: Uterusruptur

Vollständige Kodierung:

HD:	O71.1	Uterusruptur während der Geburt
ND:	Z37.0!	Lebendgeborener Einling
PR:	5-758.1	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum: Uterus
	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt
DRG:	O02Z	Vaginale Entbindung; mit komplizierender OP

Unvollständige Kodierung:

HD:	O71.1	Uterusruptur während der Geburt
ND:	Z37.0!	Lebendgeborener Einling
PR:	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt
DRG:	O60D	Vaginale Entbindung; ohne komplizierende Diagnosen

pitel des OPS-301, ist der Zusatzcode nicht anzugeben. Die *Resectio* wird mit dem spezifischen Schlüssel 5-749.0 *Resectio* beschrieben. Die Verwendung des Zusatzcodes 5-983 ist überflüssig und sollte unterbleiben.

Schlussbemerkung

Wie aus den vorliegenden Ausführungen ersichtlich, ist die komplexe Verschlüsselung in der Geburtshilfe keinesfalls intuitiv zu bewerkstelligen. Bei zunehmender Einhaltung der Deutschen Kodierrichtlinien kann es unter Umständen, abhängig vom Wissensstand der kodierenden Mitarbeiter und der nachträglichen Kontrolle des Daten-

satzes durch die Abrechnungsabteilung oder das Medizincontrolling, zu erheblichen finanziellen Verlusten kommen (zum Beispiel durch nicht erlösbare Fallpauschalen und Verletzung der BpflV). Eine Anpassung des Gruppieralgorithmus und der Kodierrichtlinien erscheinen den Verfassern jedoch auch nach Abschaffung der derzeitigen Fallpauschalenabrechnung nach BpflV noch dringend notwendig. Für die Übergangsphase sollte auf jeden Fall parallel zum intensiven Training der geburtshilflichen Ärztinnen und Ärzte eine Kontrolle der Dokumentation durch in Kodier- und Abrechnungsfragen geschulte Mitarbeiter des Medizincontrollings oder der Verwaltung erfolgen.

Literatur

- 1) Die Deutschen Kodierrichtlinien stehen im Internet unter www.g-drg.de
- 2) ICD-10-AM Australian Coding Standards, Volume 5 of The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision, Australian Modification, 2nd Edition July 2000, National Centre for Classification in Health, Sydney
- 3) Australian Refined Diagnosis Related Groups Version 3.0, Definitions Manuals (DRG951), Commonwealth Department of Health and Aged Care 1998
- 4) Hospital Funding Model for Queensland Public Hospitals and Policy and Technical Papers 1999/2000 ist im Internet zu finden unter www.health.qld.gov.au/pmb/hfm99_00/pol2695hfm99_2000.htm
- 5) Roeder, N.; Rochell, B.; Irps, S.; Schlottmann, N.; Henneke, M.; Schmidt, M.: Abbildung ökonomischer Schweregrade im australischen DRG-System – Basis für die deutsche Adaptation, das Krankenhaus 2000, 12: 987–999
- 6) Vereinbarung über die Einführung eines pauschalierenden Entgelt-systems nach §17 b KHG, 2. August 2000, im Internet unter www.g-drg.de
- 7) Australian Refined Diagnosis Related Groups Version 4.1, Definitions Manual Volume 2 (DRGs J01Z–Z65Z), Commonwealth Department of Health and Aged Care 1998
- 8) ICD-10 SGB V Version 2.0 im Internet unter www.dimdi.de
- 9) OPS-301 Version 2.1 im Internet unter www.dimdi.de
- 10) Australian Refined Diagnosis Related Groups Version 4.2, Addendum to Definitions Manual Volume 4 Changes: AR-DRG v4.1 to AR-DRG v4.2, Commonwealth Department of Health and Aged Care 2000
- 11) Bundespflegesatzverordnung (BpflV) '95 in der Fassung des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000, Stand 1. Januar 2001, Krankenhaus Umschau Sonderheft, Baumann Fachverlag Kulmbach, März 2001
- 12) Vereinbarung gemäß § 15 Absatz 1 Nummer 1 BpflV zur Umstellung der bundesweit geltenden Fallpauschalen- und Sonderentgeltkataloge auf den OPS-301 SGB V, Version 2.1 nach § 17 Absatz 2 a KHG ab dem Jahr 2002 im Internet unter www.dkgev.de/1_file/file_2.htm

Anschriften der Verfasser:

Dr. Wolfgang Fiori/Sebastian Irps/Christian Juhra/
Norbert Loskamp, Helga Norda/Christiane Koitka/
PD Dr. Norbert Roeder,
DRG-Research-Group, Universitätsklinikum Münster,
Stabsstelle Medizincontrolling des Klinikumsvorstandes,
Westfälische Wilhelms-Universität,
Domagkstraße 20, 48129 Münster/
Dr. Stefan Glocker,
Klinik für Radioonkologie, Universität Tübingen,
Hoppe-Seyley-Straße 3, 72076 Tübingen/
Dr. Beatrix Brinckwirth/Prof. Dr. Ludwig Kiesel,
Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
Universitätsklinikum Münster,
Albert-Schweitzer-Straße 33, 48149 Münster ■

Optimal kodieren und gruppieren

jetzt mit:

SEM  **FINDER**
der Kodierlösung
der nächsten
Generation!

Analysieren
Kodieren
Abrechnen

fit für die
G-DRGs mit
KODIP[®]
und dem
DRG-Scout



Software und Beratung
im Gesundheitswesen
Dr. Kolodzig und Kirste GbR

www.sbg-berlin.de
info@sbg-berlin.de

Sophie-Charlotten-Str. 15
14059 Berlin
Tel 0 30 / 32 67 76-0
Fax 0 30 / 32 67 76-77