

Claus Fahlenbrach/Nicola Köhler/Axel Halim/Dr. Nicole Schlottmann

Anpassung der Deutschen Kodierrichtlinien für 2005

Auch in diesem Jahr haben die Selbstverwaltungspartner die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) erneut angepasst und in ihrer überarbeiteten Version für das Jahr 2005 am 16. September 2004 verabschiedet. Während in den vergangenen Jahren nur geringfügige Anpassungen vorgenommen wurden, erfolgte in diesem Jahr eine umfassende Überarbeitung. Diese diente weniger inhaltlichen Änderungen, sondern vielmehr einer Verschlankung der Kodierrichtlinien mit dem Ziel einer besseren Anwenderfreundlichkeit. Dabei wurde versucht, die Sachverhalte möglichst fachübergreifend in den allgemeinen Kodierrichtlinien zu regeln und damit insbesondere die speziellen Kodierrichtlinien, die Ausnahmen zu den allgemeinen Kodierrichtlinien darstellen, zu verschlanken. Darüber hinaus erfolgten in einigen Bereichen Klarstellungen, um eine einheitliche Kodierung zu ermöglichen. Kontinuierlich notwendige Anpassungen der Kodierrichtlinien, die aufgrund der Änderungen der Diagnosen- und Prozedurenklassifikation (ICD-10-GM Version 2005, OPS Version 2005), des Patientenklassifikationssystems (G-DRG-System Version 2005) sowie der Fallpauschalenverordnung (FPV 2005) erforderlich werden, sind ebenfalls erfolgt. Insgesamt wurden von 193 Kodierrichtlinien 80 gestrichen und eine Kodierrichtlinie neu hinzugefügt. Von den für das Jahr 2005 verbliebenen 114 Kodierrichtlinien wurden 52 angepasst. Bei der Überarbeitung der Deutschen Kodierrichtlinien hat der Dialog mit den Anwendern zu wertvollen Anregungen geführt.

Einleitung

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

Während in den vergangenen Jahren mit Rücksicht auf die Anwender nur geringfügige Anpassungen vorgenommen wurden, erfolgte in diesem Jahr insbesondere mit Blick auf die nach wie vor bestehenden Schwierigkeiten bei der täglichen Anwendung des komplexen Regelwerkes eine umfassende Überarbeitung. Diese diente primär der Verschlankung der Kodierrichtlinien im Sinne einer Beschränkung auf notwendigerweise zu regelnde Sachverhalte und weniger der inhaltlichen Änderung der Kodierhinweise.

Dabei wurde versucht, zentrale Fragestellungen möglichst fachübergreifend in den allgemeinen Kodierrichtlinien zu regeln und damit insbesondere die speziellen Kodierrichtlinien, die Ausnahmen zu den allgemeinen Kodierrichtlinien darstellen, zu reduzieren. Darüber hinaus wurden zu einigen Aspekten Klarstellungen vorgenommen, die der einheitlichen Kodierung dienen. Mit dieser Überarbeitung wurde sich demnach weiter vom australischen Vorbild gelöst.

Folgende Anpassungen wurden vorgenommen:

- Kondensierung und Streichung zahlreicher DKR zur Vermeidung inhaltlicher Redundanzen, originär klassifikatorischer Erläuterungen zu ICD und OPS sowie rein medizinischer Erläuterungen;
- Erstellung von Anpassungsvorschlägen zu ICD und OPS für das DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) bei Streichung klassifikatorischer Inhalte;
- Klarstellungen zu spezifischen Fallkonstellationen;
- Redaktionelle Überarbeitung der Kodierrichtlinien;
- Anpassung der DKR an die ICD-10-GM Version 2005, den OPS Version 2005 und die G-DRG-Klassifikation Version 2005.

Die Anpassung der DKR für das Jahr 2005 erfolgte in 2 zeitlich versetzten Perioden:

Die 1. Überarbeitungsrunde inklusive der Verhandlungen zwischen den Vertretern der GKV und DKG begann im Januar 2004 und konnte Ende April 2004 mit maßgeblicher Unterstützung des InEK erfolgreich abgeschlossen werden. In dieser Stufe wurden im Rahmen einer vollständigen Überarbeitung der DKR zahlreiche Kodierrichtlinien gestrichen und kondensiert. Dabei erfolgte unter anderem die Prüfung, ob der Inhalt einzelner Kodierrichtlinien (bzw. einzelner Absätze der Kodierrichtlinien) bereits in einer anderen Kodierrichtlinie, in der Diagnosenklassifikation (ICD-10-GM) oder in der Prozedurenklassifikation (OPS) abschließend geregelt ist oder ob es sich um rein medizinische Erläuterungen handelt. In diesen Fällen wurde die Kodierrichtlinie (bzw. der Absatz) gestrichen. Es erfolgte keine Streichung, wenn ein relevanter, schwierig zu kodierender Sachverhalt vorlag. Darüber hinaus wurden zahlreiche Änderungsvorschläge für das DIMDI zur Anpassung der Diagnosen- und Prozedurenklassifikation erarbeitet. Dieses Vorgehen ermöglichte klassifikationsrelevante (ICD, OPS) Aspekte direkt dort zu regeln und nicht über den Umweg der Deutschen Kodierrichtlinien, sodass weitere Streichungen erfolgen konnten. Eine gleichzeitige Abstimmung zu diesen Fragestellungen ist mit dem DIMDI erfolgt. Darüber hinaus wurden zu einer Reihe bestehender Kodierrichtlinien Klarstellungen erarbeitet. Zu den Änderungen bestand nicht immer die gleiche Auffassung zwischen den Vertretern der DKG und der GKV, das Ergebnis ist deshalb als ein Kompromiss der Vertragspartner zu verstehen.

Tabelle 1: Anzahl der Deutschen Kodierrichtlinien 2004 und 2005

	2004	2005
Anzahl allgemeine DKR	29	27
Anzahl spezielle DKR	164	87
Gesamte Anzahl	193	114

In der 2. Stufe der Überarbeitung der Kodierrichtlinien wurden weitere notwendige Änderungen vorgenommen, die aufgrund der neuen Diagnosenklassifikation (ICD-10-GM

Tabelle 2: Übersicht über die gestrichenen Kodierrichtlinien (80 von 193 DKR)

P002a	Hauptprozedur
P010a	Prozeduren medizinischer Fachberufe
P011a	Pädiatrische Prozeduren
0104a	Urosepsis
0202b	Komplikationen im Zusammenhang mit Neubildungen
0203a	Rezidiv eines primären Malignoms
0204a	Ausgedehnte Exzision eines Tumorgebietes
0205b	Malignomnachweis nur in der Biopsie
0210a	Optionale Codes für die Morphologie
0216a	Malignom der Lippe
0217a	Familiäre adenomatöse Polyposis
0218a	Hereditäres nichtpolypöses Kolonkarzinom
0219a	Intraepitheliale Neoplasie der Prostata
0301c	Knochenmark-/Stammzellentnahme und -transplantation
0302a	Bluttransfusion
0303c	Versagen und Abstoßungsreaktion nach Transplantation
0402a	Hyperglykämie
0503a	Persönlichkeitsstörungen
0506a	Psychische Krankheit als Komplikation einer Schwangerschaft
0508a	Morbus Alzheimer
0602a	Aphasie/Dysphasie
0604a	Autonome Dysreflexie
0605a	Shuddering Attacks
0606a	Mitochondriale Zytopathie
0607a	Schädelbasis-Chirurgie
0608a	Intrakranielle stereotaktische Bestrahlung
0609a	Intrakranielle stereotaktische Neurochirurgie
0610b	Liquordrainage, Liquorshunt
0701a	Diabetische Katarakte
0703a	Reihenfolge der Angabe von Glaukom und Katarakt
0705c	Strabismus (Schielen)
0706a	Kontaktlinsen-Intoleranz
0707a	Verblitzung der Schweißbrille
0708a	Rost-Ring der Kornea
0709a	Kearns-Sayre-Syndrom
0710a	Postoperatives Hyphäma
0711a	Trabekulektomie
0802a	Leimohr
0803a	Entfernung von Paukenröhrchen
0907a	Sekundäre Hypertonie (I15.-)
0910c	Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO)
1002a	Asthma bronchiale
1003c	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COLD)
1104a	Helicobacter/Campylobacter
1106a	Perianale Blutung
1201a	Phlegmone
1202a	Versorgung einer Verletzung der Haut und des subkutanen Gewebes
1203a	Destruktion/Exzision einer Neubildung der Haut
1206a	Blepharoplastik
1207b	Hauttransplantation
1301a	Chronischer Kreuzschmerz
1302a	Bandscheibenprolaps

1303a	Bandscheibenläsion
1304a	Retrolisthese
1305a	Spondylodese
1306c	Luxation einer Hüftendoprothese
1307a	Meniskus-/Bänderriss
1308a	Weichteilverletzungen
1309a	Kompartmentsyndrom
1402a	Hydrozele
1404a	Young-Syndrom
1405a	Klinische gynäkologische Untersuchung unter Anästhesie
1502a	Blasenmole
1503a	Abortivei
1513a	Beckenendlagegeburt und Exzision des Kindes
1523a	Selektiver Fetozid
1526a	Manuelle Plazentalösung
1527a	Definition des Puerperiums (Wochenbetts)
1528a	Nachgeburtliche Stillhindernisse
1529a	Hemmung der Laktation
1801a	Befunde und Symptome
1802a	Ataxie
1901a	Verstauchungen und Zerrungen
1904a	Zerquetschung
1906a	Offene Verletzungen mit Gefäß-, Nerven- und Sehnenbeteiligung
1907a	Offene intrakranielle Verletzung
1908a	Offene intrathorakale/intraabdominale Verletzung
1912a	Akute und alte Verletzungen
1913a	Folgeerscheinungen von Verletzungen, Vergiftungen, toxischen Wirkungen und anderen äußeren Ursachen
1919a	Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung

Version 2005), Prozedurenklassifikation (OPS Version 2005), des Patientenklassifikationssystems (G-DRG-System Version 2005) sowie der Fallpauschalenvereinbarung 2005 (FPV 2005) erforderlich wurden. Diese Stufe der Überarbeitung wurde im September 2004 abgeschlossen. Die Veröffent-

... gönnen Sie sich was frisches !

www.ishmed.de

Medica Halle 16 C 57

ish med

lichung der überarbeiteten DKR für das Jahr 2005 erfolgte am 17. September 2004. Dieser frühe Termin soll den Anwendern die notwendige Zeit für die erforderlichen Schulungen einräumen.

Insgesamt wurden von 193 Kodierrichtlinien 80 gestrichen (siehe Tabellen 1 und 2) und eine Kodierrichtlinie neu hinzugefügt. Von den für das Jahr 2005 verbliebenen 114 Kodierrichtlinien wurden 52 angepasst. In den speziellen Kodierrichtlinien sind die Kapitel 3 (Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems) und 13 (Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes) zurzeit nicht mehr besetzt.

Die umfassende Überarbeitung der Deutschen Kodierrichtlinien bedeutet für die Anwender nicht, dass zahlreiche Kodierrichtlinien neu erlernt werden müssen, vielmehr sind künftig weniger Regeln zu beachten. Beispielsweise be-

Tabelle 3: Übersicht über die in den DKR 2005 mit „d“ gekennzeichneten Kodierrichtlinien (52 DKR)

D002d	Hauptdiagnose
D003d	Nebendiagnosen
D004d	Syndrome
D005d	Folgezustände und geplante Folgeeingriffe
D011d	Doppelkodierung
D012d	Mehrfachkodierung
D014d	Im Alphabetischen Verzeichnis verwendete formale Vereinbarungen
P001d	Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren
P003d	Hinweise und formale Vereinbarungen für die Benutzung des OPS
P005d	Multiple/bilaterale Prozeduren
P012d	Prozeduren, unterschieden auf der Basis von Größe, Zeit oder Anzahl
P013d	Wiedereröffnung eines Operationsgebietes/ Reoperation
P014d	Prozeduren, die normalerweise nicht verschlüsselt werden
P015d	Organentnahme und Transplantation
P016d	Verbringung
0101d	HIV/AIDS
0103d	Bakteriämie, Sepsis, SIRS und Neutropenie
0201d	Auswahl und Reihenfolge der Kodes
0209d	Malignom in der Eigenanamnese
0211d	Chemotherapie bei Neubildungen
0212d	Insitillation von zytotoxischen Materialien in die Harnblase
0213d	Strahlentherapie
0214d	Lymphangiomas carcinomatosa
0215d	Lymphom
0401d	Diabetes mellitus
0403d	Zystische Fibrose
0501d	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
0601d	Schlaganfall
0603d	Tetraplegie und Paraplegie, nicht traumatisch
0901d	Ischämische Herzkrankheit
0904d	Hypertensive Herzkrankheit (I11.-)
0905d	Hypertensive Nierenerkrankung (I12.-)
0906d	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit (I13.-)
0908d	Zusätzliche Prozeduren im Zusammenhang mit Herzoperationen
0909d	Revisionen oder Reoperationen an Herz und Perikard
0911d	Schrittmacher/Defibrillatoren
1001d	Maschinelle Beatmung
1105d	Gastrointestinale Blutung
1204d	Knochentransplantationen bei kraniofazialen Eingriffen
1205d	Plastische Chirurgie
1401d	Dialyse
1403d	Anogenitale Warzen
1508d	Dauer der Schwangerschaft
1512d	Abnorme Kindslagen und -einstellungen
1804d	Inkontinenz
1805d	Fieberkrämpfe
1806d	Schmerzdiagnosen und Schmerzbehandlungsverfahren
1905d	Offene Wunden/Verletzungen
1910d	Verletzung des Rückenmarks (mit traumatischer Paraplegie und Tetraplegie)
1914d	Verbrennungen und Verätzungen
1917d	Unerwünschte Nebenwirkungen von Arzneimitteln (bei Einnahme gemäß Verordnung)
1918d	Unerwünschte Nebenwirkungen/Vergiftung von zwei oder mehr in Verbindung eingenommenen Substanzen (bei Einnahme entgegen einer Verordnung)

deutet die Streichung einer Kodierrichtlinie in zahlreichen Fällen, dass der Sachverhalt schon anderenorts abschließend geregelt war. In anderen Fällen wurden zu belassende Inhalte einzelner Kodierrichtlinien in andere DKR verschoben. Nur in seltenen Fällen wurden Inhalte sinngemäß geändert.

Um einen Überblick über die relevanten inhaltlichen Änderungen im Vergleich zur Vorversion zu ermöglichen, wurden diese wieder am Rand durch Markierungen (senkrechte Balken) gekennzeichnet. Auch das Verfahren für die Nummerierung der einzelnen DKR wurde trotz Wegfall zahlreicher Kodierrichtlinien beibehalten. Hierdurch war bedauerlicherweise eine durchgängige Zählweise nicht mehr zu realisieren. Alle Kodierrichtlinien in der ersten Version des Jahres 2002 trugen den Buchstaben „a“ und im darauf folgenden Jahr den Buchstaben „b“, sofern sie relevante inhaltliche Änderungen erfahren hatten. Diesem Verfahren folgend wurde für die Version 2005 der Buchstaben „d“ verwendet (siehe Tabelle 3). Auch dies soll die Anwenderfreundlichkeit verbessern.

Anpassungen an die Klassifikationen ICD-10-GM Version 2005 und OPS Version 2005

Die medizinischen Klassifikationen ICD-10-GM Version 2005 und OPS Version 2005 wurden vom DIMDI überarbeitet. Änderungen durch die WHO sowie weitere Klarstellungen und Differenzierungen, die unter dem Aspekt der Anpassung des G-DRG-Systems notwendig erschienen, sind umgesetzt worden. Dies führte zu einer Reihe von Folgeänderungen in den DKR für 2005, die hier nicht abschließend im Detail aufgeführt werden können. Die für die Kodierung besonders relevanten Änderungen werden unter den jeweiligen Themen im Verlauf dieses Artikels ergänzend dargestellt (zum Beispiel Zusatzkennzeichen für Rechts, Links und Beidseitig; Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS]).

An dieser Stelle sei nochmals darauf hingewiesen, dass sich die DKR 2005 nur auf Kodes des amtlichen OPS 2005 beziehen. Kodes aus dem optionalen, nicht-amtlichen Erweiterungskatalog werden nicht berücksichtigt.

Wichtige neue Regelungen

Überwiegend wurden in den DKR Anpassungen an die medizinischen Klassifikationen (ICD-10-GM und OPS) und an das G-DRG-System für 2005 vorgenommen sowie Redundanzen und rein medizinische Erläuterungen gestrichen. Darüber hinaus erfolgten Klarstellungen zur eindeutigeren Kodierung. Einige Sachverhalte wurden jedoch vollständig neu geregelt und werden im Folgenden kurz erläutert.

Erstmals wurden Kodierhinweise zu *Leistungen im Rahmen einer Verbringung* in einer neuen **DKR P016d** (Verbringung) aufgenommen. Demnach sind Leistungen im Rahmen einer Verbringung, die von einem Krankenhaus veranlasst und von einem Dritten erbracht werden, von dem veranlassenden Krankenhaus zu kodieren. Diesbezüglich in der Vergangenheit aufgetretenen unterschiedlichen Interpretationen sollte mit dieser Regelung entgegengetreten werden. § 2 KHEntG regelt in Absatz 2 Nr. 2, dass die von einem Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehören. Ausgenommen ist hiervon gemäß Absatz 3 die Dialyse „...wenn hierdurch eine entsprechende Behandlung fortgeführt wird, das Krankenhaus keine eigene Dialyseeinrichtung hat und

kein Zusammenhang mit dem Grund der Krankenhausbehandlung besteht“.

Im Zusammenhang mit der Einführung zahlreicher neuer Zusatzentgelte im G-DRG-System für 2005, insbesondere für Medikamente, wird in der **DKR P012d** (Prozeduren, unterschieden auf der Basis von Größe, Zeit oder Anzahl) klargestellt, dass nur die *dem Patienten tatsächlich verabreichte Menge/Dosis* insgesamt zu kodieren ist. Verwurfmen- gen sind davon unabhängig bei der Kalkulation der Zusatzentgelte entsprechend zu berücksichtigen, nicht jedoch bei der Kodierung.

Um künftig die *Sepsis* und das *Systemische inflammatorische Response-Syndrom* (SIRS) im G-DRG-System besser abgrenzen zu können, wurde der ICD-10-GM Sekundärkode R65.-! (Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS]) für 2005 neu eingeführt. Die **DKR 0103d** (Bakteriämie, Sepsis, SIRS und Neutropenie) erläutert die genaue Verwendung des neuen Kodes. Da die DKR grundsätzlich nicht medizinische Inhalte definieren, kann die Beschreibung des SIRS betreffend nur auf diesbezüglich vorgenommene Aussagen der einschlägigen Fachgesellschaften verwiesen werden. Uns vorliegenden Informationen zufolge finden sich entsprechende Aussagen bei der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) und der Deutschen Sepsis-Gesellschaft (DSG).

Aufgrund von Streichungen in den Exklusiva der ICD-10-GM Sepsiskodes A40.- (Streptokokkensepsis) und A41.- (Sonstige Sepsis) ergeben sich für den *Kodebereich T80-T88* (Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert) neue Kodiermöglichkeiten. Auch hier kann jetzt bei einer Sepsis der spezifischere Sepsiskode mit Hinweis auf den Erreger genutzt werden.

In der **DKR 0201d** (Auswahl und Reihenfolge der Kodes) – bei Neubildungen – wurde die *Kodierung bei systemischer Chemotherapie* im Sinne einer einheitlichen Verschlüsselung neu festgelegt. Erfolgt die Aufnahme primär zur systemischen Chemotherapie des Primärtumors und/oder der Metastasen, ist grundsätzlich der Primärtumor als Hauptdiagnose anzugeben. Eine Ausnahme hiervon besteht für den unbekanntem Primärtumor. Mit dieser Regelung wird festgehalten, dass eine isolierte systemische Chemotherapie des Primärtumors oder der Metastase gleich zu kodieren ist. Dies gilt nicht, wenn die gezielte Behandlung der Metastasen mit anderen oder weiteren Maßnahmen im Vordergrund steht. Beispielsweise bei Aufnahme zur lokalen Chemotherapie oder lokalen Bestrahlungstherapie der Metastasen ist weiterhin die Metastase als Hauptdiagnose anzugeben. Auch die Kodierung der primären Metastasen-chirurgie wird in ihrer bestehenden Form beibehalten.

Die Kodierung des *Diabetes mellitus als Nebendiagnose* wurde in der **DKR 0401d** (Diabetes mellitus) neu geregelt. Wenn der Diabetes mellitus die Nebendiagnosendefinition erfüllt, so ist dieser zu kodieren. Liegen Komplikationen (Manifestationen) vor, ist bei einem Kode aus E10 bis E14 (Diabetes mellitus) die 4. Stelle entsprechend der Mani-

DRG GEWUSST WIE?

Gemeinsam stärker. Flexibel durch
Outsourcing. Das neue Vergütungssystem
offensiv **bewältigen.**


Die Privatärztliche Verrechnungsstelle Baden-Württemberg ist eine ärztliche Gemeinschaftseinrichtung, die auf über **75 Jahre Erfahrung** mit allen Themenbereichen rund um die »Abrechnung« zurückblickt. Im Rahmen der DRG-Einführung verstärken wir unser Engagement für Krankenhäuser. Wir kennen Ihre Probleme – **und lösen Ihre Probleme!**



Die Fallkostenrechnung auf Basis der G-DRGs (German Diagnosis Related Groups) birgt für ausschließlich medizinisch geschultes Personal viele Hürden, die gemeinsam mit uns **Abrechnungspromis** besser zu bewältigen sind.

Richtig kodieren. Klare Struktur.
Mehr Transparenz. Größerer Erfolg.

Wir bieten

 **Überprüfungskodierung**
(4-Augen-Prinzip wahren: Unabhängige Auswertung bereits abgerechneter Patientenakten / Abweichungsanalyse nach Fachabteilungen / Ergebnis-Präsentation mit Unterschieden in Euro und Cent / Coaching)



 **Endkodierung**
(inkl. Korrespondenz und MDK-Anfragen)



Testen Sie uns! Erfahrung und Know-how bringen Sie weiter! Eine professionelle Kodierung und ein erprobtes Abrechnungsmanagement sichern Ihre Liquidität.

Interesse?

Mehr Informationen bei:
Bernhard Ottmar/PVS Baden-Württemberg
(Tel.: 0711 / 72 01-122)



**Privatärztliche
Verrechnungsstelle**
Baden-Württemberg e.V.



Mitglied im Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen

festation(en) zu verschlüsseln. Außerdem sind die Manifestation(en) anzugeben, sofern diese die Nebendiagnosedefinition erfüllen. Abweichend von den Regelungen zur Hauptdiagnose Diabetes mellitus ist jedoch nicht „6“ (mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen) als 4. Stelle zu erfassen, wenn ein spezifischerer Kode für eine einzelne Komplikation gewählt werden kann. Darüber hinaus ist ein Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen als Nebendiagnose stets mit 4. Stelle „7“ (mit multiplen Komplikationen) zu kodieren.

Die Kodierung des sekundären *Diabetes mellitus nach medizinischen Maßnahmen* (zum Beispiel in Folge einer Pankreasentfernung) wurde nach Änderungen von ICD-10-GM Exklusiva der betreffenden Codes neu festgelegt. So ist zunächst ein ICD-10-GM Kode aus E13.- (sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus) gefolgt von dem Kode E89.1 (Hypoinsulinämie nach medizinischen Maßnahmen) zu verschlüsseln. Diese Kodierung lässt eine sachgerechte Eingruppierung der Fälle zu.

Im Rahmen der Kalkulation zeigte sich, dass die *Knochenbeteiligung bei Lymphomen* zu einem deutlichen Mehraufwand führt. Die **DKR 0215d** (Lymphom) erlaubt den ICD-10-GM Kode C79.5 (Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes) für die Knochenbeteiligung bei Lymphomen zu kodieren. Daneben legt sie fest, dass keine weiteren Codes für sekundäre Neubildungen im Zusammenhang mit Lymphomen zu kodieren sind, da das Lymphom unabhängig von der Anzahl der betroffenen Gebiete nicht als metastatisch betrachtet wird.

Die *Schwangerschaftsdauer* war bisher nur in bestimmten Fallkonstellationen anzugeben (zum Beispiel Drohender Abort, Vorzeitige Wehen und Entbindung, Vorzeitiger Blausprung). Um die Kodierung im Zusammenhang mit Schwangerschaften zu vereinfachen, wird in **DKR 1508d** (Dauer der Schwangerschaft) geregelt, dass die Dauer bei jeder zum Zeitpunkt der Aufnahme bestehenden Schwangerschaft zu kodieren ist.

Allgemeine Kodierrichtlinien

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

■ Allgemeine Kodierrichtlinien für Krankheiten

Die **DKR D001a** (Allgemeine Kodierrichtlinien) erfuhr keine wesentlichen Veränderungen, die über Streichungen von Redundanzen und Coderanweisungen oder das Verschieben von Absätzen in andere DKR hinausgingen.

Demgegenüber hat die **DKR D002d** (Hauptdiagnose) mehrere Änderungen erfahren. Beispielsweise wurde klargestellt, dass *nach Entlassung eingehende Befunde*, die für die Abrechnung relevant sind, für die Kodierung heranzuziehen sind. Andauernde Diskussionen zu dieser Thematik können somit beendet werden. ▶

Alles im Griff?

Die Einbanddecke 2004 schafft Ordnung

Erst der gebundene Jahrgang der Zeitschrift bietet:

- die sichere Aufbewahrung, denn kein Einzelheft geht verloren
- durch das Jahresinhaltsverzeichnis die gezielte Nutzung einzelner Hefte und Beiträge.

Achtung:

Bestellungen der Einbanddecke 2004 mit eingepprägter Jahreszahl müssen dem Verlag bis zum **14. Januar 2005 vorliegen**.

Später eingehende Bestellungen können leider nicht berücksichtigt werden. Als Abonnent der Einbanddecke erhalten Sie diese automatisch mit eingepprägter Jahreszahl.

Sie erhalten die Einbanddecke 2004 dieser Zeitschrift für € 19,30 sFr 37,50 (zuzügl. Portokosten)

Eine Postkarte mit dem Titel der Zeitschrift und Absenderangabe genügt.

Bestell-Telefon:

07 11 / 78 63-72 90

Bestell-Fax:

07 11 / 78 63-84 30å

W. Kohlhammer GmbH · 70549 Stuttgart · vertrieb@kohlhammer.de · www.kohlhammer.de

Bei der Anwendung der ICD-10-GM Schlüsselnummern aus Z03.0 bis Z03.9 (Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen) wird klargelegt, dass sie ausschließlich dann als Hauptdiagnose zu kodieren sind, wenn es Hinweise auf die Existenz eines abnormen Zustandes, auf die Folge eines Unfalls oder eines anderen Ereignisses mit typischerweise nachfolgenden Gesundheitsproblemen gibt und sich der Krankheitsverdacht nicht bestätigt sowie eine Behandlung derzeit nicht erforderlich ist. Ein erläutern des Beispiel der ärztlichen Beobachtung eines möglicherweise intoxikierten Kindes wurde ergänzt.

Die Kodieranweisungen für *Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Maßnahmen* wurden überarbeitet und nach Streichung der DKR 1919a (Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung) in die DKR D002d aufgenommen. Die Anwendung der ICD-10-GM Kategorie T80–T88 (Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert) wurde für nur unspezifisch kodierbare Fallkonstellationen eindeutiger geregelt.

Die zuvor in DKR D002c (Hauptdiagnose) geregelte Verschlüsselung von *Symptomen als Nebendiagnose* wurde in die **DKR D003d** (Nebendiagnosen) übernommen und eindeutiger formuliert. Ein Symptom wird grundsätzlich nicht als Nebendiagnose kodiert, wenn es im Regelfall als eindeutige und unmittelbare Folge mit der zugrunde liegenden Krankheit vergesellschaftet ist. Nur wenn es ein eigenständiges wichtiges Problem für die medizinische Behandlung darstellt, wird es als Nebendiagnose angegeben.

Die Erläuterungen zu *abnormen Befunden* wurden aus der DKR D001a (Allgemeine Kodierrichtlinien) in die DKR D003d verschoben und ebenfalls konkretisiert. Abnorme Befunde sind demnach nur zu kodieren, wenn sie eine klinische Bedeutung im Sinne einer therapeutischen Konsequenz oder einer weiterführenden Diagnostik (nicht alleine die Kontrolle eines abnormen Wertes) besitzen.

Bei der Überarbeitung der Kodierrichtlinie „Nebendiagnosen“ waren sich die Vertreter der GKV sowie der DKG in der dazugehörigen Arbeitsgruppe darin einig, dass jedweder therapeutischer-, diagnostischer-, Betreuungs-, Pflege- oder Überwachungsaufwand die *Kodierung einer Nebendiagnose* erlaubt. Eine künstliche Grenze bezüglich eines minimalen Aufwandes, der für die Kodierung einer Nebendiagnose zu überschreiten ist, existiert nicht, auch wenn dies in der alltäglichen Abrechnungspraxis wiederholt von unterschiedlichen Beteiligten gefordert wird. Beispielsweise kann die einfache medikamentöse Behandlung einer Erkrankung die Dokumentation als Nebendiagnose rechtfertigen. Wenngleich diese Regelung mit Blick auf das DRG-System teilweise unbefriedigend ist, so kann aus praktischer Sicht nicht für jede Diagnose ein Schwellenwert definiert werden, ab wann diese kodiert werden darf.

In der **DKR D004d** (Syndrome) wird darauf hingewiesen, dass beim *Vorliegen von mehreren Manifestationen* eines Syndroms, die jeweils die Hauptdiagnosendefinition erfüllen, nach dem Abschnitt „Zwei oder mehr Diagnosen, die gleichermaßen der Definition der Hauptdiagnose entspre-

Das passt doch richtig gut zusammen!

Zum Beispiel unsere **Dokumentationsmappe DT**, ideal im Bereich **ambulantes Operieren** oder in der **Tagesklinik** und unser Formular **G-AEP (§ 17c KHG)** zur Begründung der Notwendigkeit stationärer Behandlungen.



Düsseldorf
24. – 27. November 2004

Besuchen Sie uns!
Halle 16
Stand C 43



HINZ

Ihr Partner für
Organisationslösungen
im Gesundheitswesen

Lankwitzer Straße 17/18
D-12107 Berlin
Tel.: 0 30 / 7 47 04-0
Fax: 0 30 / 7 47 04-150
E-Mail: info@hinz.de
Internet: www.hinz.de

chen“ in der DKR D002d (Hauptdiagnose) zu verfahren ist. Dies gilt auch bei chromosomalen/genetischen Krankheiten.

In der **DKR D005d** (Folgezustände und Folgeeingriffe) wurden überwiegend Inhalte aus den gestrichenen DKR 1912a (Akute und alte Verletzungen) und DKR 1913a (Folgeerscheinungen von Verletzungen, Vergiftungen, toxischen Wirkungen und anderen äußeren Ursachen) sowie aus der DKR D002c (Hauptdiagnose) zusammengeführt. Eingearbeitet wurden Kodierhinweise zur Weiterbehandlung bei Verbrennungen nach Streichung entsprechender Textpassagen aus der alten DKR 1914a (Verbrennungen).

In der **DKR D011d** (Doppelkodierung) wurden die Beispiele an das mit dem OPS Version 2005 neu eingeführte Zusatzkennzeichen für Beidseitigkeit angepasst.

Die thematisch in die **DKR D012d** (Mehrfachkodierung) gehörenden Hinweise und Tabellen zu den ICD-10-GM Sekundärkodes (Ausrufezeichenkodes) wurden aus den Redaktionellen Hinweisen hierher verschoben; weitere wesentlichen Änderungen fanden nicht statt.

Der derzeit gültige „Diagnosenthesaurus“ wird ab 2005 als „Alphabetisches Verzeichnis“ weitergeführt, entsprechend wurde die **DKR D014d** (Im Alphabetischen Verzeichnis verwendete formale Vereinbarungen) angepasst. Bei der Suche nach entsprechenden Kodes, die im Alphabetischen Verzeichnis der ICD-10-GM zu einem *unspezifischen Schlüssel führen* („9“-Kodes), sollte eine möglicherweise spezifischere Verschlüsselungsmöglichkeit mit Hilfe des Systematischen Verzeichnis überprüft werden. Ein entsprechender Hinweis wurde eingefügt, da für die Kodierung das Systematische Verzeichnis der ICD-10-GM maßgeblich ist. Die Angabe unspezifischer endstelliger Kodes im Alphabetischen Verzeichnis wurde aus klassifikatorischer Sicht vorgenommen. Sie berücksichtigen nicht die besonderen Anforderungen an die spezifische Kodierung im DRG-System.

■ Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren

In die **DKR P001d** (Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren) wurde der Hinweis zur *Reihenfolge der Kodierung von Prozeduren* übernommen. Demnach wird die Reihenfolge nicht mehr vorgegeben, wesentliche Prozeduren sollten dennoch zuerst angegeben werden, da die Anzahl der zur Verfügung stehenden Schlüsselnummernfelder bei der Datenübertragung begrenzt ist. Die DKR P002a (Hauptprozedur) konnte daher gestrichen werden.

Darüber hinaus erfolgte eine Klarstellung, dass *eingriffsverwandte diagnostische Prozeduren* nicht zusätzlich verschlüsselt werden, wenn diese in derselben Sitzung durchgeführt werden und sie regelhaft ein Bestandteil der interventionell-therapeutischen Prozedur darstellen, sofern der OPS keine andere Regelung vorschreibt.

Bei Prozeduren, die nur verschlüsselt werden, wenn sie alleinige Maßnahme sind, wird der OPS 2005 Kode 8-919 (*Komplexe Akutschmerzbehandlung*) ausgenommen, siehe auch DKR 1806d (Schmerzdiagnosen und Schmerzbehandlungsverfahren).

Nach Streichung der DKR 0302a (Bluttransfusionen) wird an dieser Stelle erläutert, dass *Bluttransfusionen* immer zu kodieren sind, lediglich bei Einsatz der Herz-Lungen-Maschine gelten sie als Standardmaßnahme und werden nicht angegeben.

Die Beispiele der **DKR P003d** (Hinweise und formale Vereinbarungen für die Benutzung des OPS) wurden an den neuen Prozedurenschlüssel OPS Version 2005 angepasst. Der Hinweis darauf, dass Codes, die mit einem der *Zeichen* ↔ *oder* ↔ gekennzeichnet sind, mit einem der Zusatzkennzeichen Rechts, Links oder Beidseits zu versehen sind, wurde aufgenommen.

Ab 2005 sieht der OPS die verpflichtende Angabe der *Zusatzkennzeichen* (*R rechts, L links und B beidseits*) für paarige Organe und Körperteile vor. Die **DKR P005d** (Multiple/Bilaterale Prozeduren) wurde auf diese neue Regelung der Verschlüsselung von beidseitigen Prozeduren angepasst. Wird eine Prozedur in der gleichen Sitzung beiderseits durchgeführt, ist diese mit dem Zusatzkennzeichen „B“ zu versehen. Anderenfalls wird die jeweilige Seite (R, L) angegeben, siehe auch P003d (Hinweise und formale Vereinbarungen für die Benutzung des OPS).

In der **DKR P013d** (Wiedereröffnung eines Operationsgebietes/Reoperation) erfolgte eine Anpassung der Kodes für Rethorakotomie an veränderte OPS-Version 2005-Kodes und es wurden Erläuterungen zur Kodierung von Bypass-Reoperationen gestrichen, da dieser Sachverhalt abschließend in der DKR 0909d (Revisionen oder Reoperationen an Herz und Perikard) geregelt ist.

Da ab 2005 weitere *Medikamente* mit dem OPS verschlüsselbar werden, mussten die Ausnahmetatbestände in Tabelle 1 (Beispiele für nicht kodierbare Prozeduren) in der **DKR P014d** (Prozeduren, die normalerweise nicht verschlüsselt werden) um die Immunglobulingabe, Gabe von Gerinnungsfaktoren, andere Immuntherapie (8-547) und Medikamente aus 8-012 (Applikation von Medikamenten) erweitert werden.

Inhalte aus den bisherigen DKR 0301c (Knochenmarkstammzellentnahme und -transplantation) sowie 0303c (Versagen und Abstoßungsreaktion nach Transplantation) wurden in die **DKR P015d** (Organentnahme und Transplantation) integriert. Um einen Konflikt zwischen der allgemeinen DKR P015d und der speziellen DKR 0201d (Auswahl und Reihenfolge der Kodes) – bei Neubildungen – zu vermeiden, musste klargestellt werden, dass bei einem Versagen und einer Abstoßungsreaktion nach einer Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen die allgemeine DKR P015d Vorrang hat. Dies bedeutet, dass im Falle des Versagens oder einer Abstoßungsreaktion ein Kode aus T86.- (Versagen und Abstoßung von transplantierten Organen und Geweben) als Hauptdiagnose anzugeben ist. Die (maligne) Grunderkrankung ist als Nebendiagnose zu kodieren, ebenso ggf. die Organmanifestation einer Graft-versus-Host-Krankheit, sofern diese die Kriterien der Nebendiagnosendefinition erfüllen.

Die Tabelle „Organ-/Gewebeentnahme und Transplantationstabelle“ wurde an die neuen OPS-Version-2005-Kodes

für Retransplantationen während desselben stationären Aufenthalts angepasst.

Spezielle Kodierrichtlinien

Bei den verbleibenden Speziellen Kodierrichtlinien ergaben sich zum Beispiel durch die Kondensierung von mehreren Kodierrichtlinien zu einer DKR, durch notwendige Anpassungen an die jeweiligen neuen Versionen der Medizinischen Klassifikationen sowie durch Klarstellungsbedarf weitere mannigfaltige Veränderungen. Die wesentlichen Veränderungen werden im Folgenden aufgeführt.

DKR 0101d HIV/AIDS

Hier erfolgte erneut die Klarstellung, dass der ICD-10-GM Kode B23.0 (Akutes HIV-Infektionssyndrom) nicht mehr verwendet werden darf, sobald die Symptomatik des akuten Infektionssyndroms abgeklungen ist und ein symptomfreies Intervall begonnen hat.

DKR 0403d Zystische Fibrose

Abweichend von der bisherigen Kodierung einer Zystischen Fibrose mit Lungen- und Darm-Manifestation ist der ICD-10-GM Kode E84.80 (Zystische Fibrose mit Lungen- und Darm-Manifestation) nicht anzugeben, wenn die Aufnahme primär zur Behandlung der Darmmanifestation erfolgt (zum Beispiel speziell zur Operation einer Komplikation im Zusammenhang mit der Darmmanifestation). Hier ist jetzt der Kode E84.1 (Zystische Fibrose mit Darmmanifestation) als Hauptdiagnose anzugeben und der Kode

E 84.0 (Zystische Fibrose mit Lungenmanifestation) als Nebendiagnose zu kodieren. Dies vermeidet die Gruppierung in eine Fehler-DRG und erlaubt eine sachgerechtere Einstufung in das DRG-System.

DKR 0501d Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

Es erfolgt eine Klarstellung, dass der Akute Rausch (ICD-10-GM Gruppe F10-F19, vierte Stelle „0“ Akute Intoxikation [Akuter Rausch]) nicht mehr verpflichtend mit einem weiteren Kode aus der Gruppe F10-F19 anzuwenden ist.

DKR 0603d Tetraplegie und Paraplegie, nicht traumatisch

Die DKR wurde angepasst, da der ICD-10-GM Kode G82.- (Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie) für 2005 geändert wurde und damit die Unterscheidung zwischen einer akuten und einer chronischen Querschnittslähmung auf der 5. Stelle zusätzlich ermöglicht wird.

DKR 0904d Hypertensive Herzkrankheit (I11.-)

DKR 0905d Hypertensive Nierenerkrankung (I12.-)

DKR 0906d Hypertensive Herz- und Nierenerkrankung (I13.-)

Durch die Neugestaltung der In- und Exklusiva sowie der Hinweise in der ICD-10-GM Gruppe I10-I15 (Hypertonie [Hochdruckkrankheit]) ist es nun möglich, auch bei Herz- und Nierenerkrankungen, die in kausalem Zusammenhang



ATHENA

ATHENA – das Frühwarnsystem für medizinische Einrichtungen

ATHENA, das webbasierte EDV-Tool, unterstützt gezielt die Aufgaben des Qualitäts- und Risikomanagements bei der Versorgung und Behandlung von Patienten.

Steigen Zahl und Höhe der Schäden in der Arzt- und Krankenhaushaftung, so wirkt sich dies negativ auf Kliniken, Mitarbeiter und Patienten aus. Jeder Haftungsfall bedeutet für Kliniken einen potenziellen Imageverlust, der letztendlich existenzbedrohend sein kann. Daher wird es zunehmend wichtiger, Abweichungen vom normalen Ablauf nicht nur unter Qualitäts-, sondern auch unter Risikoaspekten kontinuierlich und strukturiert zu erfassen und interne Abläufe zu korrigieren, bevor nennenswerte Abweichungen eintreten.

Medizinische Einrichtungen können ATHENA gezielt einsetzen, um

- Abweichungen vom Normalverlauf bei der Versorgung und Behandlung von Patienten systematisch und zeitnah festzuhalten und auszuwerten sowie
- präventive Strategien abzuleiten.

Mit ATHENA steht allen Kliniken und Klinikträgern der notwendige Baustein für ein integriertes Qualitäts- und Risikomanagement bereit.

Für Fragen steht Ihnen **Frau Sybille Musick**, Tel.: +49 (0) 89/38 91-92 23, Info_ATHENA@munichre.com, gerne zur Verfügung. Weitere Informationen enthält auch www.athena.munichre.com.



mit einer Hypertonie stehen, die entsprechenden Organ-kodes für die Herz- und/oder Nierenerkrankung zu verschlüsseln, um die dortigen Schweregraddifferenzierungen nutzen zu können. Die genannten DKR wurden entsprechend angepasst. Da nun auch die hypertoniebedingte terminale Niereninsuffizienz kodierbar ist, konnte auf den zusätzlichen Code Z99.2 (Langzeitige Abhängigkeit von Dialyse bei Niereninsuffizienz) verzichtet werden, siehe auch DKR 1401d (Dialyse).

DKR 0911d Schrittmacher/Defibrillatoren

Erfolgt die stationäre Aufnahme des Patienten primär zum Aggregatwechsel, wird klargestellt, dass der ICD-10-GM Code Z45.0 (Anpassung und Handhabung eines implantierten Herzschrittmachers und eines implantierten Kardio-defibrillators) als Hauptdiagnose anzugeben ist.

DKR 1001d Maschinelle Beatmung

Schon im G-DRG-System 2004 erfolgt die Eingruppierung im Zusammenhang mit maschineller Beatmung nicht über den OPS-Code 8-718 (Dauer der maschinellen Beatmung), sondern über die im Datensatz anzugebenden Beatmungsstunden. Eine weitere Anpassung der Datenübertragung nach § 21 KHEntgG macht jetzt die Streichung des OPS-Kodes möglich. Entsprechend wurde die DKR angepasst. Ergänzend wird hier noch einmal klargestellt, wie die Beatmung im Rahmen von Verlegungen anzugeben ist.

DKR 1205d Plastische Chirurgie

Ein plastisch chirurgischer Eingriff kann aus medizinischen oder kosmetischen Gründen erfolgen. Da ein Risikofaktor, der noch nicht zu einem Krankheitszustand geführt hat, die Begründung für die medizinische Indikation eines plastisch chirurgischen Eingriffes sein kann, erfolgte diesbezüglich eine Ergänzung der Kodierrichtlinie.

DKR 1401d Dialyse

Die Kodierung von Z49.1 (Extrakorporale Dialyse) für Mehrtagesfälle ist nicht weiter notwendig, da die Möglichkeit der Verschlüsselung einer terminalen, dialysepflichtigen Niereninsuffizienz über entsprechende ICD-10-GM Codes, zum Beispiel N.18.- (chronische Niereninsuffizienz), sowie die Durchführung einer Dialyse über die entsprechenden Prozedurenschlüssel für Dialyseverfahren abgebildet werden kann.

Durch die Anpassung der ICD-10-GM Gruppe I10-I15 (Hypertonie [Hochdruckkrankheit]) ist die hypertensiv bedingte terminale Niereninsuffizienz jetzt auch mit Schweregraden kodierbar, so dass die Nutzung des ICD-10-GM Codes Z99.2 (Langzeitige Abhängigkeit von Dialyse bei Niereninsuffizienz) für diesen Sachverhalt nicht mehr benötigt wird, siehe auch DKR 0904d, 0905d, 0906d.

DKR 1506d Spontane vaginale Entbindung eines Einlings

Die komplexe Kodierung einer normalen Geburt wurde durch ein erläuterndes Beispiel für eine spontane vaginale Entbindung ohne Komplikationen dargestellt. Hiermit wurde einem häufig geäußerten Wunsch der Anwender Rechnung getragen.

DKR 1804d Inkontinenz

Die ICD-10-GM Codes N39.3 (Stressinkontinenz) und N39.4- (Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz) wurden aus der DKR 0601 (Schlaganfall) in die DKR 1804d übernommen. Es wird klargestellt, dass die in dieser DKR genannten Inkontinenzcodes auch genutzt werden können, wenn die Inkontinenz der Grund für eine operative Behandlung ist.

DKR 1806d Schmerzdiagnosen und Schmerzbehandlungsverfahren

Zur Verwendung des ICD-10-GM Codes R 52.0 (Akuter Schmerz) wird klargestellt, dass dieser Code nur dann anzugeben ist, wenn Lokalisation und Ursache des Schmerzes unbekannt sind. Bei Patienten, die speziell zur Schmerztherapie aufgenommen werden und bei denen ausschließlich der Schmerz behandelt wird, ist die Lokalisation des Schmerzes als Hauptdiagnose zu kodieren. Dies hat Gültigkeit für chronische/therapieresistente Schmerzen und Tumorschmerzen. Nicht operative Analgesieverfahren für den akuten Schmerz sind nur dann mit OPS-Kodes aus 8-91 (Schmerztherapie) anzugeben, wenn sie als alleinige Maßnahme durchgeführt werden; hiervon ausgenommen ist der OPS Code 8-919 (Komplexe Akutschmerzbehandlung).

DKR 1905d Offene Wunden/Verletzungen

Inhalte aus den gestrichenen DKR 1906a (Offene Verletzungen mit Gefäß-, Nerven- und Sehnenbeteiligung), 1907a (Offene intrakranielle Verletzung) und 1908a (Offene intrathorakale/intraabdominale Verletzung) werden in der DKR 1905d zusammengeführt. Abweichend von der bisherigen Regelung in den gestrichenen DKR 1907a und 1908a ist nunmehr auch bei offenen Frakturen mit intrakranieller, intrathorakaler oder intraabdomineller Verletzung ein Code für den Schweregrad der Weichteilverletzung zusätzlich anzugeben.

DKR 1910d Verletzung des Rückenmarks (mit traumatischer Paraplegie und Tetraplegie)

Es erfolgt eine Klarstellung, dass die Kodieranweisungen für die akute Phase nicht nur für die erstmalige Aufnahme des Patienten Gültigkeit hat, sondern diese Phase mehrere Krankenhausaufenthalte umfassen kann.

Der Weichteilschaden, der bei einer traumatischen Luxation/ Fraktur entstanden ist, ist zusätzlich zu kodieren.

Der ICD-10-GM Code G82.- (Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie) wurde für 2005 geändert und damit die Unterscheidung zwischen einer akuten und einer chronischen Querschnittslähmung auf der 5. Stelle zusätzlich ermöglicht. Dies ist für die Verschlüsselung in der chronischen Phase zu beachten, siehe auch DKR 0603d (Tetraplegie und Paraplegie, nicht traumatisch).

Übergangsregeln

Die Übergangsregeln zur Abrechnung nach der Bundespflegegesetzverordnung (BPfV) wurden für ein weiteres Jahr in den Kodierrichtlinien belassen. Da sich die Budgetverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern trotz verpflichtender Einführung des DRG-Fallpauschalensystem zum

1. Januar 2004 verzögern, können einige Krankenhäuser nur gemäß BPfIV abrechnen.

In diesem Zusammenhang wird eine nochmalige Überarbeitung der Fallpauschalen- und Sonderentgeltkataloge erfolgen, um eine Anpassung an die neue ICD-10-GM und den OPS Version 2005 durchzuführen. Bedauerlicherweise entziehen sich bisher die Vertreter der Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenkassen dieser Aufgabe, sodass zunächst eine alleinige Überarbeitung durch die DKG erfolgen muss. Es bleibt zu hoffen, dass die GKV nicht bis zuletzt die Beteiligung verweigern wird, um Abrechnungsschwierigkeiten vor Ort zu vermeiden. Ob sich bei der Überarbeitung der FP-/SE-Kataloge weiterer Anpassungsbedarf bei den Übergangsregeln in den DKR ergibt, stand bei Redaktionsschluss nicht fest. Mögliche notwendige Änderungen wären mit den FP-/SE-Katalogen für 2005 zu vereinbaren und gesondert bekannt zu geben.

Fazit

In diesem Jahr wurde ein stringentes Konzept zur Verschlinkung und Erhöhung der Anwenderfreundlichkeit der DKR verfolgt. Hiermit sollte dem hohen administrativen Aufwand des medizinischen Personals im Krankenhaus zunehmend Rechnung getragen werden. Alle Beteiligten sind sich darin einig, dass weiterhin Verbesserungspotenzial in den DKR besteht. Dennoch kann die diesjährige Überarbeitung als ein großer Schritt in die richtige Richtung bezeichnet werden. Die Autoren sind sich auch nach langen Diskussionen innerhalb der Selbstverwaltung bewusst, dass trotz der Anpassung die Komplexität der Kodierung nach wie vor keinesfalls zu unterschätzen ist. Nach nunmehr dreijähriger Erfahrung mit den Kodierrichtlinien ist zu hoffen, dass die Anwender mit deutlich tieferen Systemkenntnissen in die Konvergenzphase und damit in die unmittelbar budgetwirksame Zeit starten können.

Die Verfasser bedanken sich bei allen Anwendern und Fachgesellschaften, die mit zahlreichen Hinweisen die kontinuierliche Weiterentwicklung des Systems unterstützt haben.

Anschrift der Verfasser:

Claus Fahlenbrach/Nicola Köhler/
Axel Halim,
Referenten im Dezernat Medizin der DKG/
Dr. Nicole Schlottmann,
Geschäftsführerin des Dezernats Medizin der DKG,
Wegelystraße 3,
10623 Berlin ■

Die Deutschen Kodierrichtlinien Version 2005 sind auf der Homepage der Selbstverwaltung (www.g-drg.de) sowie auf der Homepage der Deutschen Krankenhausgesellschaft (www.dkgev.de) abrufbar. Sie werden als Taschenbuch von der Deutschen Krankenhaus Verlagsgesellschaft einschließlich der Erläuterungen aus diesem Artikel veröffentlicht. Bestellung unter 02 11/17 92 35-20 oder unter bestellung@dkgev.de. Der Einzelpreis beträgt 7,50 € (Staffelpreis ab 50 Exemplare 7,25 €, ab 100 Exemplare 7 €, ab 200 Exemplare 6,75 €).

Consulting | Systeme



Heute die Technologien von morgen nutzen

Entwerfen Sie eine Vision Ihrer Klinik. Wie weit entfernt davon scheint Ihnen die Wirklichkeit?

Nutzen Sie unsere Beratungskompetenz im Klinikmanagement. Gemeinsam mit Ihnen entwickeln wir maßgeschneiderte Lösungen, die die Effizienz Ihrer Klinik steigern.

Als Systemoptimierer haben wir mit innovativen Produkten Ihren Workflow stets im Blick: Wählen Sie aus modularen Operationstischen, Patiententransportsystemen, Deckenstativen und Operationsleuchten.

Besuchen Sie uns auf der Medica 2004 in Düsseldorf · Halle 15 Stand C23.

INNOVATIONS
FOR PATIENT CARE

TRUMPF Medizin Systeme

Telefon +49 (0) 89 / 8 09 07-0
Telefax +49 (0) 89 / 8 09 07-20
e-mail info@de.trumpf-med.com
www.trumpf-med.com

