

### Kodierempfehlung Nr. 1

**Schlagwort:** Niereninsuffizienz, terminale  
**Stand:** 08.08.2005  
**Aktualisiert:** 10.01.2007

#### **Problem/Erläuterung:**

Ist nach erfolgreicher Nierentransplantation außer Z94.0 *Zustand nach Nierentransplantation* auch zusätzlich N18.0 *Terminale Niereninsuffizienz* zu kodieren?

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

#### **Kodierempfehlung:**

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 2**

**Schlagwort:** Ambulantes Operieren, stationäre Aufnahme  
**Stand:** 08.08.2005  
**Aktualisiert:** 10.01.2007

**Problem/Erläuterung:**

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

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

**Kodierempfehlung:**

In § 7 Abs. 3 des Vertrags nach § 115b SGB V vom 18.03.2005 ist geregelt: „Wird ein Patient am selben Tag in unmittelbarem Zusammenhang mit dem ambulanten Eingriff eines Krankenhauses stationär aufgenommen, erfolgt die Vergütung nach Maßgabe der BpflV bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes.“

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 3****Schlagwort:** Biopsie, Inzision**Stand:** 08.08.2005**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung:**

Perkutane Biopsie / Biopsie durch Inzision

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

**Kodierempfehlung:**

Entscheidend für die Wahl des OPS-Kodes ist die Art des Zugangs. Der Zugang „durch Inzision“ ist nicht erfüllt, wenn die Inzision (in der Regel Stichinzision) nur gemacht wird, um die Nadel problemloser einzuführen, aber nicht, um die Zielregion freizulegen. Der korrekte Code wäre hier beispielsweise 1-494.3 *Perkutane Biopsie an anderen Organen und Geweben mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Mamma*

Ab 2006 ist nach dem OPS, Systematisches Verzeichnis, über die 6. Stelle eine Spezifizierung des Verfahrens möglich.

---

**Kodierempfehlung Nr. 4**

**Schlagwort:** Pseudarthrose  
**Stand:** 08.08.2005  
**Aktualisiert:** 10.01.2007

**Problem/Erläuterung:**

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

**Kodierempfehlung:**

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 5**

**Schlagwort:** Intervention, Nebendiagnose  
**Stand:** 08.08.2005  
**Aktualisiert:** 10.01.2007

**Problem/Erläuterung:**

Intervention / Offen-chirurgischer Eingriff

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

**Kodierempfehlung:**

Die alleinige Wahl eines anderen Verfahrens rechtfertigt nicht die Angabe der Nebendiagnosen (sofern sie nicht in anderer Weise das Patientenmanagement beeinflusst haben). Laut DKR D003d werden Begleitkrankheiten in diesem Zusammenhang nur dann als Nebendiagnose kodiert, wenn sie das Standardvorgehen für eine spezielle Prozedur beeinflussten. Das Standardvorgehen für die durchgeführte Prozedur (hier: Intervention) wurde aber nicht beeinflusst.

---

**Kodierempfehlung Nr. 6**

**Schlagwort:** Dehnungsplastik  
**Stand:** 08.08.2005  
**Aktualisiert:** 10.01.2007

**Problem/Erläuterung:**

Wann kann eine Dehnungsplastik kodiert werden? Reicht das subkutane Mobilisieren der Haut nach Entfernung z.B. einer spindelförmigen Haut-PE zur Kodierung einer Dehnungsplastik (5-903.0-)?

**Kodierempfehlung:**

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 7**

**Schlagwort:** Diabetes, Gefäße  
**Stand:** 08.08.2005  
**Aktualisiert:** 10.01.2007

**Problem/Erläuterung:**

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

**Kodierempfehlung:**

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 8**

**Schlagwort:** Harnwegsinfekt  
**Stand:** 08.08.2005  
**Aktualisiert:** 10.01.2007

**Problem/Erläuterung:**

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

**Kodierempfehlung:**

Eines der folgenden Kriterien muss erfüllt sein:

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

**Kodierempfehlung Nr. 9**

**Schlagwort:** Diabetes, entgleist  
**Stand:** 08.08.2005  
**Aktualisiert:** 12.03.2007

**Problem/Erläuterung:**

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

**Kodierempfehlung:**

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

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

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 10**

**Schlagwort:** Insuffizienz, pulmonale  
**Stand:** 08.08.2005  
**Aktualisiert:** 10.01.2007

**Problem/Erläuterung:**

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

**Kodierempfehlung:**

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

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 11**

**Schlagwort:** R63.3 *Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung*  
**Stand:** 08.08.2005  
**Aktualisiert:** 10.01.2007

**Problem/Erläuterung:**

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

**Kodierempfehlung:**

Die zusätzliche Kodierung von R63.3 *Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung* ist nicht sachgerecht, da es sich um ein Symptom handelt, das im Regelfall als eindeutige und unmittelbare Folge mit der zugrundeliegenden Erkrankung vergesellschaftet ist. Nur wenn ein Symptom ein eigenständiges, wichtiges Problem für die medizinische Betreuung darstellt, kann es als Nebendiagnose verschlüsselt werden (DKR D002f und D003d).

---

**Kodierempfehlung Nr. 12**

**Schlagwort:** Biopsie am Knochenmark, Biopsie an Knochen  
**Stand:** 08.08.2005  
**Aktualisiert:** 10.01.2007

**Problem/Erläuterung:**

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

**Kodierempfehlung:**

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

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 13**

**Schlagwort:** Befunde, abnorme  
**Stand:** 08.08.2005  
**Aktualisiert:** 10.01.2007

**Problem/Erläuterung:**

In der DKR D003d gilt:

„ Abnorme Labor-, Röntgen-, Pathologie- und andere diagnostische Befunde werden nicht kodiert, es sei denn, sie haben eine klinische Bedeutung im Sinne einer therapeutischen Konsequenz oder einer weiterführenden Diagnostik (nicht allein Kontrolle der abnormen Werte)“.

Welchen Stellenwert haben die unterschiedlichen Begriffe (Befunde/Werte)?

**Kodierempfehlung:**

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 14**

**Schlagwort:** Alkoholrausch  
**Stand:** 08.08.2005  
**Aktualisiert:** 10.01.2007

**Problem/Erläuterung:**

Abgrenzung bei der Kodierung als Hauptdiagnose für stationäre Behandlung:  
F10.0 *Psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]* gegen T51.0 *Toxische Wirkung von vorwiegend nicht medizinisch verwendeten Substanzen, Toxische Wirkung von Alkohol, Äthanol*

**Kodierempfehlung:**

In Kapitel XIX der ICD-10-GM Version 2007 sind Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00 - T98) aufgelistet. Darunter fallen aus unserer Sicht z. B. Chemieunfälle mit Alkohol. Auch für die Vergiftung durch Arzneimittel in Verbindung mit Alkohol käme T51.0, dann allerdings nur als Nebendiagnose, in Frage (s. DKR 1918a).

Der Kode T51.0 schließt explizit aus:

*Akuter Alkoholrausch oder Alkoholnachwirkung, "Kater" (F10.0), Pathologischer Rausch (F10.0), Trunkenheit (F10.0)*

In Kapitel V der ICD-10-GM Version 2007 werden mit den Schlüsselnummern F10.- bis F19.- Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen abgebildet. Die verursachenden Substanzen (z.B. Alkohol) werden durch die 3. Stelle kodiert, die klinischen Erscheinungsbilder (z.B. akute Intoxikation, Missbrauch oder Abhängigkeit) durch die 4. Stelle beschrieben.

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 15**

**Schlagwort:** Shuntkomplikation  
**Stand:** 08.08.2005  
**Aktualisiert:** 10.01.2007

**Problem/Erläuterung:**

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

**Kodierempfehlung:**

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

Es handelt sich hier um einen spezifischen Code, der sowohl den Organbezug als auch die Art der Komplikation abbildet. Siehe auch die Hinweise und Beispiele unter dem Code. Unter Bezug auf DKR D002f ist hier ausnahmsweise der T-Code der spezifischere.

---

**Kodierempfehlung Nr. 16**

**Schlagwort:** Kachexie  
**Stand:** 08.08.2005  
**Aktualisiert:** 10.01.2007

**Problem/Erläuterung:**

Wann darf R64 (Kachexie) verschlüsselt werden?

**Kodierempfehlung:**

Mindestvoraussetzungen: Dokumentation von Größe und Gewicht und Aufwand.  
Neben der allgemeinen Definition (schwere Form der Abmagerung mit Atrophie) fordern wir mindestens einen BMI von 15% unter dem Minimum der Norm (z.B. 20-60 Jahre: BMI kleiner 16).  
(Quelle: Pschyrembel, Definition Abmagerung)

---

**Kodierempfehlung Nr. 17**

**Schlagwort:** MRSA  
**Stand:** 08.08.2005  
**Aktualisiert:** 10.01.2007

**Problem/Erläuterung:**

Wie wird der asymptomatische Keimträger mit Erregernachweis MRSA verschlüsselt?

**Kodierempfehlung:**

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

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 18****Schlagwort:** Obturation, Obstipation**Stand:** 08.08.2005**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung:**

Abgrenzung Obturation versus Obstipation

**Kodierempfehlung:**

*K56.4 Paralytischer Ileus und mechanischer Ileus ohne Hernie, Sonstige Obturation des Darmes:*

Entsprechend der Hinweise: Enterolith, Impaktion und Kotstein steht eine Verlegung des Lumens durch ein mechanisches Hindernis im Vordergrund.

*K59.0 Sonstige funktionelle Darmstörungen, Obstipation:*

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 19**

**Schlagwort:** Hypothermie, postoperative  
**Stand:** 08.08.2005  
**Aktualisiert:** 10.01.2007

**Problem/Erläuterung:**

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

**Kodierempfehlung:**

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 20**

**Schlagwort:** Shuntkomplikation  
**Stand:** 08.08.2005  
**Aktualisiert:** 10.01.2007

**Problem/Erläuterung:**

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

**Kodierempfehlung:**

Für einen Patienten, der bereits vorher einen Shunt erhielt und bereits regelmäßig dialysiert wird, ist als Hauptdiagnose der entsprechende Grund der Aufnahme zu kodieren:

In der Regel handelt es sich um eine Thrombose des venösen Schenkels und ist deshalb mit I82.8 *Embolie und Thrombose sonstiger näher bezeichneter Venen* zu kodieren.

Ist in seltenen Fällen auch der arterielle Schenkel betroffen, kann dies durch den Kode I74.2 *Embolie und Thrombose der Arterien der oberen Extremitäten* oder I74.3 *Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten* ausgedrückt werden.

---

**Kodierempfehlung Nr. 21**

**Schlagwort:** Stauungspneumonie  
**Stand:** 08.08.2005  
**Aktualisiert:** 10.01.2007

**Problem/Erläuterung:**

Verschlüsselung einer Stauungspneumonie in Verbindung mit Herzinsuffizienz

**Kodierempfehlung:**

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 22**

**Schlagwort:** Weiterbehandlung  
**Stand:** 08.08.2005  
**Aktualisiert:** 10.01.2007

**Problem/Erläuterung:**

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

**Kodierempfehlung:**

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 23**

**Schlagwort:** Antikoagulanzen  
**Stand:** 08.08.2005  
**Aktualisiert:** 10.01.2007

**Problem/Erläuterung:**

Wie werden Fälle mit Neueinstellung auf orale Antikoagulation (z. B. Phenprocoumon) oder bei Pausierung (z. B. wegen OP) und anschließender Neueinstellung kodiert?  
Wann kann D68.3 *Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen und Antikörper* kodiert werden?

**Kodierempfehlung:**

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

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 24****Schlagwort:** Gastroenteritis, Erregernachweis, A09, K52.9**Stand:** 08.08.2005**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung:**

Kodierung einer akuten Gastroenteritis ohne Erregernachweis als A09 *Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs*, oder als K52.9 *Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet*?

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

**Kodierempfehlung:**

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

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

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 25**

**Schlagwort:** Anämie, Folsäuremangel  
**Stand:** 08.08.2005  
**Aktualisiert:** 10.01.2007

**Problem/Erläuterung:**

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

**Kodierempfehlung:**

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 26****Schlagworte:** Eine Maßnahme, mehrere Nebendiagnosen**Stand:** 28.02.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

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

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

**Kodierempfehlung**

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 27****Schlagworte:** Ätiologie, Manifestation**Stand:** 28.02.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

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

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

**Kodierempfehlung**

Die Reihenfolge für die Ätiologie-/ Manifestationsverschlüsselung gilt nur für das Kreuz-Stern-System. Die Hauptdiagnosen-Regelung der DKR D002 erfährt somit außerhalb der Kreuz-Stern-Systematik in Bezug auf die Reihenfolge von Ätiologie-/ Manifestationskodes keine Einschränkung.

Hauptdiagnose ist in diesem Fall I50.01 *Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz*

---

**Kodierempfehlung Nr. 29****Schlagworte:** TIA, Hirninfarkt**Stand:** 28.02.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

Die Hauptdiagnose G45.- *Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome* beschreibt die klinische Diagnose, die Hauptdiagnose I63.- *Hirninfarkt* beschreibt die morphologische Diagnose (Ergebnis der bildgebenden Diagnostik). Daraus ergibt sich die Situation, dass zwei Diagnosen gleichermaßen der Definition der Hauptdiagnose entsprechen, je nachdem, ob man die klinische oder die morphologische Betrachtungsweise in den Vordergrund stellt. Entsprechend ist hier die Regelung aus D002f Hauptdiagnose anzuwenden („...ist vom behandelnden Arzt diejenige auszuwählen, ...“).

---

**Kodierempfehlung Nr. 30****Schlagworte:** Anästhesie, intravenöse**Stand:** 28.02.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

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

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

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

**Kodierempfehlung Nr. 31****Schlagworte:** Insektenstich**Stand:** 28.02.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

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

T78.3 *Angioneurotisches Ödem* oder T63.4 *Toxische Wirkung: Gift sonstiger Arthropoden*?

**Kodierempfehlung**

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 32****Schlagworte:** Frührehabilitation, postoperativ**Stand:** 28.02.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

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

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

**Kodierempfehlung**

Die Berechnung der Behandlungstage eines Codes aus 8-550, 8-552, 8-559 ist in diesen Fällen frühestens ab dem OP-Tag möglich, sofern die Voraussetzungen gemäß OPS in der jeweils gültigen Version erfüllt sind.

Voraussetzung für Frührehabilitation ist ein akutes Gesundheitsproblem mit schwerer Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit. Postoperative Zustandsbilder können als akutes Gesundheitsproblem in diesem Sinne Frührehabilitationsbedarf auslösen.

---

**Kodierempfehlung Nr. 33****Schlagworte:** Hauptdiagnose, externe Verlegung Geriatrie**Stand:** 28.02.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 34****Schlagworte:** Schwellung, postoperativ**Stand:** 28.02.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

Postoperative Schwellung:

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

**Kodierempfehlung**

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 35****Schlagworte:** Diabetes, KHK**Stand:** 28.02.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 36****Schlagworte:** Karzinom, Portanlage**Stand:** 28.02.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 37****Schlagworte:** Insuffizienz, respiratorische**Stand:** 28.02.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

Wann ist respiratorische Insuffizienz zu kodieren?

**Kodierempfehlung**

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 39****Schlagworte:** Tachyarrhythmie, Hyperthyreose**Stand:** 28.02.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 40**

**Schlagworte** Upper-Airway-Resistant-Syndrom, UARS, Schlafapnoe  
**Stand:** 28.02.2006  
**Aktualisiert:** 10.01.2007

**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 41****Schlagworte:** Tumorschmerz, Schmerztherapie**Stand:** 28.02.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

Hauptdiagnose ist R10.4 *Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen*. Nach DKR 2007, 1806d wird der Code für die Lokalisation des Schmerzes als Hauptdiagnose angegeben, wenn ein Patient speziell zur Schmerzbehandlung aufgenommen wird und ausschließlich der Schmerz behandelt wird. Dies gilt auch für den Tumorschmerz.

---

**Kodierempfehlung Nr. 42****Schlagworte:** Hypokaliämie, drohende, Kaliumgabe, Herzchirurgie**Stand:** 28.02.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

Nein, da die Diagnose der Hypokaliämie definitionsgemäß eine Erniedrigung des Serum-Kalium-Spiegels bedeutet, was bei der genannten Konstellation nicht vorlag.

Hinweis: Intravenöse Kaliumgabe nach einem herzchirurgischen Eingriff ohne Nachweis einer Hypokaliämie dient im Regelfall der Vermeidung des Auftretens einer Hypokaliämie bzw. der Anhebung des Kalium-Spiegels auf hochnormale Werte zur Vermeidung postoperativer Arrhythmien. Es handelt sich damit um eine Maßnahme zur Vermeidung einer drohenden oder sich anbahnenden Hypokaliämie. Drohende oder sich anbahnende Erkrankungen sind nach DKR 2007 D001a nicht zu kodieren.

---

**Kodierempfehlung Nr. 43****Schlagworte:** Ileostoma, Rückverlagerung, Teilresektion, Ileum**Stand:** 28.02.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 44**

**Schlagworte:** Nasenseptumdeviation  
**Stand:** 28.02.2006  
**Aktualisiert:** 10.01.2007

**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

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

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 47****Schlagworte:** Stichwort: Angina pectoris, Brustschmerz, Thoraxschmerz**Stand:** 28.02.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

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

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 48****Schlagworte:** Commotio, Schädel-Hirn-Trauma, Gehirnerschütterung**Stand:** 28.02.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

Aufgrund der Hinweise zum Kapitel XXI der ICD und aufgrund der DKR D002f, Abschnitt Schlüsselnummern Z03.0 bis Z03.9 können diese, falls überhaupt, nur in seltenen Ausnahmefällen die Hauptdiagnose sein. Es gilt zu prüfen, welches Symptom den Verdacht auf eine Commotio nahegelegt und damit den stationären Aufenthalt ausgelöst hat. Dieses Symptom ist dann die Hauptdiagnose, sofern die Commotio ausgeschlossen wurde.

Sollte die Commotio nicht sicher ausgeschlossen oder bestätigt werden können, sollten Überwachung und Bettruhe als Behandlung im Sinne der DKR D008b gewertet und damit der Kode S06.0 *Gehirnerschütterung* als Hauptdiagnose verwendet werden.

---

**Kodierempfehlung Nr. 53****Schlagworte:** Intubation, schwierig, misslungen**Stand:** 28.02.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

"Eine Intubation ist erst dann schwierig, wenn die direkte und vollständige Sicht auf den Kehlkopfeingang trotz optimaler Beugung des Halses und Streckung des Kopfes, mehrerer Versuche, Einsatz unterschiedlicher Laryngoskopspatel, äußeren Drucks auf den Kehlkopfeingang, kompletter Muskelrelaxierung des Patienten und Hinzuziehen weiterer erfahrener Anästhesisten nicht erreicht werden kann." (Larsen, Anästhesie, 7. Auflage 2003)

"Nach dem ASA - Algorithmus für den schwierigen Atemweg wird für die Definition der schwierigen Intubation noch die Anzahl der Intubationsversuche (> 3 Versuche) und die Dauer für das korrekte Einführen des Endotrachealtubus (> 10 Minuten bei konventioneller Laryngoskopie) herangezogen." (Larsen, s. o.)

Zur Beurteilung ist das **Narkoseprotokoll (einschließlich Prämedikationsprotokoll)** erforderlich.

Das Prämedikationsprotokoll kann Aufschluss darüber geben, ob die Diagnose einer schwierigen Intubation bereits anamnestisch bekannt war oder ob sich im Rahmen der Prämedikation Hinweise auf eine zu erwartende schwierige Intubation ergaben.

Eine tatsächlich schwierige Intubation müsste auf dem eigentlichen Protokoll über Narkose und Operation vermerkt und mit Text beschrieben sein.

Weiter müsste ersichtlich sein, welche Maßnahmen zur Bewältigung des Problems mit welchem Erfolg getroffen wurden, wie viele Intubationsversuche unternommen wurden, wie viel Zeit zwischen Narkoseeinleitung und Intubation vergingen und ob mehrere Ärzte beteiligt waren.

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

Fiberendoskopische Intubation

Intubation mit der Intubationslarynxmaske

Intubation mit dem Kombi-Tubus

Verwendung von speziellen Laryngoskopen

Notfallrohr

Koniotomie

---

**Kodierempfehlung Nr. 55**

**Schlagworte:** Suizidversuch  
**Stand:** 28.02.2006  
**Aktualisiert:** 10.01.2007

**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 56****Schlagworte:** Diabetes, pAVK, Diabetischer Fuß**Stand:** 28.02.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

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

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

Häufig besteht die Konstellation einer pAVK mit hinzu gekommenem Diabetes mellitus. Z.B. anamnestisch Ruheschmerz, jetzt stationäre Aufnahme wegen ulzerösen Veränderungen an den Füßen. Operative Behandlung (Bypass oder Amputation). Als weitere Risikofaktoren sind arterielle Hypertonie und Nikotinabusus bekannt. Das Krankenhaus kodiert pAVK als Hauptdiagnose und Diabetischen Fuß als Nebendiagnose.

**Kodierempfehlung**

Bei kausalem Zusammenhang und der Diagnose von vaskulären und/oder polyneuropathischen Diabeteskomplikationen wird Diabetes mellitus als Hauptdiagnose kodiert (E10-E14, vierte Stelle -.5 oder -.7). Als Nebendiagnosen werden z.B. I79.2 *Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten* und I70.23 *Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration* angegeben (s. DKR 0401d, Beispiele 5 und 9)

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 57****Schlagworte:** Schlafapnoe, Operation, Nasenseptum**Stand:** 28.02.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

Was ist Hauptdiagnose bei Patienten mit Schlafapnoe, die deswegen operiert werden?

Z.B. stationäre Aufnahme eines Schlafapnoe-Patienten zur Durchführung einer Nasenseptum-Operation

**Kodierempfehlung**

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

In der Selbstverwaltung bestand bezüglich oben genannter Formulierung Konsens. Gemäß der Hauptdiagnosen-Definition in DKR D002f ist nicht die Ätiologie bzw. der pathophysiologische Befund, sondern die Schlafapnoe-Erkrankung als Hauptdiagnose anzugeben. Diese Bewertung wird von allen Selbstverwaltungspartnern mitgetragen. Das InEK wird Anfragen dazu entsprechend beantworten.

---

**Kodierempfehlung Nr. 59****Schlagworte:** Wiederaufnahme, Komplikation, Chemotherapie, Neutropenie, Nebenwirkungen**Stand:** 28.02.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

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

**Beispiel 1:**

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

Wiederaufnahme wegen Komplikation:

**Ja.**

**Beispiel 2:**

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

Wiederaufnahme wegen Komplikation:

**Ja** (wenn DD anderer Ursache unwahrscheinlich).

**Beispiel 3:**

44-jährige Patientin, laufende Chemotherapie bei Mamma-Ca, jetzt Aufnahme eine Woche nach letzter Chemotherapie wegen einer Pneumonie bei leichter Leukopenie (2000 Leuko/ $\mu$ l).

Wiederaufnahme wegen Komplikation:

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 60****Schlagworte:** Anämie, Neubildungen, Chemotherapie**Stand:** 28.02.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

Kodierung therapiebedingter Anämie in der Onkologie durch

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

**Kodierempfehlung**

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 61****Schlagworte:** Metastasen, multiple, Chemotherapie**Stand:** 28.02.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

Systemische Chemotherapie wegen multipler Metastasen bei metastasiertem Tu-Leiden:

z.B.: Chemotherapie bei Lebermetastasen und Mammacarcinom. Chemotherapie und diagnostischer Aufwand (Verlaufskontrollen) orientieren sich am Verlauf der Leber- Nieren- und Hautfiliae, die bekannten Knochenfiliae werden ohne speziellen Aufwand durch die Chemotherapie mitbehandelt. Sind alle bekannten Metastasen in diesem Fall als Nebendiagnosen zu kodieren?

**Kodierempfehlung**

Alle mit der Chemotherapie behandelten Metastasen erfüllen die Nebendiagnosen-Kriterien und dürfen daher kodiert werden.

Ein spezieller Aufwand über die systemische Therapie hinaus [z.B. Diagnostik zur Verlaufskontrolle (Sono, Röntgen, spez. Labor)] ist nicht erforderlich weil ein nebendiagnosenspezifischer Aufwand durch die Chemotherapie vorliegt:

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 65****Schlagworte:** Brustschmerzen, Angina pectoris**Stand:** 28.02.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

Obwohl es sich eher um einen muskulären Schmerz zu handeln scheint (R07.3 *Sonstige Brustschmerzen*), ist eine Angina pectoris aufgrund der Anamnese nicht sicher ausgeschlossen und kann somit als Hauptdiagnose kodiert werden, insofern sie behandelt wurde (DKR D008b Verdachtsdiagnose).

---

**Kodierempfehlung Nr. 66****Schlagworte:** Lungenembolie, Beinvenenthrombose**Stand:** 28.02.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

Hauptdiagnose ist die Lungenembolie, da die Zuweisung der zugrunde liegenden Krankheit als Hauptdiagnose nur gilt, wenn sich der Patient mit einem Symptom vorstellt (D002d). Lungenembolie ist eine eigenständige Diagnose, kein Symptom.

---

**Kodierempfehlung Nr. 67****Schlagworte:** Hyperglykämie, Cortison**Stand:** 28.02.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 68****Schlagworte:** Peritonealkatheter, Niereninsuffizienz, Dialyse**Stand:** 28.02.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

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

Die Regelung zur Verwendung der Schlüsselnummer Z49.0 *Vorbereitung auf die Dialyse* wurde im Rahmen der Weiterentwicklung der DKR gestrichen. Nach DKR D002f ist die Niereninsuffizienz Hauptdiagnose.

---

**Kodierempfehlung Nr. 69**

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

**Stand:** 28.02.2006

**Aktualisiert:** 10.01.2007

**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

Da die Verdachtsdiagnose sicher ausgeschlossen wurde, ist das Symptom Kopfschmerz (R51) als Hauptdiagnose zu verschlüsseln (siehe DKR D008b Verdachtsdiagnosen).

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 70****Schlagworte:** Fraktur, pathologische, bösartige Neubildungen, Osteoporose**Stand:** 28.02.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

Wie ist eine pathologische Fraktur bei bösartigen Neubildungen zu verschlüsseln?

Wie ist eine pathologische Fraktur bei Osteoporose zu verschlüsseln?

**Kodierempfehlung****M90.7-\* Knochenfraktur bei Neubildungen**

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

**M80.- Osteoporose mit pathologischer Fraktur**

Dies ist der spezifische Schlüssel für pathologische Fraktur bei Osteoporose. Die Lokalisation ist auf der 4. Stelle von M80.- anzugeben, somit entfällt ein Nebendiagnosen-Schlüssel aus dem Fraktur-Kapitel.

---

**Kodierempfehlung Nr. 72****Schlagworte:** Shunt-Anlage, Fettstoffwechselstörung, Dialyse, Apherese**Stand:** 28.02.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 73****Schlagworte:** AT III - Mangel, Antithrombin, Koagulopathie**Stand:** 28.02.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

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

AT III ist der wichtigste Inhibitor der Blutgerinnung (über die Hemmung von Thrombin und FXa). Ein AT III - Mangel geht mit einer erhöhten Neigung zu thromboembolischen Ereignissen einher. Per Definition gehört AT III zu den plasmatischen Gerinnungsfaktoren.

Als Koagulopathien bezeichnet man angeborene oder erworbene Gerinnungsstörungen, verursacht durch Mangel an oder Funktionsstörungen von plasmatischen Gerinnungsfaktoren; entsprechend der unterschiedlichen Symptomatik unterscheidet man Koagulopathien mit Blutungstendenz (Minus-Koagulopathien) und Koagulopathien mit Thrombose-Tendenz (Plus-Koagulopathien) sowie nach dem Ort der Ursache hepato gene, kardiogene und Immunkoagulopathien.

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 75****Schlagworte:** Beatmung, nichtinvasive, Maske**Stand:** 28.02.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

Wie ist die Fortsetzung intermittierender Heimbeatmung mit Maske bei Patienten mit exazerbierter COPD und Verschlechterung der respiratorischen Insuffizienz, bei denen diese Beatmung im Krankenhaus fortgesetzt wird, zu kodieren? Die Behandlung erfolgt nicht auf einer Intensivstation.

In Kliniken, in denen die nichtinvasive Beatmung (ohne Intubation) fortgesetzt wird mit Protokollierung der Beatmungsphasen, wird durch diese Beatmung eine ansonsten ggf. erforderliche Intubation vermieden.

Welche Verschlüsselung mit einem Beatmungs-OPS kommt in Frage?

Sind die Beatmungsstunden zu erfassen?

**Kodierempfehlung**

DKR 1001d definiert „Maschinelle Beatmung“ („künstliche Beatmung“) als einen Vorgang, bei dem Gase mittels einer mechanischen Vorrichtung in die Lunge bewegt werden. Die Atmung wird unterstützt durch das Verstärken oder Ersetzen der eigenen Atemleistung des Patienten. Bei der künstlichen Beatmung ist der Patient **in der Regel intubiert oder tracheotomiert** und wird fortlaufend beatmet.

**Bei intensivmedizinisch versorgten Patienten** kann eine maschinelle Beatmung auch über **Maskensysteme** erfolgen, wenn diese an Stelle der bisher üblichen Intubation oder Tracheotomie eingesetzt werden.

Wenn eine maschinelle Beatmung die obige Definition erfüllt, ist

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

Also ist zu fordern:

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

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

---

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

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

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 76****Schlagworte:** Zerebralparese, infantile, Kontrakturen, operative Behandlung**Stand:** 28.02.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

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

Es kommt die DKR D004d zur Anwendung und es sind bei Behandlung nur einer oder mehrerer Manifestationen (Kontrakturen) diese als Hauptdiagnose zu verschlüsseln. Bei mehreren Manifestationen ist die Wahl vom Krankenhausarzt nach dem Ressourcenverbrauch vorzunehmen. G80.- *Infantile Zerebralparese* und weitere relevante Erscheinungen (z.B. Inkontinenz) sind als Nebendiagnose zu kodieren.

---

**Kodierempfehlung Nr. 77****Schlagworte:** Fieber, postoperativ**Stand:** 28.02.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

Es lag ein Symptom (Fieber) vor. Da ein infektiöses Geschehen als Ursache für das Fieber nicht nachgewiesen werden konnte, kann T81.4 als postoperative Infektion nicht verschlüsselt werden.

Da eine Temperaturerhöhung postoperativ nichts Ungewöhnliches ist (Resorptionsfieber), ist sie zunächst nicht als Nebendiagnose zu verschlüsseln, wenn sie sich im üblichen Rahmen bewegt.

Falls postoperatives Fieber (als Symptom) auftritt und die Kriterien einer Nebendiagnose erfüllt, ist es als Symptom mit R50.9 *Fieber, nicht näher bezeichnet* zu verschlüsseln, sofern nicht tatsächlich eine Infektion nachgewiesen wurde.

---

**Kodierempfehlung Nr. 78****Schlagworte:** Darmperforation, Verletzung, iatrogen**Stand:** 28.02.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

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

Was ist als Hauptdiagnose zu kodieren?:

S36.49      *Verletzung sonstiger und mehrere Teile des Dünndarmes*  
oder  
T81.2        *Versehentliche Stich- oder Risswunde während eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert*

**Kodierempfehlung**

Unter Berücksichtigung der DKR D002f, dort unter "Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Maßnahmen", ist abzuleiten, dass für diesen Fall S36.49 zutrifft (betroffenes Organ und Art der Erkrankung spezifisch beschrieben). T81.2 beschreibt zwar die Verletzung, aber ohne Organbezug.

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 79****Schlagworte:** Hyperglykämie, postoperativ, Hypoinsulinämie**Stand:** 28.02.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

Postoperative Hyperglykämie.

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

**Kodierempfehlung**

Bei der bestehenden Hyperglykämie wird im Rahmen des Postaggressionssyndroms von einer peripheren Insulinresistenz bzw. Glucoseverwertungsstörung, jedoch nicht von einem absoluten Mangel an Insulin, ausgegangen. Dieser müsste nachgewiesen sein. Daher kann E89.1 nicht kodiert werden.

Zu kodieren ist R73.9 *Hyperglykämie, nicht näher bezeichnet*, sofern die Nebendiagnosen-Definition erfüllt ist.

---

**Kodierempfehlung Nr. 80****Schlagworte:** Gelenkinfektion, Empyem**Stand:** 28.02.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

Diese Erkrankung ist mit dem ICD-Kode M00.01 *Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken, Schulterregion* als Hauptdiagnose vollständig verschlüsselt. Der ICD-Kode T81.4 *Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert* kommt als Hauptdiagnose nicht in Frage, da zum einen nicht erwiesen ist, dass es sich bei der Erkrankung um eine Infektion nach einer medizinischen Maßnahme gehandelt hatte. Zum anderen ist dieser Code nicht spezifisch genug, um das Krankheitsbild in gleicher Weise wie der als Hauptdiagnose vorgeschlagene Code abzubilden (DKR D002f).

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 81****Schlagworte:** Zusatzentgelt, Nebendiagnose, AT III, Antithrombin**Stand:** 28.02.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

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

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

**Kodierempfehlung**

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 82****Schlagworte:** Kardiomyopathie, Herzinsuffizienz**Stand:** 28.06.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

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

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 83****Schlagworte:** Epilepsie, Folgen eines Hirninfarktes**Stand:** 28.06.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

Ja. Laut DKR D005d sind Folgezustände einer Krankheit mit zwei Schlüsselnummern zu kodieren. Die Epilepsie als aktueller Krankheitszustand und Folge des ischämischen Insultes wird bei entsprechendem Aufwand mit G40.2 *Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen* und I69.3 *Folgen eines Hirninfarktes* kodiert.

---

**Kodierempfehlung Nr. 84****Schlagworte:** Blutung, Tumor, Hauptdiagnose**Stand:** 28.06.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 85****Schlagworte:** Leberbiopsie, Prozedur**Stand:** 28.06.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 86****Schlagworte:** Metastase, Hauptdiagnose**Stand:** 28.06.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 87****Schlagworte:** Senilität, Nebendiagnose**Stand:** 28.06.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

Eine Altersgrenze existiert nicht und dem alleinigen Eintritt in ein bestimmtes Alter kann nicht per se ein Krankheitswert zugeordnet werden. Unter dem Begriff Senilität werden häufig mehrere mögliche altersbedingte Fähigkeitsstörungen subsumiert (z.B. H91.1 *Presbyakusis*, R26.- *Störungen des Ganges und der Mobilität*, F06.7 *Leichte kognitive Störung*).

Die Kodierung der Nebendiagnose R54 *Senilität* ist eher die Ausnahme als der Regelfall. Im Regelfall ist die konkrete Fähigkeitsstörung zu kodieren (s.o.), sofern dadurch das Patientenmanagement nachweislich beeinflusst wird. Die Nebendiagnose R54 ist nur kodierfähig, wenn kein spezifischerer Diagnosekode verfügbar ist. Ein alleiniges hohes Lebensalter erfüllt nicht die Kriterien der DKR und insbesondere der Nebendiagnosendefinition. Anhaltspunkte für eine Kodierung der unter den Kategorien R00-R99 klassifizierten Zustände und Symptome sind die Anmerkungen a) bis f) im Kapitel XVIII der ICD-10-GM.

---

**Kodierempfehlung Nr. 90****Schlagworte:** Folgeeingriff, Stententfernung**Stand:** 28.06.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

Erster Aufenthalt: Laparoskopische Cholezystektomie bei Cholezystolithiasis; Zystikusstumpfsuffizienz am 7. postoperativen Tag, nachfolgend ERCP und Choledochusstenteinlage.

Zwei Monate später geplante Wiederaufnahme zur Stententfernung. Was ist Hauptdiagnose für den 2. Aufenthalt?

**Kodierempfehlung**

Entsprechend DKR D005d wird die Zystikusstumpfsuffizienz als ursprüngliche Krankheit für den geplanten Folgeeingriff als Hauptdiagnose kodiert. Hauptdiagnose ist K91.88 *Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert.*

---

**Kodierempfehlung Nr. 92****Schlagworte:** Therapieeinheiten, Behandlungstage, Belegungstage**Stand:** 28.06.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

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

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

**Kodierempfehlung**

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 93****Schlagworte:** Lagerungsbehandlung**Stand:** 28.06.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

Unter Berücksichtigung der verschiedenen Lagerungsbehandlungskodes (z.B. Therapeutisch- funktionelle Lagerung auf neurophysiologischer Basis, Lagerung im Schlingentisch) kann der OPS 8-390 nur auf eine besondere, im Einzelfall erforderliche und nicht bei vergleichbaren Patienten standardmäßig durchgeführte Lagerungsbehandlung abzielen.

Standardmäßige Dekubitusprophylaxen oder postoperative Standardbehandlungen etc. sind nicht hierüber zu kodieren (z.B. nachbeatmete Patienten mit Lagerung auf der Intensivstation, Dekubitusprophylaxe bei geriatrischen Patienten etc.).

Die Auffassung, dass mit dem OPS 8-390 nur sehr ressourcenaufwändige und längerfristige Lagerungsbehandlungen gemeint sind, wird auch durch die ergänzenden Hinweise zum Kode ab OPS Version 2006 gestützt.

---

**Kodierempfehlung Nr. 94****Schlagworte:** CUP-Syndrom, Peritonealcarcinose, Metastasen, Hauptdiagnose**Stand:** 28.06.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

Hauptdiagnose C80, Nebendiagnose C78.6.

Nach der ICD-Systematik handelt es sich bei C78.6 um eine sekundäre bösartige Neubildung. Als Grunderkrankung liegt neu diagnostiziert ein CUP-Syndrom vor. Es handelt sich um ein Krankheitsbild, das onkologisch als "histologisch oder zytologisch gesicherte Metastasierung eines durch die primäre Diagnostik nicht gefundenen Primärtumors" (Schmoll et al. 2006) definiert wird und somit als ursächliche Diagnose die Hauptdiagnose darstellt. Da die Aufnahme nicht nur zur Behandlung der Metastasen erfolgte, greift hier nicht die Ausnahmeregelung der speziellen Kodierrichtlinien Neubildungen bezüglich der Einordnung der Metastase als Hauptdiagnose (0201f).

---

**Kodierempfehlung Nr. 95****Schlagworte:** Rheumatischer Fuß, Fußdeformität, Hauptdiagnose**Stand:** 28.06.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

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

M21.27 *Flexionsdeformität, Knöchel und Fuß* (Spreizfuß)

oder

M20.1 *Hallux valgus* (erworben).

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 97****Schlagworte:** Kontrolluntersuchung, Ösophagusvarizen, Leberzirrhose**Stand:** 28.06.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

Ein Patient wird aufgenommen zur Kontrolle bei Z.n. Banding der Ösophagusvarizen vor 6 Wochen bei bekannter äthyltoxischer Leberzirrhose. Gastroskopisch zeigt sich keine Blutung, nur minimale Restvarizen. Es wird keine Indikation mehr gesehen zu einem erneuten Banding.

Was ist als HD zu kodieren: Z09.88 *Nachuntersuchung nach sonstiger Behandlung wegen anderer Krankheitszustände*, I85.9 *Ösophagusvarizen ohne Blutung* zusammen mit der Nebendiagnose K70.3 *Alkoholische Leberzirrhose*?

**Kodierempfehlung**HD: K70.3† *Alkoholische Leberzirrhose*ND: I98.20\* *Ösophagus- und Magenvarizen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, ohne Angabe einer Blutung*

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 98**

**Schlagworte** Sigmaresektion, Resektion Dickdarm  
**Stand:** 28.06.2006  
**Aktualisiert:** 10.01.2007

**Problem/Erläuterung**

Aufnahme zur Sigmaresektion bei endoskopisch gesichertem Sigmacarcinom. Neben dem Sigma wird auch der distale Anteil des Colon descendens wie auch der proximale Anteil des Rektums entfernt, so dass eine Wiederherstellung in Form einer Descendirectostomie resultiert.

Frage: Ist nur der Operationenkodex 5-455.7 *Sigmaresektion* zu verwenden oder sind zusätzliche Operationenkodes für die Resektion der Anteile des Rektums und des Colon descendens zu kodieren.

**Kodierempfehlung**

Nur 5-455.7 *Sigmaresektion* ist zu kodieren, wenn keine extraperitonealen Rektumanteile reseziert worden sind, da dann bei der Sigmaresektion die Mitresektion des Teils des Colon descendens wie auch des Teil des Rektums im Kode enthalten sind (siehe Exklusivum).

---

**Kodierempfehlung Nr. 99**

**Schlagworte:** Ösophagusvarizen, Blutung, Leberzirrhose  
**Stand:** 29.08.2006  
**Aktualisiert:** 10.01.2007

**Problem/Erläuterung**

Wie wird eine Ösophagusvarizenblutung bei alkoholtoxischer Leberzirrhose verschlüsselt?

**Kodierempfehlung**

Als Blutungsquelle werden Ösophagusvarizen genannt. Die DKR 1105d schreibt vor, dass die gefundene Erkrankung „mit einer Blutung“ zu verschlüsseln ist. Nur wenn kein Code „mit einer Blutung“ zur Verfügung steht, ist für die Blutung ein zusätzlicher Code aus K92.- *Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems* anzugeben.

Im vorliegenden Fall ist eine Leberzirrhose als Ursache der Ösophagusvarizen bekannt. Hierfür sieht die ICD die Kodierung mit I98.21\* *Ösophagus- und Magenvarizen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, Mit Blutung* gemäß dem Kreuz-Stern-System vor. Als Primärschlüssel wird bei Leberkrankheiten auf K70-K71† bzw. K74.-† verwiesen, in diesem Fall K70.3† *Alkoholische Leberzirrhose*.

---

**Kodierempfehlung Nr. 100****Schlagworte:** Adhäsionen, peritoneal**Stand:** 23.11.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

Wie werden peritoneale Adhäsionen verschlüsselt?

**Kodierempfehlung**

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

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

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

Hinweis:

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

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 103****Schlagworte:** Osteomyelitis, Osteosynthese**Stand:** 29.08.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

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

M86.45      *Chronische Osteomyelitis mit Fistel, Beckenregion*

oder

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

verschlüsselt?

**Kodierempfehlung**

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 104****Schlagworte:** Duodenum, Perforation, Darmnaht**Stand:** 29.08.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

Es besteht eine gedeckte Perforation des Duodenums mit der Gallenblase aufgrund einer Durchwanderung eines Gallensteines.

Nach Entfernen der Gallenblase besteht weiterhin ein Duodenaldefekt. Laut OP-Bericht erfolgten ein Anfrischen der Perforationsränder und ein Verschluss des Duodenums durch Naht.

Mit welchem OPS-Kode ist die Naht zu kodieren. Entspricht dieser Status im weiteren Sinne einer "Verletzung" des Darmes und wäre somit 5-467.0 *Andere Rekonstruktion des Darmes, Naht (nach Verletzung)* zu kodieren?

**Kodierempfehlung**

Der Prozedurenschlüssel 5-467.0 *Andere Rekonstruktion des Darmes, Naht (nach Verletzung)* ist zu verwenden.

**Begründung:**

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 105****Schlagworte:** TIPSS, Angioplastie, Shunt**Stand:** 29.08.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

Patient kommt zur Aufnahme mit bereits angelegtem TIPSS (transjugulärer intrahepatischer portosystemischer Stent-Shunt).

Im Rahmen des stationären Aufenthaltes wird dieser dilatiert, es erfolgt keine Neuanlage. Wie wird die Prozedur kodiert?

**Kodierempfehlung**

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 106**

**Schlagworte:** Mammakarzinom, Mammaaufbau, Latissimus dorsi-Lappen, Wiederaufnahme  
**Stand:** 29.08.2006  
**Aktualisiert:** 10.01.2007

**Problem/Erläuterung**

Bei einer 34-jährigen Patientin erfolgte vor zwei Jahren eine Ablatio mammae links mit Axilladisektion bei Mammakarzinom. Im postoperativen Verlauf wurde eine adjuvante Chemotherapie durchgeführt.

Aktuell wird die Patientin nunmehr in eine Abteilung für Plastische Chirurgie aufgenommen, um einen Mammaaufbau mittels Expander und Musculus latissimus dorsi-Lappen durchzuführen. Was ist Hauptdiagnose?

**Kodierempfehlung**

DKR 0201f: "[...] Der Malignom-Kode ist als Hauptdiagnose für jeden Krankenhausaufenthalt zur Behandlung der bösartigen Neubildung und zu notwendigen Folgebehandlungen (z.B. Operationen, Chemo-/Strahlentherapie, sonstige Therapie) sowie zur Diagnostik (z.B. Staging) anzugeben, bis die Behandlung endgültig abgeschlossen ist, also auch bei den stationären Aufenthalten, die beispielsweise auf die chirurgische Entfernung eines Malignoms folgen. Denn obwohl das Malignom operativ entfernt worden ist, wird der Patient nach wie vor wegen des Malignoms behandelt. [...] Obwohl das Malignom/die Metastasen möglicherweise durch die erste Operation entfernt worden ist/sind, wird der Patient während des darauffolgenden Krankenhausaufenthaltes nach wie vor wegen der Folgen des Malignoms/der Metastasen behandelt, d.h. das Malignom/die Metastasen ist/sind auch der Anlass zur Folge-Operation. [...]"

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

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 107****Schlagworte:** Dermektomie, Gewichtsabnahme, Plastische Chirurgie**Stand:** 29.08.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

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

Eine Patientin wird wegen "Z.n. massiver Gewichtsabnahme mit Intertriginalekzem und ausgeprägten Hautüberschüssen" in einer Abteilung für Plastische Chirurgie behandelt.

Therapeutisch erfolgt eine zirkuläre Dermektomie. Wird als Hauptdiagnose R63.4 *Abnorme Gewichtsabnahme* angegeben mit der Nebendiagnose L30.4 *Intertriginöses Ekzem* oder ist L30.4 Hauptdiagnose?

**Kodierempfehlung**

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 108****Schlagworte:** Thorakoskopie, Lipom, intrathorakal**Stand:** 29.08.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 109****Schlagworte:** Antikoakulation, Thromboembolieprophylaxe, Marcumar, Heparin**Stand:** 23.11.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 111****Schlagworte:** Diabetes, Ernährungsprobleme, Ernährungsberatung**Stand:** 29.08.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

Bei stationär behandelten Patienten mit Diabetes mellitus wird u.a. eine Ernährungsberatung (Diätassistentin) durchgeführt. Ein Ernährungsproblem der Patienten wird nicht beschrieben.

Ist es sachgerecht, bei jedem Patienten mit Diabetes mellitus, der während des stationären Aufenthaltes eine Ernährungsberatung erhält, den ICD-Kode R63.3 *Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung* zusätzlich als Nebendiagnose anzugeben?

**Kodierempfehlung**

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

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

Als Exklusiva zu R63.- *Symptome, die die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme betreffen* werden Bulimie o.n.A. (F50.2), Essstörungen nichtorganischen Ursprungs (F50.-) und Mangelernährung (E40-E46) benannt.

Das heißt, das Symptom R63.3 *Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung* umfasst Ernährungsprobleme organischen Ursprungs. Als Exklusiva werden zusätzlich Ernährungsprobleme beim Neugeborenen (P92.-) und Fütterstörung nichtorganischen Ursprungs beim Kleinkind (F98.2) angeführt.

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 112****Schlagworte:** Vorzeitiger Abbruch, Operation, OPS-Kode 5-995**Stand:** 29.08.2006**Aktualisiert:** 12.03.2007**Problem/Erläuterung**

Kann der OPS-Kode 5-995 *Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Eingriff nicht komplett durchgeführt)* neben chirurgischen Prozeduren (Kapitel 5 im OPS) auch für nicht-operative therapeutische Prozeduren (Kapitel 8 im OPS) oder diagnostische Prozeduren (Kapitel 1 im OPS, z.B. diagnostische Endoskopie) nach den Vorgaben der DKR P004f verwendet werden?

**Kodierempfehlung**

Im OPS wird im Hinweis des Kapitels *Zusatzinformationen zu Operationen (5-93...5-99)* vorgegeben, dass die entsprechenden OPS-Kodes ausschließlich zur Kodierung von Zusatzinformationen zu Operationen zu benutzen sind, sofern sie nicht schon im Code enthalten sind. Nach DKR P004f ist der Zusatzcode 5-995 *Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Eingriff nicht komplett durchgeführt)* nur in Verbindung mit einer Operation aus dem Kapitel 5 des OPS zu verwenden.

---

**Kodierempfehlung Nr. 114****Schlagworte:** Marcumar, Blutung, Antikoagulation**Stand:** 23.11.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

Wie wird der medizinische Sachverhalt einer nichttraumatischen Blutung unter Marcumartherapie, die die stationäre Aufnahme veranlasste, kodiert ?

**Kodierempfehlung**

Das konkrete Blutungsereignis, also z. B. die Hirnblutung oder das Nasenbluten, ist als Hauptdiagnose zu kodieren und *D68.3 Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen und Antikörper* als Nebendiagnose.

---

**Kodierempfehlung Nr. 115****Schlagworte:** Spreizer, interspinös**Stand:** 23.11.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

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

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 117****Schlagworte:** STARR, Rektum, Exzision**Stand:** 23.11.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 119****Schlagworte:** Emphysem, COPD**Stand:** 23.11.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 122****Schlagworte:** Blasenstein, Stressinkontinenz, TVT, Komplikation**Stand:** 23.11.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

Die Einweisung und Aufnahme erfolgte primär zur Entfernung eines wandständigen Blasensteines, der deshalb mit N21.0 *Stein in der Harnblase* als Hauptdiagnose zu verschlüsseln ist.

Als Nebendiagnose kann neben N39.3 *Stressinkontinenz* auch T83.8 *Sonstige Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Urogenitaltrakt* kodiert werden.

---

**Kodierempfehlung Nr. 123****Schlagworte:** Stressinkontinenz, Prostatektomie, Striktur**Stand:** 23.11.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 128****Schlagworte:** Bronchoskopie, Bronchoalveoläre Lavage, BAL**Stand:** 25.04.2007**Problem/Erläuterung**

Wann sind die Bedingungen für die Kodierung des OPS 1-620.3 *Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument, mit bronchoalveolärer Lavage* erfüllt?

**Kodierempfehlung**

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

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

Zwei Voraussetzungen für die Kodierung des OPS 1-620.3 müssen erfüllt sein:

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

Bei speziellen Krankheitsbildern ist eine bronchoalveoläre Lavage (BAL) zur weiteren Differentialdiagnostik notwendig (z.B. interstitielle Lungenerkrankungen, infektiöse Prozesse bei immunsupprimierten Patienten). Dabei wird ein Segment- oder Subsegmentbronchus mit dem Bronchoskop intubiert und eine definierte Menge (100-300 ml) steriler NaCl-Lösung portionsweise (ca. 20 ml) instilliert und anschließend aspiriert. Das gewonnene Material repräsentiert die alveoläre Ebene und wird durch weitere Diagnostik komplex zytologisch untersucht (z.B. Spezialfärbung mit Antikörpern, Nachweis von Asbestfasern) und/oder mikrobiologisch aufgearbeitet. Die Anwendung des OPS 1-620.3 setzt die aufwändige Materialgewinnung nach der beschriebenen Technik und eine gezielte weiterführende Diagnostik der BAL-Flüssigkeit voraus.

---

**Kodierempfehlung Nr. 129****Schlagworte:** Blutungsanämie, Gastroskopie, Blutkonserven**Stand:** 23.11.2006**Aktualisiert:** 10.01.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

Das prophylaktische Bereitstellen von Blutkonserven bei einer Notfallgastroskopie rechtfertigt nicht die Kodierung von D62 *Akute Blutungsanämie*. Die Kontrolle des abnormen Hb-Wertes rechtfertigt laut DKR D003d (abnorme Befunde) nicht die Kodierung von D62.

---

**Kodierempfehlung Nr. 132**

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

**Problem/Erläuterung**

Aufnahme eines Patienten zur Polysomnographie mit V.a. Schlafapnoesyndrom (SAS) bei auffälligem ambulanten Screening-Test, der wegen Tagesmüdigkeit und Schnarchen mit Aussetzern veranlasst wurde. Ein obstruktives SAS bestätigt sich. Es erfolgt die Einstellung auf nasales CPAP.

Zusätzlich wird ein Restless-legs-Syndrom (RLS) diagnostiziert und medikamentös behandelt. Zur Therapiekontrolle wird eine zusätzliche Polysomnographie durchgeführt.

Was ist Hauptdiagnose? Was ist Nebendiagnose?

**Kodierempfehlung**

Hauptdiagnose ist G 47.31 *Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom*, da Anlass der stationären Diagnostik der V.a. ein SAS war, welches sich bestätigt hat und therapiert wurde. Für die Symptomatik, die zur Aufnahme geführt hat, wurde die zugrunde liegende Krankheit diagnostiziert.

Die Nebendiagnose G25.8 *Sonstige näher bezeichnete extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen* liegt gleichzeitig vor und erfüllt die Nebendiagnosendefinition.

---

**Kodierempfehlung Nr. 134**

**Schlagworte:** Rektumkarzinom, Enterokolitis, Malignom, Hauptdiagnose  
**Stand:** 26.06.2007

**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 136**

**Schlagworte:** Hüftdysplasie, Neugeborene  
**Stand:** 12.03.2007

**Problem/Erläuterung**

Wie ist die Hüftgelenksdysplasie (Q65 .-) beim Neugeborenen zu kodieren?  
Die ICD-Kodes aus Q65.- *Angeborene Deformitäten der Hüfte*, verschlüsselt an 4. Stelle mit .0, .1, .2, .3, .4, .5, .6 stellen ein Splitkriterium der DRG P67 dar.

**Kodierempfehlung**

Meistens ist die Hüftdysplasie mit ICD Q65.8 (umfasst ausdrücklich auch die angeborene Azetabulumdysplasie) adäquat abgebildet. Im Zweifel ist der Hüft-Sonographie-Befund zur Klärung heranzuziehen.

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

( Fortsetzung nächste Seite ! )

---

Die Einteilung der Hüftgelenkreifung erfolgt z.B. nach Graf:

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

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

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

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

**Kodierempfehlung Nr. 137****Schlagworte:** Echokardiographien, ECHO, Zufallsbefund**Stand:** 12.03.2007**Problem/Erläuterung**

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

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

**Kodierempfehlung**

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

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

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

Siehe auch DKR D003d, Abschnitt "Abnorme Befunde".

---

**Kodierempfehlung Nr. 138**

**Schlagworte:** PEG-Sonde, Demenz, Essstörung  
**Stand:** 12.03.2007

**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

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

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

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 139****Schlagworte:** Prozedur, Abbruch**Stand:** 12.03.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

Die Kodierrichtlinie P004f bezieht sich auf eine nicht vollendete oder unterbrochene Prozedur, was voraussetzt, dass die Prozedur überhaupt begonnen wurde. Die alleinige Absicht, die Prozedur durchzuführen und/oder die Vorbereitung der Prozedur reichen deshalb nicht aus, um den entsprechenden Prozedurenkode anzugeben. Deshalb ist in diesem Fall der OPS-Kode 5-820.41 in Verbindung mit dem Zusatzkode 5-995 nicht anzugeben.

---

**Kodierempfehlung Nr. 140****Schlagworte:** Thrombose, Verschluss, thrombotisch, Prothesenbypass**Stand:** 12.03.2007**Problem/Erläuterung**

Wie ist der thrombotische Verschluss eines femoropoplitealen Prothesenbypasses zu kodieren?

**Kodierempfehlung**

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 141****Schlagworte:** Thrombektomie, Prothesenbypass**Stand:** 12.03.2007**Problem/Erläuterung**

Wie ist die Thrombektomie eines femoropoplitealen Prothesenbypasses zu kodieren?

**Kodierempfehlung**

Der OPS-Kode 5-380.x *Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen, Sonstige* ist zutreffend.

---

**Kodierempfehlung Nr. 142****Schlagworte:** Alkoholabhängigkeit, Alkohol, Abhängigkeit, Abstinenz**Stand:** 25.04.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 143**

**Schlagworte:** Ösophaguskarzinom, Tumorstenose, Malignom, Hauptdiagnose  
**Stand:** 25.04.2007

**Problem/Erläuterung**

Im Krankenhaus bekannter Patient in schlechtem AZ mit bekanntem inoperablen Ösophaguskarzinom. Tumorbedingte Ösophagusstenose. Stationäre Aufnahme, Ösophagusbougieung. Entlassung des Patienten am Folgetag ohne weitere Maßnahmen.

Was ist Hauptdiagnose, das Ösophaguskarzinom (C15.-) oder die Ösophagusstenose (K22.2)?

**Kodierempfehlung**

Da hier eine direkte Assoziation mit dem Tumor (Ösophagusstenosierung) vorliegt, und die Behandlung auch am Tumor erfolgt (Bougierung), ist ein Kode aus C15.- *Bösartige Neubildung des Ösophagus* als Hauptdiagnose zu verschlüsseln (siehe auch Kodierempfehlung Nr. 84).

---

**Kodierempfehlung Nr. 144****Schlagworte:** Coxarthrose, Antiluxationsinlay, Totalendoprothese**Stand:** 25.04.2007**Problem/Erläuterung**

Es erfolgen bei fortgeschrittener Coxarthrose das Eindrehen einer Schraubpfanne, Einsetzen eines lateral überhöhten Polyethylen-Inlays (Antiluxationsinlay) und zementfreie Schaftimplantation.

Ist das Antiluxationsinlay als Antiluxationspfannenrand anzusehen und kann demzufolge zusätzlich zum OPS-Kode 5-820.00 *Totalendoprothese, nicht zementiert* der Kode 5-820.50 *Gelenkpfannenstützschale, nicht zementiert* verschlüsselt werden?

**Kodierempfehlung**

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 145****Schlagworte:** Aneurysma, angeboren, Nachuntersuchung**Stand:** 25.04.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

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

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 146**

**Schlagworte:** Heimbeatmung, Tracheotomie, Beatmungsstunden, intensivmedizinisch versorgt

**Stand:** 26.06.2007

**Problem/Erläuterung**

Ein heimbeatmeter, tracheotomierter Patient mit bekannter amyotropher Lateralsklerose ohne suffiziente Spontanatmung wird wegen Bauschmerzen stationär behandelt. Der notwendige Beatmungsmodus entspricht einer vollständigen, lebensnotwendigen und nicht nur unterstützenden Beatmung. Der Patient hat sein Beatmungsgerät mitgebracht.

Unter welchen Umständen können die Beatmungsstunden abgerechnet werden?

**Kodierempfehlung**

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 147****Schlagworte:** Myom, Schwangerschaft, Sectio caesarea**Stand:** 25.04.2007**Problem/Erläuterung**

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

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

**Kodierempfehlung**

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

HD: O34.1 *Betreuung der Mutter bei Tumor des Corpus uteri*

ND: Z37.-! *Resultat der Entbindung* (ggf.)

O09.-! *Schwangerschaftsdauer*

D25.- *Leiomyom des Uterus*

OPS: ggf. geburtshilfliche Prozedurenkodes, z.B. für Sectio

Geburtshindernis durch Myome:

HD: O65.5 *Geburtshindernis durch Anomalie der mütterlichen Beckenorgane*

ND: Z37.-! *Resultat der Entbindung*

O09.-! *Schwangerschaftsdauer*

D25.- *Leiomyom des Uterus*

OPS: ggf. geburtshilfliche Prozedurenkodes, z.B. für Sectio

Die Schwangerschafts-/Geburtsproblematik ist Hauptdiagnose, während die Art der Problematik in der Nebendiagnose konkretisiert wird. Ausnahmen, die in DKR 1511a geregelt sind, sind zu beachten.

---

**Kodierempfehlung Nr. 149****Schlagworte:** Nebenniere, Punktion, transgastral, endosonographisch**Stand:** 25.04.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 150****Schlagworte:** Leistenhoden, Nierenkolik**Stand:** 25.04.2007**Problem/Erläuterung**

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

Was ist Hauptdiagnose, Q53.1 *Nondescensus testis, einseitig* oder N20.1 *Ureterstein*?

**Kodierempfehlung**

Zum Zeitpunkt der Entscheidungsfindung des Krankenhausarztes bestanden zwei behandlungspflichtige Krankheitsbilder.

Nach DKR D002f *Zwei oder mehr Diagnosen, die gleichermaßen der Definition der Hauptdiagnose entsprechen* „muss vom behandelnden Arzt entschieden werden, welche Diagnose am besten der Hauptdiagnose-Definition entspricht. Nur in diesem Fall ist vom behandelnden Arzt diejenige auszuwählen, die für Untersuchung und/oder Behandlung die meisten Ressourcen verbraucht hat.“ Im vorliegenden Fall wäre somit die Hauptdiagnose Q53.1 *Nondescensus testis, einseitig*.

---

**Kodierempfehlung Nr. 151****Schlagworte:** Kreuzbandplastik, Spongiosatransplantat**Stand:** 25.04.2007**Problem/Erläuterung**

Bei vorderer Kreuzbandruptur wird arthroskopisch eine Ersatzplastik mit autogener Semitendinosus-Gracilis-Sehne vorgenommen. Die femorale Fixierung des Transplantates erfolgt durch einen Knochenzylinder, der zuvor aus dem BohrkanaI gewonnen wurde.

Ist es korrekt, dass neben dem OPS für die vordere Kreuzbandersatzplastik (5-813.4 *Plastik vorderes Kreuzband mit sonstiger autogener Sehne*) zusätzlich ein Kode für die autogene Spongiosatransplantation (5-784.0) angegeben wird?

**Kodierempfehlung**

Der Kode für eine autogene Spongiosatransplantation ist nicht zusätzlich zu kodieren.

Die Art der Transplantatfixierung im Sinne der oben beschriebenen Hybridtechnik ist im o.g. OPS der Kreuzbandersatzoperation enthalten (s. auch Hinweis unter OPS-Kode 5-784).

---

**Kodierempfehlung Nr. 153**

**Schlagworte:** Neurologische Komplexbehandlung, TIA  
**Stand:** 25.04.2007

**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

Wurde der Leistungsinhalt des OPS-Kodes erbracht, kann 8-981.0 *Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mindestens 24 bis höchstens 72 Stunden* kodiert werden.

---

**Kodierempfehlung Nr. 154****Schlagworte:** Harninkontinenz, Dauerkatheter**Stand:** 25.04.2007**Problem/Erläuterung****Fallkonstellation 1:**

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

**Fallkonstellation 2:**

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

**Fallkonstellation 3:**

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

**Kodierempfehlung für alle drei Fallkonstellationen**

R32 *Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz* wird als Nebendiagnose kodiert. Es ist ein Aufwand gemäß DKR D003d dokumentiert und die Harninkontinenz besitzt eine in DKR 1804f beschriebene klinische Bedeutung.

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 157****Schlagworte:** Vorhofflimmern, Antikoagulation**Stand:** 25.04.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 158****Schlagworte:** Carotisstenose, Thrombozytenaggregationshemmung**Stand:** 25.04.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 159****Schlagworte:** Vorhofseptumdefekt, Foramen ovale, Neugeborene**Stand:** 26.06.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

Da es sich bei einem offenen Foramen ovale bei einem Neugeborenen um einen physiologischen Zustand handelt, dem kein Krankheitswert zukommt, kann weder eine Krankheit angenommen werden noch kann ein abnormer Befund im Sinne der DKR vorliegen.

Ein persistierendes Foramen ovale kann nur dann als ND mit Q21.1 verschlüsselt werden, wenn es Krankheitswert besitzt und Anlass zur weiterführenden Diagnostik oder Therapie ist.

---

**Kodierempfehlung Nr. 160**

**Schlagworte:** Kompartmentsyndrom, abdominelles  
**Stand:** 26.06.2007

**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 161**

**Schlagworte:** Struma nodosa, Schilddrüsenkarzinom, Befunde nach Entlassung, Hauptdiagnose

**Stand:** 26.06.2007

**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

Auch wenn es sich nur um einen nicht erwarteten Befund handelte, der das Behandlungsgeschehen nicht beeinflusste, ist C73 *Bösartige Neubildung der Schilddrüse* Hauptdiagnose, da das Schilddrüsenkarzinom die Indikation zur Operation, sozusagen als Teil der die Operation indizierenden Knotenbildung, mit bestimmte. Nach DKR D002f sind für die Abrechnung relevante Befunde, die nach der Entlassung eingehen, für die Kodierung heranzuziehen.

---

**Kodierempfehlung Nr. 162****Schlagworte:** Verätzung, Verbrennung**Stand:** 26.06.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 163****Schlagworte:** Vergiftung, Schock, Manifestation, Hauptdiagnose**Stand:** 26.06.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 164****Schlagworte:** Bronchien, Spülung, Lavage**Stand:** 26.06.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

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

Bei dem OPS-Kode 8-173 *Therapeutische Spülung (Lavage) der Lunge* wird als Exklusivum die Bronchiallavage aufgeführt und der Hinweis gegeben, dass der OPS 8-173 nur für die sehr aufwendige Spülung der Lunge, z.B. bei Alveolarproteinose, vorgesehen ist.

Dieses Verfahren wird auch whole lung lavage = Ganzlungenlavage genannt. Die Spülung wird in Narkose nach Intubation mit einem Doppellumentubus (einseitige Beatmung) durchgeführt. Der zu spülende Lungenflügel wird entlüftet und mit Volumina von mehreren Litern Kochsalzlösung (bis zu 30 Liter) über meist mehrere Stunden gespült, bis eine gewisse Extinction (Aufklärung) der Spülflüssigkeit erreicht ist.

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

Im o.g. Fall ist die bronchoskopische Absaugung/Spülung mit kleinen Volumina mit dem OPS 1-620.0 *Diagnostische Tracheobronchoskopie, mit flexiblem Instrument* anzugeben. Ein spezifischer OPS für diese Bronchiallavage existiert nicht.

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 165****Schlagworte:** **Neugeborenes, Atemnotsyndrom, Respiratorisches Versagen****Stand:** 30.10.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

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

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 166****Schlagworte:** Erbrechen, postoperativ, PONV**Stand:** 26.06.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

Das postoperative Erbrechen = PONV (postoperative nausea and vomiting) ist multifaktoriell bedingt.

Neben prädisponierenden Faktoren (Kinder, Frauen, Nichtraucher, orthostatische Dysregulation etc.) spielt auch die Art der Operation eine Rolle (z.B. bei Strabismus- oder laparoskopischen Bauchoperationen durch direkte mechanische Reizung des Nervus vagus). Die in der Narkoseführung gebräuchlichen Medikamente (Inhalationsanästhetika, Opiode etc.) sind die häufigste Ursache für PONV.

Somit ist bei der Kodierung von PONV zu unterscheiden, ob es sich um ein narkose- oder operationsbedingtes Erbrechen handelt.

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

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

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 167****Schlagworte:** Multiple Komplexbehandlung, 8-981.1, 8-550.1**Stand:** 21.08.2007**Problem/Erläuterung**

Können die Prozeduren:

8-981.1 *Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden*8-550.1 *Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung, mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten*

parallel kodiert werden?

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 168****Schlagworte:** Lumboischialgie, Osteochondrose, Rückenschmerzen**Stand:** 21.08.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 169****Schlagworte:** Sehne, Ruptur, Rheuma**Stand:** 21.08.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 170**

**Schlagworte:** Hypoglykämie, Wahrnehmungsstörung, autonome Neuropathie, Diabetes  
**Stand:** 21.08.2007

**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 171****Schlagworte:** PEG, Dysphagie, Ernährungsprobleme**Stand:** 21.08.2007**Problem/Erläuterung**

Fallkonstellation 1:

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

Fallkonstellation 2:

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

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

**Kodierempfehlung**

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

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

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 172****Schlagworte:** Angina pectoris, Ischämie**Stand:** 21.08.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 174****Schlagworte:** Hypothermie**Stand:** 21.08.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

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

Für die Anwendung dieses OPS-Kodes ist nach Aussage des DIMDI die Absenkung der Körpertemperatur auf  $< 20^{\circ}$  C gemeint.

---

**Kodierempfehlung Nr. 175****Schlagworte:** Lymphom, palliativ**Stand:** 21.08.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 176****Schlagworte:** Palliativ, bösartige Neubildung**Stand:** 21.08.2007**Problem/Erläuterung**

Aufnahme eines Patienten zur Behandlung multipler Tumorsymptome bei metastasiertem Bronchialkarzinom. Übelkeit, Gewichtsverlust, Schwindel, Schmerzen, Luftnot. Therapie: Antiemetika, parenterale Ernährung, Schmerzmedikation, O<sub>2</sub>-Gabe. Keine spezifische Therapie des Grundleidens, Patient verstirbt am Tumorleiden. Was ist Hauptdiagnose?

**Kodierempfehlung**

Aufnahmearbeit ist die Palliativtherapie der malignen Erkrankung, die mit C34.1 *Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge: Oberlappen (-Bronchus)* als Hauptdiagnose kodiert wird.

---

**Kodierempfehlung Nr. 177****Schlagworte:** Fallzusammenführung, Komplikation, Abstoßung**Stand:** 21.08.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

Da die Wiederaufnahme innerhalb der oberen Grenzverweildauer erfolgte und es sich um eine Komplikation handelt, sind die Fälle gemäß § 2 Abs. 3 FPV zusammenzuführen.

---

**Kodierempfehlung Nr. 178****Schlagworte:** Myelodysplastisches Syndrom, Thrombozytopenie**Stand:** 21.08.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

D69.58 *Sonstige sekundäre Thrombozytopenie, als nicht transfusionsrefraktär bezeichnet* ist die Hauptdiagnose.

Der Aufnahmegrund war weder die maligne Erkrankung noch die Chemotherapie, sondern die Thrombozytopenie.

---

**Kodierempfehlung Nr. 180****Schlagworte:** Thrombose, Tumorleiden**Stand:** 21.08.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

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

Nebendiagnose: C20 *Bösartige Neubildung des Rektums*

---

**Kodierempfehlung Nr. 181****Schlagworte:** Tumor, palliativ, Schmerztherapie**Stand:** 21.08.2007**Problem/Erläuterung**

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

1. zur symptom-orientierten Therapie und Schmerztherapie und psychologischen Betreuung im Rahmen eines umfassenden palliativen Konzepts als Tumorthherapie
2. zum initialen Staging, um sich ein Bild von der Gesamtsituation zu machen
3. im Finalstadium, in dem der Patient schließlich an einem Nierenversagen verstirbt

**Kodierempfehlung**

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 182**

**Schlagworte:** Tumor, Nachuntersuchung, abgeschlossene Behandlung  
**Stand:** 21.08.2007

**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

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

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 183****Schlagworte:** Gallengang, Stent, Revision, palliativ**Stand:** 21.08.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 184****Schlagworte:** Palliativ, Tumor, Fraktur, pathologisch**Stand:** 21.08.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

HD: C79.5† *Sekundäre bösartige Neubildung des Kochens und des Knochenmarkes*

ND: M90.75\* *Knochenfraktur bei Neubildungen (C00-D48†), Beckenregion und Oberschenkel*  
C18.4 *Bösartige Neubildung des Kolons, Colon transversum*

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 185****Schlagworte:** APC-Resistenz, Koagulopathie, D68.4**Stand:** 21.08.2007**Problem/Erläuterung**

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

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

**Kodierempfehlung**

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

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 186****Schlagworte:** Paravasat, Komplikation**Stand:** 21.08.2007**Problem/Erläuterung**

Wie wird ein Doxorubicin-Paravasat korrekt kodiert?

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

oder

T22.- *Verbrennung oder Verätzung der Schulter und des Armes, ausgenommen Handgelenk und Hand***Kodierempfehlung**T80.8 *Sonstige Komplikationen nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken*

**Kodierempfehlung Nr. 187****Schlagworte:** Tumor, Hormontherapie, adjuvant**Stand:** 21.08.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

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

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 188****Schlagworte:** Metastasen, Lymphknoten, Tumor, Beinschwellung**Stand:** 21.08.2007**Problem/Erläuterung**

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

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

**Kodierempfehlung**

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 189****Schlagworte:** Tumor, Progression, Symptom**Stand:** 21.08.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 195****Schlagworte:** Herzinsuffizienz, diastolisch, Relaxationsstörung**Stand:** 30.10.2007**Problem/Erläuterung**

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

Beispiel:

75 jährige Versicherte kommt wegen exazerbierter COLD zur Aufnahme.

Als Nebendiagnose: I11.01 *Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz, mit Angabe einer hypertensiven Krise* sowie I50.11 *Linksherzinsuffizienz, ohne Beschwerden, was sich schweregraderhöhend auswirkt*.

Im Thorax keine Stauung, keine Ödeme. Der Befund, worauf sich die Diagnose der Herzinsuffizienz stützt, ist das Echo mit Angabe einer diastolischen Relaxationsstörung als Begründung für einen erhöhten Füllungswiderstand und damit für eine diastolische Herzinsuffizienz. Ist dies korrekt?

**Kodierempfehlung**

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

Die Diagnose einer primären diastolischen Herzinsuffizienz erfordert, dass drei Bedingungen gleichzeitig erfüllt sind:

1. Vorhandensein von Symptomen und klinische Zeichen der Herzinsuffizienz.
2. Normale oder nur leicht eingeschränkte linksventrikuläre systolische Funktion (LVEF $\geq$  45-50%).
3. Nachweis einer abnormen LV-Relaxation und/oder Dehnbarkeit.

Quelle: Leitlinien für die Diagnose und Therapie der chronischen Herzinsuffizienz der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie. Update 2005. Für mehr Informationen: [www.escardio.org](http://www.escardio.org)

---

**Kodierempfehlung Nr. 197**

**Schlagworte:** Abort, Totgeburt, Blasensprung, vorzeitig  
**Stand:** 30.10.2007

**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

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

1. Fall: Fetales Gewicht < 500 g: Abort

HD: O03.0 *Spontanabort, inkomplett, kompliziert durch Infektion des Genitaltraktes und des Beckens*

ND: O09.3! *Schwangerschaftsdauer 20. Woche bis 25 vollendete Wochen*

2. Fall: Geburtsgewicht 500 g oder darüber: Totgeburt

HD: O42.2 *Vorzeitiger Blasensprung, Wehenhemmung durch Therapie*

ND: O41.1 *Infektion der Fruchtblase und der Eihäute*

O09.3! *Schwangerschaftsdauer 20. Woche bis 25 vollendete Wochen*

O60.1 *Vorzeitige Wehen mit vorzeitiger Entbindung*

Z37.1! *Totgeborener Einling*

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

**Kodierempfehlung Nr. 198****Schlagworte:** Blutung, postpartal**Stand:** 30.10.2007**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

Die korrekte Kodierung der Hauptdiagnose ist *O72.2 Spätblutung und späte Nachgeburtsblutung*.

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 199****Schlagworte:** Angiodysplasie, Argon-Beamer, Thermokoagulation**Stand:** 30.10.2007**Problem/Erläuterung**

Eine blutende Angiodysplasie im Magen wird durch die Anwendung eines so genannten „Argon-Beamers“ gestillt.

Ist die Prozedur als endoskopische Destruktion im Magen mittels Laser- (OPS 5-433.51) oder Thermokoagulation (OPS 5-433.52) zu kodieren?

**Kodierempfehlung**

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 200****Schlagworte:** Sepsis, Pneumonie**Stand:** 30.10.2007**Problem/Erläuterung**

Notfallmäßige Aufnahme einer 90-jährigen Patientin mit Fieber von 39° C und Schüttelfrost in deutlich reduziertem AZ. Bei der körperlichen Untersuchung keine Dyspnoe. Über den Lungen bds. feinblasige Rasselgeräusche (RG), rechts mehr als links. Deutlich erhöhtes C-reaktives Protein (CRP), Leukozyten 14.000/mm<sup>3</sup>, altersentsprechende Blutgasanalyse. In der Blutkultur Nachweis von *Pseudomonas aeruginosa*. Therapeutisch Monitoring, i. v. Antibiose. Radiologisch, auch bei Kontrolle, Nachweis einer basalen, pulmonalen Infiltration rechts.

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

**Kodierempfehlung**

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

---

**Kodierempfehlung Nr. 201**

**Schlagworte:** TIA, Neurologische Komplexbehandlung, mehrfach  
**Stand:** 30.10.2007

**Problem/Erläuterung**

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

**Kodierempfehlung**

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

---