
Einleitung

Verbindliches Regelwerk für die Verschlüsselung von Krankenhausfällen sind die Deutschen Kodierrichtlinien und die Deutschen Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik. Die MDK-Gutachter sind neben den Krankenhausärzten die am meisten betroffenen Anwender und daher auch entsprechend mit Unklarheiten und Interpretationsspielräumen bei der Kodierung konfrontiert.

Die Erfahrungen der MDK-Ärzte werden kontinuierlich in eine länderübergreifende Datenbank mit Kodierempfehlungen eingebracht, die im Auftrag der Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung eingerichtet worden ist. Die Pflege der Datenbank wurde der Sozialmedizinischen Expertengruppe der MDK-Gemeinschaft „Vergütung und Abrechnung“ (SEG 4) übertragen. Die Erstellung von PEPP-Kodierempfehlungen erfolgt in Kooperation mit dem Kompetenzzentrum für Psychiatrie und Psychotherapie der MDK-Gemeinschaft und des GKV-Spitzenverbandes (KCPP). Die technische Abwicklung der Veröffentlichung erfolgt über den Medizinischen Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen (MDS).

Die Kodierempfehlungen stellen das Ergebnis eines fortlaufenden Diskussions- und Abstimmungsprozesses innerhalb der MDK-Gemeinschaft dar. Die Kodierempfehlungen werden regelmäßig erweitert und aktualisiert.

Ziel dieser Kodierempfehlungen ist eine bundesweit einheitliche Kodierung. Die Veröffentlichung fördert die Transparenz bezüglich der MDK-Begutachtungen und schafft damit mehr Verfahrenssicherheit für Krankenhäuser und Krankenkassen.

Die zwischen der SEG 4 und dem Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung (FoKA) der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM) bis zum 31.12.2019 strittigen Kodierempfehlungen wurden vom „Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen“ (siehe §19 KHG) bis Ende 2020 geklärt. Seine Entscheidungen sind für Krankenkassen, Medizinische Dienste und Krankenhäuser gleichermaßen verbindlich. Sie gelten als verbindliche Kodierregeln ausschließlich für die geschilderten Einzelfallkonstellationen („lex specialis“) und stellen keine generellen Regelungen dar. Auch wenn in den Entscheidungen des Schlichtungsausschusses teilweise allgemeine Aussagen getroffen werden, können diese nicht auf ähnlich gelagerte Konstellationen übertragen werden. Ab dem Jahr 2021 sind die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses Bestandteil der Regelwerke (Anhang C zu den Deutschen Kodierrichtlinien).

Zusammen mit den unmittelbar als Kodierregeln geltenden Entscheidungen des Schlichtungsausschusses Bund sowie der Neuformulierung des Auftrages der Leitenden Ärztinnen und Ärzte des MDK an die SEG 4 entfalten die nicht vom Schlichtungsausschuss entschiedenen Kodierempfehlungen einen verbindlichen Charakter für die Begutachtung. Nur für letztere sind Abweichungen im begründeten Ausnahmefall zulässig.

Wo es für die einheitliche Begutachtung geboten scheint, kommentiert die SEG 4 die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses. Ein Verfahren zur vorgesehenen Umsetzung der Entscheidungen des Schlichtungsausschusses Bund in der MDK-Gemeinschaft ist etabliert.

Hinweis zum Update 2021:

Das Update 2021 ist vor dem Hintergrund der Entscheidungen des Schlichtungsausschusses Bund erfolgt. Diejenigen Kodierempfehlungen, welche vom Schlichtungsausschuss Bund entschieden wurden, tragen hinter dem Schlagwort den Hinweis »durch Schlichtungsausschuss entschieden« und unter der Zeile »aktualisiert« eine zusätzliche Zeile mit dem Datum der Veröffentlichung der Entscheidung des Schlichtungsausschusses.

Die betroffenen Kodierempfehlungen bleiben unverändert und werden inhaltlich nicht mehr an Änderungen der Regelwerke angepasst. Um dies zu verdeutlichen wurde hinter das

Aktualisierungsdatum »01.01.2021« folgender Klammervermerk aufgenommen: letztmalige turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.

Alle anderen Kodierempfehlungen wurden auf Aktualität überprüft und ggf. inhaltlich und/oder redaktionell angepasst.

Hinweis zur Nummerierung:

Jeder aus der MDK-Gemeinschaft eingehende Vorschlag wird fortlaufend nummeriert. Jede Nummer wird nur einmal vergeben. Dadurch ist sichergestellt, dass jederzeit der Verlauf eines eingereichten Vorschlags zurückverfolgt werden kann. Die Vorsichtung und Besprechung der eingereichten Vorschläge führt dazu, dass manche z. B. wegen fehlender grundsätzlicher Bedeutung zurückgezogen oder wegen noch zu klärender klassifikatorischer Fragen zurückgestellt werden. Infolgedessen finden sich in der veröffentlichten Version nur die Empfehlungen mit ihren entsprechenden Nummerierungen wieder, die auch den Diskussions- und Abstimmungsprozess in der gesamten MDK-Gemeinschaft durchlaufen haben und konsentiert wurden. Die Anzahl der veröffentlichten Kodierempfehlungen weicht daher von der Anzahl der eingereichten Vorschläge ab.

Kodierempfehlung:	1
Schlagworte:	Niereninsuffizienz, terminale, Nierenkrankheit, Stadium 5
Erstellt:	08.08.2005
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Ist nach erfolgreicher Nierentransplantation außer Z94.0 <i>Zustand nach Nierentransplantation</i> auch zusätzlich N18.5 <i>Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5</i> 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 N18.5 <i>Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5</i> ist nicht begründet. Der Sachverhalt wird über den Kode Z94.0 <i>Zustand nach Nierentransplantation</i> – eine Beeinflussung des Patientenmanagements vorausgesetzt – korrekt und spezifisch abgebildet.

Kodierempfehlung:	2
Schlagworte:	Ambulantes Operieren, stationäre Aufnahme
Erstellt:	08.08.2005
Aktualisiert:	01.01.2021
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 die Hauptdiagnose, ist der Eingriff zu kodieren?
Kodierempfehlung:	In § 7 Abs. 3 des Vertrags nach § 115b SGB V vom 16.05.2014 ist geregelt: „Wird ein Patient an demselben Tag in unmittelbarem Zusammenhang mit dem ambulanten Eingriff eines Krankenhauses stationär aufgenommen, erfolgt die Vergütung nach Maßgabe der Bundespflegesatzverordnung 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:	3
Schlagworte:	Biopsie, Inzision
Erstellt:	08.08.2005
Aktualisiert:	01.01.2021
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 ist hier aus 1-494.3- (<i>Perkutane Biopsie an anderen Organen und Geweben mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Mamma</i> , zu wählen. Siehe auch Kodierempfehlungen 12 und 85.

Kodierempfehlung:	4
Schlagworte:	Pseudarthrose
Erstellt:	08.08.2005
Aktualisiert:	01.01.2021
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 Kode M84.1- <i>Nichtvereinigung der Frakturrenden [Pseudarthrose]</i> 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- <i>Nichtvereinigung der Frakturrenden [Pseudarthrose]</i> der spezifische Kode.

Kodierempfehlung:	5
Schlagworte:	Intervention, Nebendiagnose
Erstellt:	08.08.2005
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Intervention / Offen-chirurgischer Eingriff Bei einem Patienten wird 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 der alleinige Umstand des Verfahrenswechsels alle Begleiterkrankungen als Nebendiagnosen zu kodieren („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 D003 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:	6
Schlagworte:	Dehnungsplastik
Erstellt:	08.08.2005
Aktualisiert:	01.01.2021
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- <i>Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Dehnungsplastik, kleinflächig</i>)?
Kodierempfehlung:	Der Wundverschluss primär durch einfache Naht nach spindelförmiger oder keilförmiger Exzision reicht nicht aus zur Kodierung einer Dehnungsplastik. Die im Einzelfall erforderliche Wundrandmobilisation, ggf. einschließlich der Entfernung kleiner Hautareale, um eine spannungsfreie Wundadaptation zu erzielen, ist als integraler Bestandteil des primären Wundverschlusses zu sehen. Die Kodierung des OPS-Kodes für die Dehnungsplastik setzt eine lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut (siehe hierzu Titel zum OPS-Kode 5-903) oder die weitreichende Mobilisation der seitlichen Wundränder zur Überbrückung eines nicht durch lediglich primäre einfache Naht zu verschließenden Defekts voraus.

Kodierempfehlung:	7
Schlagworte:	Diabetes, Gefäße
Erstellt:	08.08.2005
Aktualisiert:	01.01.2021
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:	8
Schlagworte:	Harnwegsinfekt
Erstellt:	08.08.2005
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Die ICD-Schlüsselnummer N39.0 kodiert den Harnwegsinfekt. Welche medizinischen Kriterien rechtfertigen die Kodierung?
Kodierempfehlung:	Eines der folgenden Kriterien muss erfüllt sein: • Urinkultur mit 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 Die Exklusiva unter der Gruppe <i>Sonstige Krankheiten des Harnsystems</i> (N30-N39) sind zu berücksichtigen. Siehe auch Kodierempfehlung 276.

Kodierempfehlung:	9
Schlagworte:	Diabetes, entgleist
Erstellt:	08.08.2005
Aktualisiert:	01.01.2021
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:	Eine entgleiste Stoffwechsellage im Rahmen eines Diabetes mellitus liegt – neben den Subkategorien .0 (Koma) und .1 (Ketoazidose) - vor, wenn mindestens einer der folgenden Punkte erfüllt ist: • Mehrfache milde Hypoglykämien (durch Patienten selbständig durch Kohlenhydrateinnahme therapierbar) mit mindestens dreimal täglichen BZ-Kontrollen und Therapieanpassung im Rahmen des stationären Aufenthalts • Mindestens einmalige schwere Hypoglykämien ohne Koma (bei Therapie auf Fremdhilfe angewiesen z.B. durch Angehörige, Umfeld, professionelle Hilfe) mit mindestens dreimal täglichen BZ-Kontrollen und Therapieanpassung im Rahmen des stationären Aufenthalts • Deutlich erhöhtes HbA1c (größer als 10 % bzw. 85 mmol/mol Hb) als Parameter der Stoffwechselsituation während der letzten 3 Monate mit entsprechender therapeutischer Würdigung während des stationären Aufenthaltes (mit mindestens dreimal täglichen BZ-Kontrollen und Therapieanpassung im Rahmen des stationären Aufenthalts) • Mehrfach Werte >300 mg/dl (16,65 mmol/l) mit mindestens dreimal täglichen BZ-Kontrollen und Therapieanpassung im Rahmen des stationären Aufenthalts • Bei Werten unter 300 mg/dl (16,65 mmol/l): aufwändiges Management mit an mehreren Tagen mehr als dreimal täglichen Kontrollen und dokumentiertem Nachspritzen von Altinsulin oder kurzwirksamen Insulinanaloga Siehe auch Kodierempfehlungen 35, 56, 170, 408, 458, 578, 579 und 600.

Kodierempfehlung:	10
Schlagworte:	Insuffizienz, pulmonale
Erstellt:	08.08.2005
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Die ICD-10 bietet seit 2004 die Möglichkeit, eine <i>Akute pulmonale Insuffizienz nach nicht am Thorax vorgenommener Operation</i> mit J95.2 zu kodieren. Der Begutachtungsalltag zeigt, dass mit diesem Kode über die Kodierung einer Nebendiagnose eine ohnehin regelhaft durch die Größe der Operation 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 <i>Akute pulmonale Insuffizienz nach nicht am Thorax vorgenommener Operation</i> wird nur als Nebendiagnose akzeptiert, wenn sie als eigenständiges Krankheitsbild eine von der üblichen postoperativen Versorgung abweichende Behandlung erfordert.

Kodierempfehlung:	11
Schlagworte:	R63.3 <i>Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung</i>
Erstellt:	08.08.2005
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Kann R63.3 <i>Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung</i> bei (Klein-) Kindern bei den Diagnosen einer unkompliziert verlaufenden Gastroenteritis (Brech-Durchfallerkrankungen) als Nebendiagnose angegeben werden?
Kodierempfehlung:	Bis einschließlich 2009 gilt: Die zusätzliche Kodierung von R63.3 <i>Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung</i> ist nicht sachgerecht, da es sich bei einer vorübergehenden verminderten Nahrungsaufnahme im Rahmen einer unkomplizierten Gastroenteritis um ein Symptom handelt, das im Regelfall als eindeutige und unmittelbare Folge mit der zu Grunde liegenden Erkrankung vergesellschaftet ist. Nur wenn ein Symptom ein eigenständiges, wichtiges Problem für die medizinische Betreuung darstellt, kann es als Nebendiagnose verschlüsselt werden (DKR D002 und D003). Für Fälle ab 2010 sind die Änderungen der DKR D003 zu Symptomen als Nebendiagnosen zu berücksichtigen.

Kodierempfehlung:	12
Schlagworte:	Biopsie am Knochenmark, Biopsie an Knochen
Erstellt:	08.08.2005
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Wann ist die Schlüsselnummer 1-424 <i>Biopsie ohne Inzision am Knochenmark</i> korrekt, wann ist ein Kode aus 1-503 <i>Biopsie an Knochen durch Inzision</i> 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 und Hinweisen 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. Siehe auch Kodierempfehlungen 3 und 85.

Kodierempfehlung:	13
Schlagworte:	Befunde, abnorme
Erstellt:	08.08.2005
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	In der DKR D003 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 <u>Werte</u> und <u>nicht</u> abnormer <u>Befunde</u> gesprochen wird, bezieht sich die Aussage des Satzes auf beides (Befunde und Werte). Der Zusatz in Klammer hat nur beispielhaft erläuternden Charakter.

Kodierempfehlung:	14
Schlagworte:	Alkoholrausch
Erstellt:	08.08.2005
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Abgrenzung bei der Kodierung als Hauptdiagnose für stationäre Behandlung: F10.0 <i>Psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]</i> gegen T51.0 <i>Toxische Wirkung von vorwiegend nicht medizinisch verwendeten Substanzen, Toxische Wirkung von Alkohol, Äthanol</i>
Kodierempfehlung:	In Kapitel XIX der ICD-10-GM sind Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00 - T98) aufgelistet. Darunter fallen 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 (siehe DKR 1916). Der Kode T51.0 schließt explizit aus: <i>Akuter Alkoholrausch oder Alkoholnachwirkung, "Kater" (F10.0), Pathologischer Rausch (F10.0), Trunkenheit (F10.0)</i> In Kapitel V der ICD-10-GM 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 (<i>Akute Intoxikation [akuter Rausch], akuter Rausch bei Alkoholabhängigkeit, pathologischer Rausch, Rausch o. n. A.</i>) ein. Daher sind die entsprechenden Krankenhausfälle mit dieser Schlüsselnummer korrekt kodiert. Siehe auch Kodierempfehlung 163.

Kodierempfehlung:	15
Schlagworte:	Shuntkomplikation
Erstellt:	08.08.2005
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Siehe Kodierempfehlung 466, Fallkonstellation 1.
Kodierempfehlung:	Siehe Kodierempfehlung 466, Fallkonstellation 1.

Kodierempfehlung:	16
Schlagworte:	Kachexie – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	08.08.2005
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	15.10.2020
Problem / Erläuterung:	Wann darf R64 <i>Kachexie</i> verschlüsselt werden?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	Mindestvoraussetzungen: Dokumentation von Körpergröße und -gewicht und Beeinflussung des Patientenmanagements. Neben der allgemeinen Definition (schwere Form der Abmagerung mit Atrophie/körperliche Auszehrung) unter Berücksichtigung des klinischen Gesamtzustandes ist ein BMI unter 18,5 kg/m ² (Definition Untergewicht WHO) zu fordern.
Entscheidung Schlichtungsausschuss	Der Kode R64 <i>Kachexie</i> kann kodiert werden, wenn der Gewichtsverlust $\geq 5\%$ * in ≤ 12 Monaten bei Vorliegen einer Erkrankung beträgt, PLUS DREI der folgenden Kriterien vorliegen: • Verringerte Muskelkraft (z. B. Handgriffstärke) • Erschöpfung • Appetitlosigkeit • Niedriger Fettfreie-Masse-Index (fettfreie Masse [kg]/Körpergröße² [m²]) • Abnormale Biochemie - erhöhte Entzündungsmarker (CRP > 5,0 mg/L, IL-6 > 4,0 pg/mL), oder - Anämie (Hb < 12 g/dL), oder - niedriges Serumalbumin (< 32 g/L) * ohne Ödem; falls Gewichtsverlust nicht eruierbar, ist ein BMI <20,0 kg/m ² für die Diagnose der Kachexie ausreichend.
Kommentar SEG 4 zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses	Generell ist ein Gewichtsverlust von mindestens 5% aufgrund einer dafür ursächlichen Erkrankung innerhalb eines Jahres vorauszusetzen. Das Ausschwellen von Ödemen ist dabei nicht zu berücksichtigen. Wenn das Ausmaß eines Gewichtsverlusts nicht eruierbar ist, ist ein krankheitsbedingter BMI von weniger als 20 kg/m ² ausreichend. In jedem Fall sind zusätzlich mindestens drei weitere der gelisteten Kriterien zu erfüllen.

Kodierempfehlung:	17
Schlagworte:	MRSA, Screening – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	08.08.2005
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	19.08.2020
Problem / Erläuterung:	Wie wird der asymptomatische Keimträger mit Erregernachweis MRSA verschlüsselt?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	Ein Screening auf MRSA nach den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) dient der Vermeidung der Kontamination von Mitpatienten, Personal und unbelebter Umgebung im Krankenhaus sowie gegebenenfalls der Einleitung von Sanierungsmaßnahmen beim Betroffenen und erweiterten Hygienemaßnahmen. Bei asymptomatischen Keimträgern besteht weder eine Krankheit, noch eine Beschwerde. Eine Kodierung als Nebendiagnose bei positivem MRSA-Nachweis aufgrund des Screening-Tests allein ohne Behandlungsbedürftigkeit ist gemäß DKR D003 ebenso wie bei negativem Testergebnis zunächst nicht möglich. Es liegt allenfalls ein abnormer Befund vor, der nur dann kodiert werden kann, wenn sich hieraus eine therapeutische Maßnahme oder eine weiterführende Diagnostik ergibt. In diesem Fall wäre entsprechend den Hinweisen zu Kapitel XXI der ICD-10-GM Z22.3 <i>Keimträger anderer näher bezeichneter bakterieller Krankheiten</i> zu kodieren in Verbindung mit U80.00! <i>Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Oxacillin oder Methicillin [MRSA]</i>. B95.6! <i>Staphylococcus aureus als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind</i> wird nicht kodiert, da keine Krankheit vorliegt.
Entscheidung Schlichtungsausschuss	Der asymptomatische Keimträger mit Erregernachweis MRSA ohne diesbezügliche Erkrankung ist mit folgenden Codes zu kodieren: Z22.3 <i>Keimträger anderer näher bezeichneter bakterieller Krankheiten</i> U80.00! <i>Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Oxacillin oder Methicillin [MRSA]</i>.

Kodierempfehlung:	18
Schlagworte:	Obturation, Obstipation
Erstellt:	08.08.2005
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Abgrenzung Obturation versus Obstipation
Kodierempfehlung:	K56.4 <i>Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie, Sonstige Obturation des Darmes:</i> Entsprechend der Hinweise: <i>Enterolith, Impaktion</i> und <i>Kotstein</i> steht eine Verlegung des Lumens durch ein mechanisches Hindernis im Vordergrund. K59.0 <i>Sonstige funktionelle Darmstörungen, Obstipation:</i> Entsprechend der Kategorieüberschrift: <i>Sonstige funktionelle Darmstörungen</i> steht bei der Obstipation die funktionelle Störung, z. B. mehrere Tage keinen Stuhlgang wegen Darmträgheit, im Vordergrund.

Kodierempfehlung:	19
Schlagworte:	Hypothermie, postoperative
Erstellt:	08.08.2005
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Postoperative Hypothermie, deshalb verlängert beatmet und feuchte Wärme, intraoperativ bereits Gegenmaßnahmen (Wärmedecke und Infusionswärmer), Operation: Tumornephrektomie, Dauer 3 Stunden. Ist die Kodierung von T88.8 <i>Sonstige näher bezeichnete Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert</i> mit den Begründungen, die Anästhesie habe Gegenmaßnahmen ergriffen, Grund der Hypothermie sei der Eingriff, nicht die Anästhesie, gerechtfertigt?
Kodierempfehlung:	Die spezifischere Kodierung ist T88.5 <i>Sonstige Komplikation infolge Anästhesie</i> . Siehe auch dort „ <i>Hypothermie nach Anästhesie</i> “ ohne weitere Unterscheidung nach der Ursache.

Kodierempfehlung:	20
Schlagworte:	Shuntkomplikation – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	08.08.2005
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	16.12.2020
Problem / Erläuterung:	Siehe Kodierempfehlung 466, Fallkonstellation 3.
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	Siehe Kodierempfehlung 466, Fallkonstellation 3.

Kodierempfehlung:	21
Schlagworte:	Stauungspneumonie
Erstellt:	08.08.2005
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Verschlüsselung einer Stauungspneumonie in Verbindung mit Herzinsuffizienz
Kodierempfehlung:	Eine Stauungspneumonie wird mit J18.2 <i>Hypostatische Pneumonie, nicht näher bezeichnet</i> in Kombination mit einem Schlüssel aus I50.- <i>Herzinsuffizienz</i> verschlüsselt. Eine Kombination mit J81 <i>Lungenödem</i> ist durch die Exklusiva bei Lungenödem ausgeschlossen.

Kodierempfehlung:	22
Schlagworte:	Weiterbehandlung
Erstellt:	08.08.2005
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Was ist die Hauptdiagnose im zweiten Krankenhaus bei Verlegung nach ACVB-Operation (koronarer Bypass)?
Kodierempfehlung:	Wird ein Patient nach ACVB-Operation in ein anderes Krankenhaus zur Weiterbehandlung verlegt, bleibt die ursprüngliche Erkrankung Hauptdiagnose, z. B. I25.- <i>Chronisch ischämische Herzkrankheit</i> , es sei denn, eine andere Erkrankung begründet hauptsächlich die Weiterbehandlung.

Kodierempfehlung:	23
Schlagworte:	Antikoagulanzen
Erstellt:	08.08.2005
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Wie werden Fälle mit Neueinstellung auf orale Antikoagulation (z. B. Phenprocoumon) oder bei Pausierung (z. B. wegen Operation) und anschließender Neueinstellung kodiert? Wann kann ein Kode aus D68.3- <i>Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen und Antikörper</i> kodiert werden?
Kodierempfehlung:	Eine Neueinstellung auf Antikoagulanzen ohne bisherige Gabe wird nicht kodiert. Die Tatsache, dass eine Antikoagulanzenbehandlung erfolgt, wird als Nebendiagnose mit Z92.1 <i>Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulanzen in der Eigenanamnese</i> 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, optional ergänzt durch Y57.9! <i>Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen</i>, zu kodieren. Ein Kode aus D68.3- ist zu kodieren, sofern die Nebendiagnosendefinition erfüllt ist. Für Fälle ab 2016 ist die Ergänzung zur Klarstellung in DKR 1917 zu beachten. Siehe auch Kodierempfehlungen 114 und 274.

Kodierempfehlung:	24
Schlagworte:	Gastroenteritis, Erregernachweis, A09, K52.9
Erstellt:	08.08.2005
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Kodierung einer akuten Gastroenteritis ohne Erregernachweis mit einem Kode aus A09.- <i>Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs</i>, oder als K52.9 <i>Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet</i>? 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) <u>mit Erregernachweis</u> 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 auf Grund 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 einem Kode aus A09.- <i>Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs</i> zu verschlüsseln. Nur wenn ein nichtinfektiöser Ursprung der Krankheiten angenommen werden kann, kommt alternativ K52.9 <i>Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet</i> in Frage. Bei Verdacht auf eine infektiöse Gastroenteritis kommt die Verschlüsselung A00 bis A08, jeweils <i>nicht näher bezeichnet</i>, nicht in Frage. Es kommt nicht vor, dass Erreger als Ursache einer Darminfektion festgestellt werden, ohne dass diese näher bezeichnet werden können.

Kodierempfehlung:	25
Schlagworte:	Anämie, Folsäuremangel – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	08.08.2005
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	19.08.2020
Problem / Erläuterung:	Wie wird eine Anämie infolge Folsäuremangel verschlüsselt? Darf zusätzlich zur Anämie E53.8 <i>Mangel an sonstigen näher bezeichneten Vitaminen des Vitamin B-Komplexes</i> kodiert werden?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	D52.- <i>Folsäure-Mangelanämie</i> ist die spezifische Kodierung. Siehe auch Exklusivum unter E50 bis E64. Die zusätzliche Verschlüsselung mit E53.8 ist somit nicht möglich.
Entscheidung Schlichtungsausschuss	Eine Anämie infolge eines Folsäuremangels ist nur mit dem Code D52.- <i>Folsäure-Mangelanämie</i> spezifisch zu kodieren. Der Code E53.8 ist für die Abbildung der Folsäuremangelanämie nicht zusätzlich zu kodieren.

Kodierempfehlung:	26
Schlagworte:	Eine Maßnahme, mehrere Nebendiagnosen
Erstellt:	28.02.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
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 koronare Herzkrankheit, 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. Ab 2010 ist in der DKR D003 explizit geregelt, dass bei Patienten, bei denen einer der erbrachten Faktoren (Beeinflussung des Patientenmanagements) auf mehrere Diagnosen ausgerichtet ist, alle betroffenen Diagnosen kodiert werden können.

Kodierempfehlung:	27
Schlagworte:	Ätiologie, Manifestation
Erstellt:	28.02.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
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 die 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 <i>Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz</i>.

Kodierempfehlung:	28
Schlagworte:	Wunddebridement, Wundtoilette, chirurgische
Erstellt:	17.06.2008
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein, um den OPS-Kode 5-893 <i>Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut</i> (bis einschließlich 2010) bzw. den OPS-Kode 5-896 <i>Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut</i> (ab 2011) angeben zu können?
Kodierempfehlung:	Für Behandlungsfälle bis einschließlich 2010: Die Kodedefinition besteht aus zwei Textteilen, die durch „und“ verknüpft sind. Der Begriff „und“ im 3-stelligen und 4-stelligen Code wird sowohl im Sinne von „und“ als auch im Sinne von „oder“ verwendet (DKR P003). Das bedeutet, dass der Code angewendet werden kann, wenn eine chirurgische Wundtoilette und/oder die Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut im Sinne eines chirurgischen/operativen Vorgehens durchgeführt wurde. Bei einem Wunddebridement handelt es sich um ein chirurgisches Vorgehen mit „Einschneiden“ ins erkrankte Gewebe bis ins gesunde Gewebe. Die Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut im Sinne eines chirurgischen/operativen Vorgehens setzt den Einsatz eines chirurgischen Instruments, z. B. Skalpell, Schere, scharfer Löffel voraus. Für Behandlungsfälle ab 2011 bis einschließlich 2014: Bei einem Wunddebridement handelt es sich um ein chirurgisches Vorgehen mit „Einschneiden“ ins erkrankte Gewebe bis ins gesunde Gewebe. Voraussetzung hierfür ist in der Regel eine Allgemein- oder Regionalanästhesie. Eine weitere Voraussetzung ist das Vorliegen einer Wunde (Unterbrechung des Zusammenhangs von Körpergewebe). Nicht kodierbar ist die Prozedur im Zusammenhang mit einer Primärnaht, bei einer Abszessspaltung oder bei einer Hämatomentlastung/-ausräumung. Die Entfernung von erkranktem Gewebe ohne Anästhesie und die Entfernung eines Systems zur Vakuumversiegelung ist mit dem OPS-Kode 8-192ff <i>Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde</i> zu verschlüsseln.

Für Behandlungsfälle ab 2015:

Ein Wunddebridement ist ein chirurgisches oder ultraschallbasiertes Vorgehen zur Entfernung von geschädigtem, infiziertem, minderdurchblutetem oder nekrotischem Gewebe der Haut und Unterhaut bis zum Bereich des vitalen Gewebes. Die Anwendung der Codes setzt eine Allgemein- oder Regionalanästhesie oder eine lokale Infiltrationsanästhesie voraus (Ausnahme: Es liegt eine neurologisch bedingte Analgesie vor.). Bei alleiniger Oberflächenanästhesie ist ein Kode aus dem Bereich 8-192 ff. zu verwenden.

Kodierempfehlung:	29
Schlagworte:	TIA, Hirninfarkt
Erstellt:	28.02.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
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 die Hauptdiagnose (klinisch: TIA/morphologisch: Hirninfarkt)?
Kodierempfehlung:	Die Hauptdiagnose G45.- <i>Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome</i> beschreibt die klinische Diagnose, die Hauptdiagnose I63.- <i>Hirninfarkt</i> 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 D002 Hauptdiagnose anzuwenden („...ist vom behandelnden Arzt diejenige auszuwählen, ...“). Diese Empfehlung gilt für die Fälle bis 2007. Seit 2008 ist unter den Exklusiva zu G45.- aufgenommen: „In der Bildgebung nachgewiesener korrelierender Infarkt (I63.-)“, so dass im vorliegenden Beispiel ein Kode aus I63.- als Hauptdiagnose verschlüsselt wird.

Kodierempfehlung:	30
Schlagworte:	Anästhesie, intravenöse
Erstellt:	28.02.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Ist die Anwendung von Propofol bei endoskopischen Untersuchungen über den OPS 8-900 <i>Intravenöse Anästhesie</i> zu kodieren? Falls ja – welche Voraussetzungen müssen dafür vorliegen?
Kodierempfehlung:	Neben der intravenösen Gabe von Propofol zur Sedierung wird dieses auch zur Einleitung und Aufrechterhaltung einer <u>Allgemeinanästhesie (Narkose)</u> eingesetzt. Folgende Voraussetzungen sollten für die Anerkennung des OPS 8-900 <i>Intravenöse Anästhesie</i> gegeben sein: - Es muss eine Ausnahmesituation nach DKR P009 vorliegen - Vorliegen der Narkoseaufklärung/-einwilligung, des Anästhesieprotokolls bzw. Überwachungsbogens mit Herzfrequenz/RR-Messungen/O2-Sättigungskurve/Medikamenten-Dosis - Adäquate Dosierung zur Einleitung und Erhaltung einer Allgemeinanästhesie - Durchführung unter Gewährleistung des Facharztstandards Anästhesie

Kodierempfehlung:	31
Schlagworte:	Insektenstich
Erstellt:	28.02.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Aufnahme mit angioneurotischem Ödem infolge eines Insektenstichs. Was ist die Hauptdiagnose? T78.3 <i>Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert, Angioneurotisches Ödem</i> oder T63.4 <i>Toxische Wirkung durch Kontakt mit giftigen Tieren: Gift sonstiger Arthropoden?</i>
Kodierempfehlung:	Das angioneurotische Ödem hat den stationären Aufenthalt hauptsächlich verursacht. Es handelt sich um eine Histamin-vermittelte allergische Reaktion, nicht um eine toxische Wirkung des Insektengiftes. T78.3 ist Hauptdiagnose.

Kodierempfehlung:	32
Schlagworte:	Frührehabilitation, postoperativ
Erstellt:	28.02.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Ab wann darf 8-550 <i>Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung</i> , 8-552 <i>Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation</i> oder 8-559 <i>Fachübergreifende und andere Frührehabilitation</i> verschlüsselt werden? Manche Kliniken kodieren bei elektiven operativen Behandlungsfällen diese Kodes bereits ab Aufnahmetag.
Kodierempfehlung:	Die Berechnung der Behandlungstage eines Kodes aus 8-550, 8-552, 8-559 ist in diesen Fällen im Regelfall frühestens ab dem OP-Tag möglich, sofern die Voraussetzungen gemäß OPS in der jeweils gültigen Version erfüllt sind. Voraussetzung für <u>Frührehabilitation</u> ist ein <u>akutes</u> Gesundheitsproblem mit schwerer Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit. Postoperative Zustandsbilder können als akutes Gesundheitsproblem in diesem Sinne Frührehabilitationsbedarf auslösen. Sollte im Einzelfall aufgrund eines anderen Gesundheitsproblems mit vorliegender Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit bereits präoperativ eine Frührehabilitationsindikation bestehen, kann die Berechnung der Behandlungstage in diesen Fällen bei Erfüllung der spezifischen Bedingungen des jeweiligen OPS-Kodes früher beginnen.

Kodierempfehlung:	33
Schlagworte:	Hauptdiagnose, externe Verlegung Geriatrie
Erstellt:	28.02.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Bei Verlegung in die Geriatrie eines anderen Krankenhauses zur Behandlung nach z. B. Oberschenkelfraktur und vorbestehender Gangstörung unklarer Genese wird häufig R26.8 <i>Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität</i> 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:	34
Schlagworte:	Schwellung, postoperativ
Erstellt:	28.02.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Nach der operativen Versorgung einer Sprunggelenksfraktur zeigt sich eine Schwellung im Operationsgebiet; neben Lymphdrainage vorzeitige Entfernung von zwei Klammern. Welche Schlüsselnummer ist für den postoperativen Zustand zu verwenden? <i>T81.8 Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert</i> oder ein Kode aus R22.- <i>Lokalisierte Schwellung, Raumforderung und Knoten der Haut und der Unterhaut</i> oder <i>R60.0 Ödem, andernorts nicht klassifiziert, umschriebenes Ödem</i>
Kodierempfehlung:	Bei der Verschlüsselung einer postoperativen Schwellung muss überprüft werden, ob der Befund vom üblichen Verlauf erheblich abweicht. Im genannten Beispiel ist dies der Fall. Somit ist hier <i>R60.0 Ödem, andernorts nicht klassifiziert, umschriebenes Ödem</i> zu verwenden, da diese Schlüsselnummer spezifisch und vorrangig vor dem T-Kode ist.

Kodierempfehlung:	35
Schlagworte:	Diabetes, koronare Herzkrankheit, KHK
Erstellt:	28.02.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Ist die koronare Herzkrankheit (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 0401 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 (Manifestation) 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. Siehe auch Kodierempfehlungen 9, 56, 170, 408, 458, 578, 579 und 600.

Kodierempfehlung:	36
Schlagworte:	Karzinom, Portanlage
Erstellt:	28.02.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Ein Patient mit bekanntem Rektumkarzinom wird zur Port-Anlage eingewiesen. Was ist die Hauptdiagnose? Karzinom oder Z45.20 <i>Anpassung und Handhabung eines operativ implantierten vaskulären Katheterverweilsystems?</i>
Kodierempfehlung:	Entsprechend DKR 0201 ist der Malignomcode als Hauptdiagnose für jeden Krankenhausaufenthalt zur Behandlung der bösartigen Neubildung und zu notwendigen Folgebehandlungen sowie zur Diagnostik anzugeben, bis die Behandlung endgültig abgeschlossen ist. Somit ist im genannten Fall das Karzinom als Hauptdiagnose zu verschlüsseln.

Kodierempfehlung:	37
Schlagworte:	Insuffizienz, respiratorische – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	28.02.2006
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	15.10.2020
Problem / Erläuterung:	Wann ist respiratorische Insuffizienz zu kodieren?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	Respiratorische Insuffizienz liegt vor, wenn pathologische Blutgasveränderungen im Sinne einer respiratorischen Partial- oder Globalinsuffizienz nachweisbar sind. Eine Dyspnoe ohne BGA-Veränderung (arterielle oder kapilläre) ist keine respiratorische Insuffizienz. <i>J96.- Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert</i> kann bei Aufwand (z. B. Sauerstoff-Gabe) zusätzlich zur Grundkrankheit verschlüsselt werden, wenn pathologische Blutgasveränderungen im Sinne einer respiratorischen Partial- oder Globalinsuffizienz nachgewiesen sind. Für Fälle ab 2010 sind die Änderungen der DKR D003 zu Symptomen als Nebendiagnosen zu berücksichtigen.
Entscheidung Schlichtungsausschuss	Eine respiratorische Insuffizienz (J96.-) kann kodiert werden, wenn bei Vorliegen diesbezüglich bestehender klinischer Zeichen (ein oder mehrere) unter Raumluft (sofern der Zustand des Patienten eine Messung unter Raumluft zulässt): • eine pathologisch veränderte arterielle oder kapilläre Blutgasanalyse (z. B. Sauerstoffsättigung oder eine Hyperkapnie oder Hypoxämie (gemäß den Normwerten des verwendeten Analysegerätes) vorliegt oder • eine erniedrigte Sauerstoffsättigung $\leq 92\%$ (nur bei Messung durch eine periphere Pulsoxymetrie) gemessen wurde.
Kommentar SEG 4 zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses	Eine respiratorische Insuffizienz, J96.-, kann somit auch ohne BGA bei Vorliegen von klinischen Zeichen verbunden mit einer erniedrigten Sauerstoffsättigung ($\leq 92\%$) kodiert werden. Zur Differenzierung des Insuffizienztyps (hypoxisch oder hyperkapnisch) wird eine arterielle oder kapilläre Blutgasanalyse benötigt.

Kodierempfehlung:	39
Schlagworte:	Tachyarrhythmie, Hyperthyreose, Vorhofflimmern – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	28.02.2006
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	06.10.2020
Problem / Erläuterung:	Ein Patient wird vom Notarzt wegen Tachyarrhythmia absoluta bei neu aufgetretenem Vorhofflimmern eingewiesen. Unter Monitorkontrolle wird diese medikamentös behandelt und eine kardiologische Diagnostik durchgeführt. Im Routinelabor wird am Aufnahmetag eine Hyperthyreose festgestellt und die Behandlung mit Thyreostatika begonnen. Was ist Hauptdiagnose bzw. Nebendiagnose und warum?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	Das Vorhofflimmern ist als Hauptdiagnose zu verschlüsseln, da dies Anlass für die Aufnahme ins Krankenhaus war. Die Hyperthyreose ist als Nebendiagnose zu verschlüsseln.
Entscheidung Schlichtungsausschuss	In dem beschriebenen Fall (KDE-39), bei dem der Patient wegen einer Tachyarrhythmia absoluta bei neu aufgetretenem Vorhofflimmern notfallmäßig eingewiesen, medikamentös behandelt und kardiologisch abgeklärt wurde und zudem im Routinelabor am Aufnahmetag eine Hyperthyreose festgestellt und mit Thyreostatika behandelt wurde, ist für die Auswahl der Hauptdiagnose der Abschnitt „Zwei oder mehr Diagnosen, die gleichermaßen der Definition der Hauptdiagnose entsprechen“ aus der DKR D002 Hauptdiagnose anzuwenden. Demnach gilt: „Zwei oder mehr Diagnosen, die gleichermaßen der Definition der Hauptdiagnose entsprechen <i>Wenn zwei oder mehrere Diagnosen in Bezug zu Aufnahme, Untersuchungsbefunden und/oder der durchgeführten Therapie gleichermaßen die Kriterien für die Hauptdiagnose erfüllen und ICD-10-Verzeichnisse und Kodierrichtlinien keine Verschlüsselungsanweisungen geben, 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. Hierbei ist es unerheblich, ob die Krankheiten verwandt sind oder nicht.“</i>

	Die Hauptdiagnose ist danach abhängig vom Ressourcenverbrauch zu kodieren, welcher sich jedoch an Hand der hier zum Sachverhalt vorliegenden Informationen allein nicht abschließend sicher bestimmen lässt.
--	--

Kodierempfehlung:	40
Schlagworte:	Upper-Airway-Resistance-Syndrom, UARS, Schlafapnoe
Erstellt:	28.02.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Wie verschlüsselt man ein Upper-Airway-Resistance-Syndrom (UARS)?
Kodierempfehlung:	Das UARS ist eine Sonderform des Schlafapnoe-Syndroms, so dass der Kode G47.31 <i>Schlafstörungen, Schlafapnoe, Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom</i> den Sachverhalt am spezifischsten abbildet. Es handelt sich um kurze und inkomplette Obstruktionen der oberen Atemwege. Die intra-thorakalen Druckschwankungen sind über eine Ösophagusdrucksonde messbar. Es verursacht Arousals mit folgender Tagesmüdigkeit. Das UARS begründet die Indikation zu einer CPAP-Therapie.

Kodierempfehlung:	41
Schlagworte:	Tumorschmerz, Schmerztherapie
Erstellt:	28.02.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
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 die Hauptdiagnose?
Kodierempfehlung:	Hauptdiagnose ist R10.4 <i>Bauch- und Beckenschmerzen, Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen</i> . Nach DKR 1806 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:	42
Schlagworte:	Hypokaliämie, drohende, Kaliumgabe, Herzchirurgie
Erstellt:	28.02.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
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 <i>Hypokaliämie</i> ?
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 D001 nicht zu kodieren.

Kodierempfehlung:	43
Schlagworte:	Ileostoma, Rückverlagerung, Teilresektion, Ileum
Erstellt:	28.02.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Wie wird die Rückverlagerung eines doppelläufigen Ileostomas kodiert? Handelt es sich beim Anfrischen der Resektionsränder oder bei einer kurzstreckigen Darmresektion um eine zusätzlich kodierbare Teilresektion des Ileums?
Kodierempfehlung:	Die Rückverlagerung eines doppelläufigen Ileostomas ist mit 5-465.1 <i>Rückverlagerung eines doppelläufigen Enterostomas, Ileostoma</i> zu kodieren. Das Anfrischen der Resektionsränder ist integraler Bestandteil der Prozedur und wird somit nicht zusätzlich kodiert. Ebenfalls ist eine kurzstreckige Darmresektion, die keine zusätzliche Laparotomie erforderlich macht, nicht gesondert zu kodieren. Eine Segmentresektion sollte nur kodiert werden, wenn Darmanteile reseziert werden, die das notwendige Ausmaß überschreiten, welches für die Stomarückverlagerung erforderlich ist, z. B. bei weiteren pathologischen Befunden. Im Jahr 2013 war der OPS-Kode 5-465 <i>Rückverlagerung eines doppelläufigen Enterostomas</i> durch den Hinweis ergänzt worden, dass die aus operationstechnischen Gründen erforderliche Mitresektion einer Manschette im Kode enthalten ist. Im Jahr 2014 wurde der Hinweis zum OPS-Kode 5-465 <i>Rückverlagerung eines doppelläufigen Enterostomas</i> um folgenden Satz ergänzt: <i>Eine über die Mitresektion einer Manschette hinausgehende Resektion eines Segmentes mit seiner radiären mesenterialen Gefäßversorgung ist gesondert zu kodieren (5-454 ff., 5-455 ff.).</i>

Kodierempfehlung:	44
Schlagworte:	Nasenseptumdeviation
Erstellt:	28.02.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Wie unterscheidet man bei einer Nasenseptumdeviation zwischen der angeborenen (Q67.4 <i>Sonstige angeborene Deformitäten des Schädels, des Gesichtes und des Kiefers</i>) und der erworbenen Form (J34.2 <i>Nasenseptumdeviation</i>)?
Kodierempfehlung:	Im Regelfall handelt es sich um eine erworbene Septumdeviation, also J34.2 <i>Nasenseptumdeviation</i>. 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:	47
Schlagworte:	Angina pectoris, Brustschmerz, Thoraxschmerz – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	28.02.2006
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	25.11.2020
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 bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	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-Code im Kapitel <i>Ischämische Herzkrankheiten</i> (I20 bis I25). Die reine Symptomatik ohne Hinweis auf eine Ischämie ist mit einem Code aus R07.- <i>Hals- und Brustschmerzen</i> (z. B. R07.2 <i>Präkordiale Schmerzen</i>) zu verschlüsseln.
Entscheidung Schlichtungsausschuss	Die Angina pectoris (I20- Angina pectoris) ist unter der Gruppe Ischämische Herzkrankheiten (I20-I25) eingeordnet und ist ein Missverhältnis zwischen Sauerstoffbedarf und-Angebot im Herzen (Ischämie). Die Diagnose kann basierend auf den Kriterien der ESC Leitlinie¹ klinisch gestellt werden bei Vorliegen von mindestens 2 der folgenden Kriterien: -Retrosternale Schmerzen oder Schmerzen im Bereich von Hals, Kiefer, Schulter oder Arm; Voraussetzung ist, dass die Schmerzsymptomatik nicht auf andere in Frage kommende Ursachen zurückzuführen ist -Hervorgerufen durch körperliche Anstrengung -Besserung innerhalb von fünf Minuten durch Ruhe und/oder Nitrate. ¹ ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes <u>Begründung:</u> In der Verhandlung vom 28.10.2020 ist der Schlichtungsausschuss mehrheitlich zu dem Beschluss gekommen, dass die Diagnose einer Angina pectoris auch klinisch getroffen werden kann, da eine apparative

Bestätigung der Diagnose nicht in allen Fallkonstellationen möglich bzw. indiziert ist. Bezüglich der Anforderungen an eine klinische Diagnosestellung wird Bezug genommen auf die Leitlinie¹ der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie. Um eine konsistente Anwendung für den Kliniker zu ermöglichen, wurde auch der Begriff der atypischen Angina für die Anforderungen zur Kodierung berücksichtigt. Da es sich bei den im Beschluss aufgeführten Spiegelstrichen um eine Nennung außerhalb des Zusammenhangs der Leitlinie handelt, wurde beim ersten Spiegelstrich als Voraussetzung ergänzt, dass die bei einem Fall konkret zu bewertende Symptomatik anhand der klinischen Anamnese und/oder durchgeführter Untersuchungen nicht auf andere Ursachen zurückzuführen ist.

¹ ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes

Kodierempfehlung:	48
Schlagworte:	Commotio, Schädel-Hirn-Trauma, Gehirnerschütterung
Erstellt:	28.02.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Im klinischen Alltag ist es oft notwendig, Patienten, vor allem Kinder, mit Verdacht auf 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 Probleme.
Kodierempfehlung:	Auf Grund der Hinweise zum Kapitel XXI der ICD und auf Grund der DKR D002, Abschnitt „Schlüsselnummern aus 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 D008 gewertet und damit der Kode S06.0 <i>Gehirnerschütterung</i> als Hauptdiagnose verwendet werden. Siehe auch Kodierempfehlung 69.

Kodierempfehlung:	53
Schlagworte:	Intubation, schwierig, misslungen
Erstellt:	28.02.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Wann darf T88.4 <i>Sonstige Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert, Misslungene oder schwierige Intubation</i> als Nebendiagnose kodiert werden?
Kodierempfehlung:	Eine Intubation wird in der Fachliteratur dann als schwierig bezeichnet, 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. 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. 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 muss auf dem eigentlichen Protokoll über Narkose und Operation vermerkt und mit Text beschrieben sein. Es muss 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. Bei schwierigen Intubationen können technische Hilfsmittel zur Anwendung kommen, z. B.: • Fiberendoskopische Intubation • Intubation mit der Intubationslarynxmaske • Intubation mit dem Kombi-Tubus • Verwendung von speziellen Laryngoskopen • Notfallrohr • Koniotomie Hinweis: Im Jahr 2012 wurde T88.4 aus der CCL-Matrix gestrichen.

Kodierempfehlung:	55
Schlagworte:	Suizidversuch
Erstellt:	28.02.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
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 erfolgen ein psychiatrisches Konsil und die Entlassung am nächsten Tag. Was ist die Hauptdiagnose?
Kodierempfehlung:	Sofern dem Suizidversuch eine psychiatrische Erkrankung zu Grunde liegt, wird die psychiatrische Erkrankung, z. B. Depression, als Hauptdiagnose verschlüsselt. Bei fehlendem Nachweis einer psychiatrischen Erkrankung wird z. B. R45.8 <i>Sonstige Symptome, die die Stimmung betreffen</i> kodiert.

Kodierempfehlung:	56
Schlagworte:	Diabetes, pAVK, Diabetisches Fußsyndrom
Erstellt:	28.02.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Was ist die Hauptdiagnose bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit (pAVK) und gleichzeitig bestehendem Diabetes mellitus? „Diabetischer Fuß“ wird kodiert mit E10-E14, vierte und fünfte Stelle -.74 <i>Mit multiplen Komplikationen, mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet</i> oder -.75 <i>Mit multiplen Komplikationen, mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet</i>. Periphere vaskuläre Erkrankungen, die in kausalem Zusammenhang mit Diabetes mellitus stehen, sind mit E10-E14, vierte Stelle -.5 <i>Mit peripheren vaskulären Komplikationen</i> zu verschlüsseln (DKR 0401). 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.
Kodierempfehlung:	Bei kausalem Zusammenhang und der Diagnose von vaskulären und/oder polyneuropathischen Diabeteskomplikationen (Manifestationen) wird Diabetes mellitus als Hauptdiagnose kodiert (E10-E14, vierte Stelle -.5 oder vierte und fünfte Stelle -.74 oder -.75). Als Nebendiagnosen werden z. B. I79.2* <i>Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten</i> und I70.23 <i>Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz</i> angegeben (siehe DKR 0401, Beispiele 5 und 10). 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 <i>Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration</i>). Als Nebendiagnose darf in diesem Fall E10-E14, vierte Stelle -.5 oder vierte und fünfte Stelle -.74 oder -.75 nicht kodiert werden (siehe DKR 0401, Beispiel 7). Siehe auch Kodierempfehlungen 9, 35, 170, 408, 458, 578, 579 und 600.

Kodierempfehlung:	57
Schlagworte:	Schlafapnoe, Operation, Nasenseptum
Erstellt:	28.02.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Was ist die 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 <i>Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen, Nasenseptumdeviation</i>), sondern die Schlafapnoe-Erkrankung (ein Kode aus G47.3- <i>Schlafstörungen, Schlafapnoe</i>) 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 besteht bezüglich oben genannter Formulierung Konsens. Gemäß der Hauptdiagnosen-Definition in DKR D002 ist nicht die Ätiologie bzw. der pathophysiologische Befund, sondern die Schlafapnoe-Erkrankung als Hauptdiagnose anzugeben. Diese Bewertung wird von allen Selbstverwaltungspartnern mitgetragen.

Kodierempfehlung:	59
Schlagworte:	Wiederaufnahme, Komplikation, Chemotherapie, Neutropenie, Nebenwirkungen
Erstellt:	28.02.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Ist die „Toxizität“ der Chemo- oder Strahlentherapie (z. B. Neutropenie) als <u>Komplikation</u> zu verschlüsseln? Siehe Beispiel 1-3. Ab 2008 gilt nach FPV, § 2 Absatz 3: Werden Patienten oder Patientinnen, für die eine Fallpauschale abrechenbar ist, wegen einer in den Verantwortungsbereich des Krankenhauses fallenden Komplikation im Zusammenhang mit der durchgeführten Leistung innerhalb der oberen Grenzverweildauer, bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem Aufnahmedatum des ersten unter diese Vorschrift zur Zusammenfassung fallenden Aufenthalts, wieder aufgenommen, hat das Krankenhaus eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorzunehmen. Eine Zusammenfassung und Neueinstufung wird nicht vorgenommen bei unvermeidbaren Nebenwirkungen von Chemotherapien und Strahlentherapien im Rahmen onkologischer Behandlungen. Die Absätze 1 und 2 gehen den Vorgaben nach den Sätzen 1 und 2 vor. Die Sätze 1 und 2 ergänzen die Vorgaben nach § 8 Abs. 5 KHEntgG. Somit sind die Empfehlungen in folgenden Beispielen für Fälle bis einschließlich 2007 gültig, ab 2008 nicht mehr zutreffend.
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 (siehe 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 massivem

Cisplatin-induziertem Erbrechen nach der letzten Chemotherapie (Entlassung vor einem Tag), keine Darmobstruktion in der Diagnostik.

Wiederaufnahme wegen Komplikation:

Ja (wenn Differentialdiagnose 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 (2.000 Leuko/ μ 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.

Siehe auch Kodierempfehlung 177.

Kodierempfehlung:	60
Schlagworte:	Anämie, Neubildungen, Chemotherapie
Erstellt:	28.02.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Kodierung therapiebedingter Anämie in der Onkologie durch - D63.0* <i>Anämie bei Neubildungen</i> = Tumor-Anämie, - D64.8 <i>Sonstige näher bezeichnete Anämien</i>, - D61.1- <i>Arzneimittelinduzierte aplastische Anämie?</i>
Kodierempfehlung:	Die Chemotherapie-induzierte Anämie wird durch D61.10 <i>Arzneimittelinduzierte aplastische Anämie, Aplastische Anämie infolge zytostatischer Therapie</i> sachgerecht kodiert. Eine Differenzierung ist bei gleichzeitig bestehender Tumoranämie auf Grund der Erythrozyten-Überlebenszeit oftmals schwierig, jedoch bei Tumorkranken <u>ohne</u> vorbestehende Tumor-induzierte Anämie sinnvoll möglich.

Kodierempfehlung:	61
Schlagworte:	Metastasen, multiple, Chemotherapie
Erstellt:	28.02.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Systemische Chemotherapie wegen multipler Metastasen bei metastasiertem Tumorleiden: z. B. Chemotherapie bei Leber-, Nieren-, Haut- und Knochenmetastasen und Mammakarzinom. 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. Auch die Knochenmetastasen können daher kodiert werden (vergleiche DKR D003 Nebendiagnosen).

Kodierempfehlung:	65
Schlagworte:	Brustschmerzen, Angina pectoris
Erstellt:	28.02.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Ein Patient mit bekannter koronarer Herzkrankheit 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 <i>Sonstige Brustschmerzen</i>), ist eine Angina pectoris auf Grund der Anamnese nicht sicher ausgeschlossen und kann somit als Hauptdiagnose kodiert werden, wenn eine Behandlung eingeleitet wurde (DKR D008 Verdachtsdiagnose).

Kodierempfehlung:	66
Schlagworte:	Lungenembolie, Beinvenenthrombose
Erstellt:	28.02.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Aufnahme wegen Lungenembolie bei tiefer Beinvenenthrombose. Was ist die Hauptdiagnose: tiefe Beinvenenthrombose als zu Grunde liegende Ursache oder Lungenembolie?
Kodierempfehlung:	Hauptdiagnose ist die Lungenembolie, da die Zuweisung der zu Grunde liegenden Krankheit als Hauptdiagnose nur gilt, wenn sich der Patient mit einem Symptom vorstellt (D002). Lungenembolie ist eine eigenständige Diagnose, kein Symptom.

Kodierempfehlung:	67
Schlagworte:	Hyperglykämie, Cortison – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	28.02.2006
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	19.08.2020
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 bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	Laut DKR 1917 lautet die Diagnose R73.9 <i>Hyperglykämie, nicht näher bezeichnet</i> in Kombination mit Y57.9! <i>Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen</i> .
Entscheidung Schlichtungsausschuss	Eine mit Altinsulin therapierte Hyperglykämie, die sich unter einer stationären Kortisontherapie bei einem Patienten entwickelt, bei dem kein Diabetes mellitus bekannt ist, und bei dem keine Diagnostik im Hinblick auf einen Diabetes mellitus erfolgt, wird mit dem Code R73.9 <i>Hyperglykämie, nicht näher bezeichnet</i> , optional ergänzt um den Code Y57.9! <i>Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen</i> kodiert.

Kodierempfehlung:	68
Schlagworte:	Peritonealkatheter, Niereninsuffizienz, Dialyse
Erstellt:	28.02.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Aufnahme zur Neuanlage Peritonealkatheter (5-549.2 <i>Implantation eines Katheterverweilsystems in den Bauchraum</i>) bei Niereninsuffizienz. Ist entsprechend DKR 0912c (bis Version 2006) als Hauptdiagnose Z49.0 <i>Vorbereitung auf die Dialyse</i> 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. Ein Peritonealkatheter ist kein Shunt. Eine analoge Anwendung der DKR ist nicht zulässig. Die Regelung zur Verwendung der Schlüsselnummer Z49.0 <i>Vorbereitung auf die Dialyse</i> wurde im Rahmen der Weiterentwicklung der DKR gestrichen. Nach DKR D002 ist die Niereninsuffizienz Hauptdiagnose. Hinweis: Nur für Fälle bis einschließlich 2006 relevant.

Kodierempfehlung:	69
Schlagworte:	Commotio, Schädel-Hirn-Trauma, Gehirnerschütterung
Erstellt:	28.02.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Ist nach Sturz eines Kindes mit lokalem Kopfschmerz S06.0 <i>Gehirnerschütterung</i> 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 D008 Verdachtsdiagnosen). Erfolgte die stationäre Aufnahme nur auf Grund anamnestischer Angaben und ohne Symptome, ist Z03.8 <i>Beobachtung bei sonstigen Verdachtsfällen</i> als Hauptdiagnose zu verschlüsseln. Siehe auch Kodierempfehlung 48.

Kodierempfehlung:	70
Schlagworte:	Fraktur, pathologische, bösartige Neubildungen, Osteoporose
Erstellt:	28.02.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
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 5. Stelle von M80.- anzugeben, somit entfällt ein Nebendiagnosen-Schlüssel aus dem Fraktur-Kapitel.

Kodierempfehlung:	72
Schlagworte:	Shunt-Anlage, Fettstoffwechselstörung, Dialyse, Apherese
Erstellt:	28.02.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Wie ist eine Aufnahme zur Shunt-Anlage bei Fettstoffwechselstörung zu kodieren?
Kodierempfehlung:	Fettstoffwechselstörung ist Hauptdiagnose. DKR 0912 bis einschließlich Version 2006 bezieht sich nur auf chirurgisch angelegte arteriovenöse Fistel/Shunt bei Niereninsuffizienz. Eine analoge Anwendung der DKR ist nicht zulässig.

Kodierempfehlung:	73
Schlagworte:	AT III-Mangel, Antithrombin, Koagulopathie
Erstellt:	28.02.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Wie wird ein AT III-Mangel verschlüsselt? Ein spezifischer Kode dafür ist nicht vorhanden.
Kodierempfehlung:	Wenn der AT III-Mangel behandlungsrelevant ist (nicht nur Kontrollen von Laborparametern), ist er bis 2009 als Nebendiagnose mit D68.8 <i>Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien</i> 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. 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 hepatogene, kardiogene und Immunkoagulopathien. Ab 2010 steht für den Antithrombinmangel der ICD-Kode D68.5 <i>Sonstige Koagulopathien, primäre Thrombophilie</i> zur Verfügung.

Kodierempfehlung:	75
Schlagworte:	Beatmung, nichtinvasive, Maske
Erstellt:	28.02.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
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 gegebenenfalls erforderliche Intubation vermieden. Welche Verschlüsselung mit einem Beatmungs-OPS kommt in Frage? Sind die Beatmungstunden zu erfassen?
Kodierempfehlung:	DKR 1001 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 (potenziell) 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.

Mit den DKR 2009 erfolgte die Klarstellung, dass die o. a. Voraussetzungen auch für heimbeatmete Patienten gelten, die nicht über Maskensysteme, sondern über ein Tracheostoma beatmet werden.

Für Fälle ab 2020 sind die Änderungen der DKR 1001 zur maschinellen Beatmung zu berücksichtigen.

Siehe auch Kodierempfehlung 146.

Kodierempfehlung:	76
Schlagworte:	Zerebralparese, infantile, Kontrakturen, operative Behandlung
Erstellt:	28.02.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Was ist die 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 auf Grund 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 D004 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.- <i>Infantile Zerebralparese</i> und weitere relevante Erscheinungen (z. B. Inkontinenz) sind als Nebendiagnosen zu kodieren.

Kodierempfehlung:	77
Schlagworte:	Fieber, postoperativ – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	28.02.2006
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	19.08.2020
Problem / Erläuterung:	Kann als Nebendiagnose T81.4 <i>Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert</i> verschlüsselt werden, wenn nach der Operation kurzfristig postoperatives Fieber (einmalig am 3. postoperativen Tag) "ohne anatomisches Korrelat" bei "prophylaktischer" i. v.-Antibiose auftritt?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	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 <i>Fieber, nicht näher bezeichnet</i> zu verschlüsseln, sofern nicht tatsächlich eine Infektion nachgewiesen wurde. Für Fälle ab 2010 sind die Änderungen der DKR D003 zu Symptomen als Nebendiagnosen zu berücksichtigen. Hinweis: Im Jahr 2012 wurde T81.4 aus der CCL-Matrix gestrichen.
Entscheidung Schlichtungsausschuss	Einmalig auftretendes postoperatives Fieber (kontrolliert oder behandelt) ohne Infektion und ohne anatomisches Korrelat (z. B. Resorptionsfieber) ist mit dem Code R50.9 <i>Fieber, nicht näher bezeichnet</i> zu kodieren. Der Code T81.4 <i>Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert</i> kann nicht kodiert werden, wenn keine Infektion vorliegt.

Kodierempfehlung:	78
Schlagworte:	Darmperforation, Verletzung, iatrogen
Erstellt:	28.02.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Bei einem ambulanten gynäkologischen Eingriff kam es zu einer iatrogenen Darmperforation des terminalen Ileums mit nachfolgender eitriger Peritonitis. Einweisung in die Chirurgie und Operation (5-467.02 <i>Andere Rekonstruktion des Darmes: Naht (nach Verletzung): Ileum</i>). Was ist die Hauptdiagnose? S36.49 <i>Verletzung des Dünndarmes: Sonstiger und mehrere Teile des Dünndarmes</i> oder T81.2 <i>Versehentliche Stich- oder Risswunde während eines Eingriffs, anderenorts nicht klassifiziert</i>
Kodierempfehlung:	Unter Berücksichtigung der DKR D015 "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! <i>Zwischenfälle bei chirurgischem Eingriff und medizinischer Behandlung</i> als Nebendiagnose zusätzlich angegeben werden. Siehe auch Kodierempfehlungen 254 und 559.

Kodierempfehlung:	79
Schlagworte:	Hyperglykämie, postoperativ, Hypoinsulinämie
Erstellt:	28.02.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Postoperative Hyperglykämie. Kann bei postoperativer Hyperglykämie ohne Operation an endokrinen Organen E89.1 <i>Hypoinsulinämie nach medizinischen Maßnahmen</i> kodiert werden? 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 <i>Hyperglykämie, nicht näher bezeichnet</i>, sofern die Nebendiagnosen-Definition erfüllt ist.

Kodierempfehlung:	80
Schlagworte:	Gelenkinfektion, Empyem
Erstellt:	23.11.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Aufnahme zur Behandlung eines Schultergelenkempyems. Nachweis von <i>Staphylococcus aureus</i> . Wochen vorher war eine intraartikuläre Injektion in das Schultergelenk vorgenommen worden. Wie sind Haupt- und Nebendiagnose zu kodieren?
Kodierempfehlung:	Diese Erkrankung ist mit dem ICD-Kode M00.01 <i>Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken, Schulterregion</i> als Hauptdiagnose vollständig verschlüsselt. Der ICD-Kode T81.4 <i>Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert</i> 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 D002). Die zusätzliche Verschlüsselung mit B95.6! <i>Staphylococcus aureus als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapitel klassifiziert sind</i> ist nicht möglich, da der Keim in der Rubriküberschrift von M00.0- enthalten ist. Für Fälle ab 2010 sind die Änderungen in DKR D012 zu berücksichtigen: Der ICD-Kode B95.6! <i>Streptokokken und Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind, Staphylococcus aureus als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind</i> ist zusätzlich zu verschlüsseln, da er obligatorisch anzugeben ist und nicht alle Informationen zum Infektionserreger bereits in M00.0- enthalten sind. Siehe auch Kodierempfehlung 337.

Kodierempfehlung:	81
Schlagworte:	Zusatzentgelt, Nebendiagnose, AT III, Antithrombin
Erstellt:	28.02.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
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:	82
Schlagworte:	Kardiomyopathie, Herzinsuffizienz
Erstellt:	28.06.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Aufnahme wegen einer dekompensierten Linksherzinsuffizienz. Die Diagnostik ergibt eine bisher nicht bekannte Kardiomyopathie. Was ist die Hauptdiagnose, Kardiomyopathie oder Linksherzinsuffizienz? Ist zusätzlich eine Nebendiagnose zu kodieren?
Kodierempfehlung:	Hauptdiagnose ist die Linksherzinsuffizienz (z. B. I50.13 <i>Linksherzinsuffizienz, mit Beschwerden bei leichter Belastung, NYHA-Stadium III</i>) und Nebendiagnose die Kardiomyopathie (z. B. I42.9 <i>Kardiomyopathie, nicht näher bezeichnet</i>). 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. bei Diagnostik und/oder medikamentöser Behandlung.

Kodierempfehlung:	83
Schlagworte:	Epilepsie, Folgen eines Hirninfarktes
Erstellt:	28.06.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Stationäre Aufnahme wegen einer akuten ischämischen Herzkrankheit (Hauptdiagnose I24.9 <i>Akute ischämische Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet</i>). Zusätzlich besteht eine fokale symptomatische Epilepsie entsprechend des ICD-Kodes G40.2 <i>Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen</i> , 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 <i>Folgen eines Hirninfarktes</i> zu kodieren?
Kodierempfehlung:	Ja. Laut DKR D005 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 und I69.3 kodiert.

Kodierempfehlung:	84
Schlagworte:	Blutung, Tumor, Hauptdiagnose
Erstellt:	28.06.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Vorbekanntes inoperables Hypopharynx-Karzinom, laufende palliative Therapie. Aufnahme in der HNO-Abteilung mit <u>Arrosionsblutung aus dem Tumorgewebe</u> . Dort erfolgen ausschließlich blutstillende Maßnahmen u. a. in ITN. Was ist die Hauptdiagnose?
Kodierempfehlung:	Da hier eine direkte Assoziation (Blutung) mit dem Tumor vorliegt und die Behandlung auch am Tumor erfolgt, ist das Hypopharynx-Karzinom als Hauptdiagnose zu verschlüsseln. Siehe auch Kodierempfehlung 143.

Kodierempfehlung:	85
Schlagworte:	Leberbiopsie, Prozedur
Erstellt:	28.06.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Bei einem Patienten wird auf Grund einer Virushepatitis (B17.1 <i>Sonstige akute Virushepatitis, Akute Virushepatitis C</i>) eine Leberpunktion durchgeführt. Welche Prozedur bildet die Leberbiopsie unter sonografischer Kontrolle nach Stichinzision der Haut ab?
Kodierempfehlung:	Es ist die Prozedur 1-442.0 <i>Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, Leber</i> zu kodieren. Bei der Prozedur 1-551.1 <i>Biopsie an der Leber durch Inzision, Nadelbiopsie</i> ist Voraussetzung, dass der Zugang zum Organ durch Inzision erfolgt. Siehe auch Kodierempfehlungen 3 und 12.

Kodierempfehlung:	86
Schlagworte:	Metastase, Hauptdiagnose
Erstellt:	28.06.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Eine Patientin wird wegen einer unklaren Lymphknotenvergrößerung bei Zustand nach Mammakarzinom vor 12 Jahren (therapiert mit Ablatio mammae, Axilladisektion, endokriner Therapie mit Östrogen-Antagonist über fünf Jahre) aufgenommen. Die Histologie der Lymphknotenbiopsie ergibt eine Lymphknotenmetastase eines zuvor diagnostizierten Mammakarzinoms. Aktuelle Therapie: Endokrine Therapie des Mammakarzinoms mit Aromatase-Inhibitoren. Was ist die Hauptdiagnose?
Kodierempfehlung:	Hauptdiagnose ist ein Kode aus C77.- <i>Sekundäre und nicht näher bezeichnete sekundäre Neubildung der Lymphknoten</i> . Die Metastase war Anlass der stationären Aufnahme, nicht ein Rezidiv des primären Malignoms. Als Nebendiagnose wird C50.9 <i>Bösartige Neubildung der Brustdrüse, nicht näher bezeichnet</i> kodiert.

Kodierempfehlung:	87
Schlagworte:	Senilität, Nebendiagnose
Erstellt:	28.06.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Unter welchen Voraussetzungen ist als Nebendiagnose der ICD-Kode R54 <i>Senilität</i> 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 <i>Presbyakusis</i>, R26.- <i>Störungen des Ganges und der Mobilität</i>, F06.7 <i>Leichte kognitive Störung</i>). Die Kodierung der Nebendiagnose R54 <i>Senilität</i> ist eher die Ausnahme als der Regelfall. Im Regelfall ist die konkrete Fähigkeitsstörung zu kodieren (siehe oben), sofern dadurch das Patientenmanagement nachweislich beeinflusst wird. Die Nebendiagnose R54 ist <u>nur</u> 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 im Kapitelvorspann aufgelisteten Anmerkungen a) bis f) im Kapitel XVIII der ICD-10-GM.

Kodierempfehlung:	90
Schlagworte:	Folgeeingriff, Stententfernung
Erstellt:	28.06.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
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 die Hauptdiagnose für den zweiten Aufenthalt?
Kodierempfehlung:	Entsprechend DKR D005 wird die Zystikusstumpfsuffizienz als ursprüngliche Krankheit für den geplanten Folgeeingriff als Hauptdiagnose mit K91.81 <i>Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert, Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operationen an Gallenblase und Gallenwegen</i> kodiert.

Kodierempfehlung:	92
Schlagworte:	Therapieeinheiten, Behandlungstage, Belegungstage
Erstellt:	28.06.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	9-403 <i>Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psycho- somatische Therapie</i> 9-403.3 <i>Intensivtherapie</i> (über 5 Tage mindestens 15 Therapieeinheiten) 9-403.4 <i>Erweiterte Intensivtherapie</i> (über 12 Tage mindestens 30 Therapieeinheiten) Der Patient hat 30 Therapieeinheiten bei einer Verweildauer von 11 Belegungstagen erhalten. Wie ist zu kodieren?
Kodierempfehlung:	Erfolgte sowohl am Aufnahme- als auch am Entlassungstag eine Behandlung, ergeben sich trotz 11 Belegungstagen 12 Behandlungstage. Somit ist der OPS- Kode 9-403.4 korrekt.

Kodierempfehlung:	93
Schlagworte:	Lagerungsbehandlung
Erstellt:	28.06.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Ist ein Kode aus 8-390 <i>Lagerungsbehandlung</i> gerechtfertigt bei z. B. regelmäßiger Verwendung einer nicht näher definierten „Spezialmatratze“ nach kardio-chirurgischem Eingriff?
Kodierempfehlung:	Unter Berücksichtigung der verschiedenen Lagerungsbehandlungskodes (z. B. therapeutisch-funktionelle Lagerung auf neurophysiologischer Grundlage, Lagerung im Schlingentisch) zielt der OPS 8-390 auf eine besondere, im Einzelfall erforderliche und nicht bei vergleichbaren Patienten standardmäßig durchgeführte Lagerungsbehandlung ab. Standardmäßige Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe oder postoperative Standardbehandlungen etc. sind nicht hierüber zu kodieren (z. B. nachbeatmete Patienten auf der Intensivstation mit Lagerungsbehandlung, Dekubitusprophylaxe bei geriatrischen Patienten etc.). Die Auffassung, dass mit dem OPS 8-390 nur sehr ressourcenaufwändige und längerfristige Lagerungsbehandlungen erfasst werden, wird auch durch die ergänzenden Hinweise zum Kode ab OPS Version 2006 gestützt.

Kodierempfehlung:	94
Schlagworte:	CUP-Syndrom, Peritonealkarzinose, Metastasen, Hauptdiagnose
Erstellt:	28.06.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Aufnahme einer Patientin mit Bauchschmerzen; die Diagnostik ergibt eine Peritonealkarzinose (C78.6 <i>Sekundäre bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums</i>). Der Primärtumor kann nicht geklärt werden. Kann das CUP-Syndrom (cancer of unknown primary) als Hauptdiagnose kodiert werden (C80.0 <i>Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet</i>)?
Kodierempfehlung:	Hauptdiagnose C80.0, 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 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 (DKR 0201).

Kodierempfehlung:	95
Schlagworte:	Rheumatischer Fuß, Fußdeformität, Hauptdiagnose
Erstellt:	28.06.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
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 Arthrodesse des Großzehengrundgelenkes und eine Verkürzungsosteotomie DIII nach Hohmann korrigiert. Kann M06.07 <i>Seronegative chronische Polyarthritis, Knöchel und Fuß</i> 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 <i>Sonstige erworbene Deformitäten der Extremitäten, Flexionsdeformität, Knöchel und Fuß</i> oder M20.1 <i>Hallux valgus (erworben).</i> M06.07 <i>Sonstige chronische Polyarthritis, Seronegative chronische Polyarthritis, Knöchel und Fuß</i> wird als Nebendiagnose kodiert, sofern die Nebendiagnosendefinition erfüllt ist.

Kodierempfehlung:	97
Schlagworte:	Kontrolluntersuchung, Ösophagusvarizen, Leberzirrhose
Erstellt:	28.06.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Ein Patient wird zur Kontrolle bei Zustand nach Banding der Ösophagusvarizen vor sechs Wochen bei bekannter äthyltoxischer Leberzirrhose aufgenommen. Gastroskopisch zeigt sich keine Blutung, nur minimale Restvarizen. Es wird keine Indikation zu einem erneuten Banding mehr gesehen. Was ist die Hauptdiagnose: Z09.88 <i>Nachuntersuchung nach sonstiger Behandlung wegen anderer Krankheitszustände</i> oder I85.9 <i>Ösophagusvarizen ohne Blutung</i> zusammen mit der Nebendiagnose K70.3 <i>Alkoholische Leberzirrhose?</i>
Kodierempfehlung:	Hauptdiagnose: K70.3† <i>Alkoholische Leberzirrhose</i> Nebendiagnose: I98.2* <i>Ösophagus- und Magenvarizen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, ohne Angabe einer Blutung</i> Die Ösophagusvarizen als Folge der äthyltoxischen Leberzirrhose sind bekannt. Sie haben den stationären Aufenthalt hauptsächlich veranlasst. Sie wurden endoskopisch bei vorangegangenen Banding kontrolliert. Auf Grund des Befundes wurde von weiteren Maßnahmen abgesehen. Die Ösophagusvarizen sind spezifisch über das Kreuz-Stern-System abbildbar. Siehe auch Kodierempfehlung 99.

Kodierempfehlung:	98
Schlagworte:	Sigaresektion, Resektion Dickdarm
Erstellt:	28.06.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Aufnahme zur Sigaresektion bei endoskopisch gesichertem Sigmakarzinom. 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 Descendrectostomie resultiert. Frage: Ist nur der Operationenkod 5-455.7 <i>Partielle Resektion des Dickdarmes, Sigaresektion</i> zu verwenden oder sind zusätzliche Operationenkodes für die Resektion der Anteile des Rektums und des Colon descendens zu kodieren?
Kodierempfehlung:	Eine Sigaresektion unter Mitnahme oberer oder mittlerer – jeweils intraperitoneal gelegener – Rektumanteile wird mit der Kodierung als Sigaresektion erfasst (Kode aus 5-455.7). Unter dem fünfstelligen OPS 5-455.7 <i>Sigaresektion</i> findet sich das Exklusivum <i>Sigaresektion mit Resektion von extraperitonealen Rektumanteilen (Rektosigmoidektomie) (5-484 ff.)</i> und ab 2013 das Inklusivum <i>Sigaresektion mit Resektion von intraperitonealen Rektumanteilen</i>. Diese Rektosigmoidektomie ist dann zu verschlüsseln, wenn die Resektionsebene aboral (unterhalb) der peritonealen Umschlagfalte verläuft. Die Resektion von weniger als $\frac{3}{4}$ des Colon descendens ist nach OPS 5-455.b als alleinige Sigaresektion mit 5-455.7 ff. zu kodieren.

Kodierempfehlung:	99
Schlagworte:	Ösophagusvarizen, Blutung, Leberzirrhose
Erstellt:	29.08.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Wie wird eine Ösophagusvarizenblutung bei alkoholtoxischer Leberzirrhose verschlüsselt?
Kodierempfehlung:	Als Blutungsquelle werden Ösophagusvarizen genannt. Die DKR 1105 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.- <i>Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems</i> anzugeben. Im vorliegenden Fall ist eine Leberzirrhose als Ursache der Ösophagusvarizen bekannt. Hierfür sieht die ICD die Kodierung mit I98.3* <i>Ösophagus- und Magenvarizen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, mit Angabe einer Blutung</i> gemäß dem Kreuz-Stern-System vor. Als Primärschlüssel wird bei Leberkrankheiten auf K70-K71[†] bzw. K74.-[†] verwiesen, in diesem Fall K70.3[†] <i>Alkoholische Leberzirrhose</i>. Siehe auch Kodierempfehlung 97.

Kodierempfehlung:	100
Schlagworte:	Adhäsionen, peritoneal
Erstellt:	23.11.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
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 <i>Peritoneale Adhäsionen</i> Adhäsionen im Bauchraum, z. B. auch im männlichen Becken, ausdrücklich jedoch nicht im Bereich des weiblichen Beckens, da hierfür der eigene Code N73.6 <i>Peritoneale Adhäsionen im weiblichen Becken</i> 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.: <i>Peritoneale Adhäsionen im Becken nach medizinischen Maßnahmen (N99.4)</i>. Für peritoneale Adhäsionen im Becken nach medizinischen Maßnahmen (also z. B. auch postoperativ) steht mit N99.4 ein weiterer Code zur Verfügung, der für alle Geschlechter gilt.

Kodierempfehlung:	103
Schlagworte:	Osteomyelitis, Osteosynthese
Erstellt:	29.08.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Wird die Hauptdiagnose bei stationärer Behandlung eines Patienten mit chronisch fistelnder Osteomyelitis nach osteosynthetischer Versorgung einer Beckenfraktur mit M86.45 <i>Osteomyelitis, Chronische Osteomyelitis mit Fistel, Beckenregion und Oberschenkel</i> oder T84.6 <i>Infektion und entzündliche Reaktion durch eine interne Osteosynthesevorrichtung [jede Lokalisation]</i> verschlüsselt?
Kodierempfehlung:	M86.45 ist die spezifische Diagnose-Schlüsselnummer und entsprechend DKR D015 als Hauptdiagnose zu verwenden. Siehe auch FAQ 1016 des DIMDI ab ICD-10-GM 2015. Für Fälle ab 2019 gilt: Die ICD gibt unter M86.- vor, dass bei Vorliegen einer Osteomyelitis im Rahmen einer periimplantären (implantatassoziierten) Infektion die zusätzliche Schlüsselnummer T84.6 anzugeben ist. Siehe auch Kodierempfehlung 602.

Kodierempfehlung:	104
Schlagworte:	Duodenum, Perforation, Darmnaht
Erstellt:	29.08.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Es besteht eine gedeckte Perforation des Duodenums mit der Gallenblase auf Grund 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 <i>Andere Rekonstruktion des Darmes, Naht (nach Verletzung)</i> zu kodieren?
Kodierempfehlung:	Der Prozedurenschlüssel 5-467.00 <i>Andere Rekonstruktion des Darmes, Naht (nach Verletzung)</i>, Duodenum ist zu verwenden. <u>Begründung:</u> 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:	105
Schlagworte:	TIPSS, Angioplastie, Shunt
Erstellt:	29.08.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Ein 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 bis einschließlich 2006 mit dem Prozedurenschlüssel 8-836.0x <i>Perkutan-transluminale Gefäßintervention, Angioplastie (Ballon), Sonstige</i> zu kodieren. Für Fälle ab 2007 ist 8-839.81 <i>Portosystemischer Shunt (TIPSS), perkutane (Ballon-) Angioplastie</i> zu verwenden.

Kodierempfehlung:	106
Schlagworte:	Mammakarzinom, Mammaaufbau, Latissimus dorsi-Lappen, Wiederaufnahme
Erstellt:	29.08.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
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, nach deren Abschluss die Patientin nun aktuell in eine Abteilung für Plastische Chirurgie aufgenommen wird, um einen Mammaaufbau mittels Expander und Musculus latissimus dorsi-Lappen durchzuführen. Was ist die Hauptdiagnose?
Kodierempfehlung:	Bei Aufnahme zu einer zweiten oder weiteren Operation nach dem Ersteingriff, die zum Zeitpunkt des Ersteingriffs im Rahmen der Gesamtbehandlung bereits als Folgeeingriff geplant war, wird die ursprüngliche Krankheit nach DKR D005 als Hauptdiagnose kodiert. Das gilt auch dann, wenn die ursprüngliche Krankheit nicht mehr vorhanden ist. In diesem Fall ist somit das Mammakarzinom mit einem Kode aus C50.- als Hauptdiagnose zu verschlüsseln.

Kodierempfehlung:	107
Schlagworte:	Dermektomie, Gewichtsabnahme, Plastische Chirurgie – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	29.08.2006
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	21.07.2020
Problem / Erläuterung:	Korrekte Kodierung der Hauptdiagnose bei plastisch-chirurgischen Eingriffen nach Gewichtsabnahme: Eine Patientin wird wegen "Zustand nach massiver Gewichtsabnahme mit Intertriginalekzem und ausgeprägten Hautüberschüssen" in einer Abteilung für Plastische Chirurgie behandelt. Therapeutisch erfolgt eine zirkuläre Dermektomie. Wird als Hauptdiagnose R63.4 <i>Abnorme Gewichtsabnahme</i> angegeben mit der Nebendiagnose L30.4 <i>Intertriginöses Ekzem</i> oder ist L30.4 die Hauptdiagnose?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	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. Für Fälle ab 2016 steht für den komplizierenden Folgezustand mit L98.7 <i>Überschüssige und erschlaffte Haut und Unterhaut</i> ein spezifischer Code zur Verfügung.
Entscheidung Schlichtungsausschuss	Wird ein Patient nach einer massiven Gewichtsabnahme mit Intertriginalekzem und ausgeprägten Hautüberschüssen mit einer zirkulären Dermektomie (Fettschürzenreduktion) stationär behandelt, ist als Hauptdiagnose der Code L98.7 <i>Überschüssige und erschlaffte Haut und Unterhaut</i> und als Nebendiagnose der Code L30.4 <i>Intertriginöses Ekzem</i> zu kodieren.

Kodierempfehlung:	108
Schlagworte:	Thorakoskopie, Lipom, intrathorakal
Erstellt:	29.08.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Bei einer diagnostischen Thorakoskopie wegen eines unklaren Röntgenbefundes des Thorax links basal stellte sich dieser als ein Lipom heraus, das dem Zwerchfell auflag. Keine weiteren Maßnahmen. Wie ist das Lipom als Hauptdiagnose zu verschlüsseln?
Kodierempfehlung:	Lipome sind spezifisch unter D17.- <i>Gutartige Neubildung des Fettgewebes</i> zu verschlüsseln und nicht unter D 21.- <i>Sonstige gutartige Neubildungen des Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe</i> (siehe Exklusivum unter D21.-). Somit ist das vom submesothelialen pleuralen Fettgewebe ausgehende Lipom mit D17.4 <i>Gutartige Neubildung des Fettgewebes der intrathorakalen Organe</i> als Hauptdiagnose zu verschlüsseln.

Kodierempfehlung:	109
Schlagworte:	Antikoagulation, Thromboembolieprophylaxe, Phenprocoumon, Heparin – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	23.11.2006
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	06.10.2020
Problem / Erläuterung:	Der Patient stellte sich planmäßig in der gefäßchirurgischen Sprechstunde zur Kontrolle nach Bypass-Operation bei pAVK rechts vor. Zudem Z. n. Mitral- und Aortenklappenersatz (mechanisch). Im Hinblick auf eine geplante zahnärztliche Behandlung war ambulant Phenprocoumon abgesetzt und durch Gabe eines niedermolekularen Heparins ersetzt worden. Aktuell kritischer Abfall der INR. Notfallmäßige stationäre Einweisung zur Vollheparinisierung. Was ist die Hauptdiagnose?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	Hauptdiagnose ist Z51.88 <i>Sonstige näher bezeichnete medizinische Behandlung</i> . Grund der Aufnahme ist die Thromboembolieprophylaxe im Hinblick auf das Risiko thromboembolischer Komplikationen bei mechanischem Herzklappenersatz.
Entscheidung Schlichtungsausschuss	Ein stationärer Aufenthalt eines antikoagulierten Patienten zum Zwecke einer Vollheparinisierung vor einer geplanten zahnärztlichen Behandlung (KDE-109) ist unter anderem mit folgenden Codes zu kodieren: - Z51.4 <i>Vorbereitung auf eine nachfolgende Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert</i> (Hauptdiagnose) - Z29.9 <i>Prophylaktische Maßnahme, nicht näher bezeichnet</i> (Nebendiagnose) - Z92.1 <i>Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulanzen in der Eigenanamnese</i> (Nebendiagnose)

Kodierempfehlung:	111
Schlagworte:	Diabetes, Ernährungsprobleme, Ernährungsberatung
Erstellt:	29.08.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
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 <i>Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung</i> zusätzlich als Nebendiagnose anzugeben?
Kodierempfehlung:	Das Symptom R63.3 <i>Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung</i> ist in diesen Fällen als Nebendiagnose nicht anzugeben. Die Ernährungsberatung kann mit dem OPS 9-500.0 <i>Patientenschulung, Basisschulung</i> 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.- <i>Symptome, die die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme betreffen</i> werden Bulimie o. n. A. (F50.2), Essstörungen <u>nichtorganischen</u> Ursprungs (F50.-) und Mangelernährung (E40-E46) benannt. Das heißt, das Symptom R63.3 <i>Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung</i> umfasst Ernährungsprobleme <u>organischen</u> Ursprungs. Als Exklusiva werden zusätzlich <i>Ernährungsprobleme beim Neugeborenen (P92.-)</i> und <i>Fütterstörung nichtorganischen Ursprungs beim Kleinkind (F98.2)</i> angeführt. Daraus folgt, dass R63.3 bei Diabetikern, die eine Ernährungsberatung erhalten haben, nur als Nebendiagnose angegeben werden kann, wenn dokumentiert ein <u>organisches</u> Ernährungsproblem vorliegt. Darüber hinaus muss das <u>Symptom</u> R63.3 ein eigenständiges, wichtiges Problem für die medizinische Betreuung darstellen und darf nicht eindeutig und unmittelbar Folge der zu Grunde liegenden Krankheit sein. Für Fälle ab 2010 sind die Änderungen der DKR D003 zu Symptomen als Nebendiagnosen zu berücksichtigen. Siehe auch Kodierempfehlung 525.

Kodierempfehlung:	112
Schlagworte:	Vorzeitiger Abbruch, Operation, OPS-Kode 5-995
Erstellt:	29.08.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Kann der OPS-Kode 5-995 <i>Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Eingriff nicht komplett durchgeführt)</i> 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 P004 verwendet werden?
Kodierempfehlung:	Im OPS wird im Hinweis des Kapitels <i>Zusatzinformationen zu Operationen (5-93...5-99)</i> vorgegeben, dass die entsprechenden OPS-Kodes ausschließlich zur Kodierung von Zusatzinformationen zu <u>Operationen</u> zu benutzen sind, sofern sie nicht schon im Code enthalten sind. Nach DKR P004 ist der Zusatzkode 5-995 <i>Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Eingriff nicht komplett durchgeführt)</i> nur in Verbindung mit einer Operation aus dem Kapitel 5 des OPS zu verwenden.

Kodierempfehlung:	114
Schlagworte:	Phenprocoumon, Blutung, Antikoagulation
Erstellt:	23.11.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Wie wird der medizinische Sachverhalt einer nichttraumatischen Blutung unter Therapie mit Phenprocoumon, die die stationäre Aufnahme veranlasste, kodiert?
Kodierempfehlung:	Für Fälle bis einschließlich 2015 gilt: Das konkrete Blutungsereignis, also z. B. die Hirnblutung oder das Nasenbluten, ist als Hauptdiagnose zu kodieren, optional ergänzt durch Y57.9! <i>Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen. D68.33 Sonstige Koagulopathien, Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen und Antikörper, Hämorrhagische Diathese durch Cumarine (Vitamin-K-Antagonisten)</i> ist als Nebendiagnose zu kodieren, sofern die Nebendiagnosendefinition erfüllt ist. Für Fälle ab 2016 ist die Ergänzung zur Klarstellung in DKR 1917 zu beachten. Siehe auch Kodierempfehlungen 23 und 274.

Kodierempfehlung:	115
Schlagworte:	Spreizer, interspinös
Erstellt:	23.11.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Verfahren wie z. B. X-STOP®, DIAM-Spacer® oder interspinöses U (Fixano-Spreizer®) 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. Wie ist die Implantation eines interspinösen Spreizers zu kodieren?
Kodierempfehlung:	Im Jahr 2006 steht für die Leistung ein spezifischer OPS-Code zur Verfügung: 5-830.7 <i>Implantation eines interspinösen Spreizers zur Entlordosierung</i>. Für Fälle ab 2007 steht ein Code aus 5-839.b <i>Implantation eines interspinösen Spreizers</i> zur Verfügung.

Kodierempfehlung:	117
Schlagworte:	STARR, Rektum, Exzision
Erstellt:	23.11.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
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.b0 <i>Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums, Vollwandexzision, mit Stapler, peranal, Zirkulär [Manschettenresektion]</i> kodiert. Für Fälle ab 2015 ist der Hinweis zum OPS 5-482.b0 zu beachten.

Kodierempfehlung:	119
Schlagworte:	Emphysem, COPD
Erstellt:	23.11.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
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 <i>Emphysem, nicht näher bezeichnet</i> verschlüsselt. Kann J43.9 als Nebendiagnose kodiert werden?
Kodierempfehlung:	In der ICD-10-GM werden bei J43.- <i>Emphysem</i> als Exklusivum die „Emphysembronchitis (obstruktiv) (J44.-)“ bzw. bei J44.- <i>Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit</i> im Inklusivum „emphysematös“ bzw. „mit Emphysem“ aufgeführt. Somit ist in diesem Fall J43.9 als Nebendiagnose nicht zusätzlich anzugeben. Es handelt sich <u>nicht</u> um zwei Erkrankungen, die durch ein Exklusivum voneinander abgegrenzt werden und daher verschlüsselt werden könnten.

Kodierempfehlung:	122
Schlagworte:	Blasenstein, Belastungsinkontinenz, Stressinkontinenz, TVT, Komplikation
Erstellt:	23.11.2006
Aktualisiert:	01.01.2021
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 Rezidiv-Belastungs-/Stressinkontinenz, der Blasenstein konnte nicht endoskopisch entfernt werden. Er hatte sich an dem partiell ins Blasenlumen verlagerten TVT gebildet. Therapeutisch erfolgte deshalb die Sectio alta mit TVT- und Blasensteinentfernung und eine Suspensionsoperation nach Burch. Was ist die Hauptdiagnose und wie ist sie zu verschlüsseln?
Kodierempfehlung:	Die Einweisung und Aufnahme erfolgte primär zur Entfernung eines wandständigen Blasensteines, der deshalb mit N21.0 <i>Stein in der Harnblase</i> als Hauptdiagnose zu verschlüsseln ist. Als Nebendiagnose kann neben N39.3 <i>Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz]</i> auch T83.8 <i>Sonstige Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Urogenitaltrakt</i> kodiert werden. Für Fälle ab 2010 ist zusätzlich der Code N39.47! <i>Rezidivinkontinenz</i> zu verschlüsseln. Hinweis: Seit dem Jahr 2012 findet sich T83.8 nicht mehr in der CCL-Matrix.

Kodierempfehlung:	128
Schlagworte:	Bronchoskopie, Bronchoalveoläre Lavage, BAL
Erstellt:	25.04.2007
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Wann sind die Bedingungen für die Kodierung des OPS 1-620.01 <i>Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument, mit bronchoalveolärer Lavage</i> 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 <i>Diagnostische Aspiration aus dem Bronchus</i> kodiert. Zwei Voraussetzungen für die Kodierung des OPS 1-620.01 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 1-620.01 setzt die aufwändige Materialgewinnung nach der beschriebenen Technik und eine gezielte weiterführende Diagnostik der BAL-Flüssigkeit voraus. Siehe auch Kodierempfehlung 164.

Kodierempfehlung:	129
Schlagworte:	Blutungsanämie, Gastroskopie, Blutkonserven – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	23.11.2006
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	16.12.2020
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 <i>Akute Blutungsanämie</i> als Nebendiagnose?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	Das prophylaktische Bereitstellen von Blutkonserven bei einer Notfallgastroskopie rechtfertigt nicht die Kodierung von D62 <i>Akute Blutungsanämie</i> . Die Kontrolle des abnormen Hb-Wertes rechtfertigt laut DKR D003 (abnorme Befunde) nicht die Kodierung von D62.
Entscheidung Schlichtungsausschuss	In dem beschriebenen Fall (KDE-129), bei dem der Patient wegen einer vermuteten gastrointestinalen Blutung aufgenommen wird und bei einer Notfall-Gastroskopie eine Magenblutung festgestellt wird, für den Patienten 4 Blutkonserven gekreuzt, laborchemisch eine Anämie gesichert, eine Hb-Kontrolle durchgeführt, aber die Blutkonserven während des stationären Aufenthaltes nicht gegeben werden und auch sonst keine Behandlung der Anämie, z.B. keine Eisenmedikation erfolgt, kann u. a. der Kode D62 <i>Akute Blutungsanämie</i> als Nebendiagnose kodiert werden.
Kommentar SEG 4 zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses	Gemäß der Entscheidung des Schlichtungsausschusses ist das Kreuzen von Blutkonserven bei Vorliegen einer Notfallsituation und einer vermuteten oder aktiven Blutung mit nachgewiesener Anämie nachvollziehbar, so dass in diesem Fall D62 <i>Akute Blutungsanämie</i> kodiert werden kann. Die routinemäßige prophylaktische Bereitstellung von Blutkonserven ist nicht kodierfähig.

Kodierempfehlung:	132
Schlagworte:	Schlafapnoesyndrom, SAS, Restless-legs-Syndrom, RLS, Polysomnografie
Erstellt:	25.04.2007
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Aufnahme eines Patienten zur Polysomnografie mit Verdacht auf 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 Polysomnografie durchgeführt. Was ist die Hauptdiagnose? Was ist Nebendiagnose?
Kodierempfehlung:	Hauptdiagnose ist G 47.31 <i>Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom</i> , da Anlass der stationären Diagnostik der Verdacht auf 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 G25.81 <i>Syndrom der unruhigen Beine [Restless-legs-Syndrom]</i> liegt gleichzeitig vor und erfüllt die Nebendiagnosendefinition.

Kodierempfehlung:	134
Schlagworte:	Rektumkarzinom, Enterokolitis, Malignom, Hauptdiagnose – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	26.06.2007
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	06.10.2020
Problem / Erläuterung:	Patient mit einem Rektumkarzinom, Zustand nach 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 die Hauptdiagnose?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	Bis zum Beschluss des Schlichtungsausschusses Bund gemäß § 17c Abs. 3 KHG – Aktenzeichen 01/2015 – gilt: Die stationäre Aufnahme erfolgte wegen der Enterokolitis nach Chemotherapie und wird nach DKR 0201 („War der Aufnahmegrund weder die maligne Erkrankung noch die Chemotherapie, so ist die Hauptdiagnose gemäß DKR D002 <i>Hauptdiagnose</i> zu wählen“) mit K52.1 <i>Toxische Gastroenteritis und Kolitis</i> angegeben. Zur weiteren Spezifizierung kann als Nebendiagnose Y57.9! <i>Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen</i> hinzu kodiert werden. Ab dem Beschluss des Schlichtungsausschusses Bund gemäß § 17c Abs. 3 KHG – Aktenzeichen 01/2015 – gilt: Die stationäre Aufnahme erfolgte wegen der Enterokolitis nach Chemotherapie, die behandelt wurde. Da weitere diagnostische und therapeutische Maßnahmen in direktem Zusammenhang mit der Tumorerkrankung durchgeführt wurden, ist in diesem Fall C20 <i>Bösartige Neubildung des Rektums</i> als Hauptdiagnose anzugeben.

Entscheidung Schlichtungsausschuss	In dem beschriebenen Fall des Patienten (KDE-134) mit Rektumkarzinom, Z.n. Operation und Radiochemotherapie, ambulanter Durchführung einer palliativen Chemotherapie mit FUFOX (5 FU, Folinsäure und Oxaliplatin), der drei Tage nach der Chemotherapie mit einer massiven Enterokolitis als Nebenwirkung auf die Chemotherapie aufgenommen und symptomatisch mit parenteraler Ernährung, prophylaktischer Antibiotika- und Antiemetikagabe sowie Schmerzmedikation bei Hüftschmerzen und Transfusion von zwei Erythrozytenkonzentraten bei Tumoranämie behandelt wird und bei dem zusätzlich ein MRT der Hüfte bei Verdacht auf Metastase durchgeführt wird, welche sich nicht bestätigte, ist für die Auswahl der Hauptdiagnose der Beschluss des Schlichtungsausschusses Bund alter Fassung vom 04.07.2016 anzuwenden. Demnach gilt: <i>„Wird bei einem Patienten – mit zum Zeitpunkt der Aufnahme bekanntem Malignom und bevor die Malignom-Behandlung endgültig abgeschlossen ist – während des stationären Aufenthaltes ausschließlich eine einzelne Erkrankung (oder Komplikation) als Folge einer Tumorthherapie oder eines Tumors behandelt, wird in diesem Fall die behandelte Erkrankung als Hauptdiagnose angegeben und der Tumor als Nebendiagnose.</i> <i>Hiervon ausgenommen sind solche Fälle, bei denen weitere diagnostische oder therapeutische Maßnahmen in direktem Zusammenhang mit der Tumorerkrankung durchgeführt werden.“</i> In dem beschriebenen Fall ist das Rektumkarzinom mit dem Code C20 <i>Bösartige Neubildung des Rektums</i> als Hauptdiagnose zu kodieren.
---	---

Kodierempfehlung:	136
Schlagworte:	Hüftdysplasie, Neugeborene
Erstellt:	12.03.2007
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Wie ist die Hüftgelenksdysplasie (Q65.-) beim Neugeborenen zu kodieren?
Kodierempfehlung:	Meistens ist die Hüftdysplasie mit ICD Q65.8 (umfasst ausdrücklich auch die angeborene Azetabulumdysplasie) adäquat abgebildet. Im Zweifel ist der Hüft-Sonografie-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 Hüftsonografie. Die frühzeitige Diagnose und Therapie verhindert die (Sub-) Luxation. Therapeutisch wird funktionelle Abspreizbehandlung durch breites Wickeln (ab Stadium IIa nach Graf) bis zum 2. Monat, danach Spreizhose (Stadium IIb - evtl. III), empfohlen unter klinischer/sonografischer/ggf. röntgenologischer Kontrolle. Die Einteilung der Hüftgelenkreifung erfolgt z. B. nach Graf (siehe folgende Tabelle):

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/d:	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 (sonografisch Typ III oder IV nach Graf).

Bei Typ II c/d 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:	137
Schlagworte:	Echokardiografien, ECHO, Zufallsbefund
Erstellt:	12.03.2007
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Im klinischen Alltag werden Echokardiografien 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 Echokardiografie 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 Echokardiografie 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 Echokardiografie) durchgeführt wird. Hier ist eine eindeutige Dokumentation aber zwingend notwendig. Auch die medizinisch indizierte echokardiografische Verlaufskontrolle eines bereits bekannten Befundes ist als Aufwand im Sinne der Nebendiagnosendefinition zu werten. Siehe auch DKR D003, Abschnitt "Abnorme Befunde".

Kodierempfehlung:	138
Schlagworte:	PEG-Sonde, Demenz, Essstörung
Erstellt:	12.03.2007
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Eine 85-jährige Patientin wird zur Anlage einer PEG-Sonde geplant stationär aufgenommen. Bedingt durch eine bekannte dementielle Erkrankung liegt eine Essverweigerung mit drohendem Energie- und Eiweißmangel vor. Als Hauptdiagnose wird F50.8 <i>Sonstige Essstörungen</i> angegeben. Ist die Hauptdiagnose korrekt?
Kodierempfehlung:	Im oben genannten Fall liegt dem Symptom der Essverweigerung, das die PEG-Sondenanlage veranlasst, die dementielle Erkrankung (<u>organisch</u> bedingte zerebrale Erkrankung) zu Grunde. Die Demenz wird während des stationären Aufenthaltes nicht behandelt. Bis 2009 ist R63.3 <i>Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung</i> als Hauptdiagnose anzugeben. Für Fälle ab 2010 ist R63.6 <i>Ungenügende Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit infolge Vernachlässigung der eigenen Person</i> als Hauptdiagnose anzugeben. Für Fälle ab 2017 lautet der Kode R63.6 <i>Ungenügende Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit</i>. Eine Essstörung <u>nichtorganischen</u> Ursprungs (F50.-) ist im oben genannten Fall nicht bestätigt.

Kodierempfehlung:	139
Schlagworte:	Prozedur, Abbruch
Erstellt:	12.03.2007
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Eine Patientin wird notfallmäßig auf Grund einer medialen Schenkelhalsfraktur stationär aufgenommen. Am Folgetag soll eine zementierte 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 P004 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 reicht/reichen deshalb nicht aus, um den entsprechenden Prozedurenkode anzugeben. Deshalb ist in diesem Fall der OPS-Kode 5-820.41 <i>Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk, Duokopfprothese, zementiert</i> in Verbindung mit dem Zusatzkode 5-995 <i>Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Eingriff nicht komplett durchgeführt)</i> nicht anzugeben.

Kodierempfehlung:	140
Schlagworte:	Thrombose, Verschluss, thrombotisch, Prothesenbypass
Erstellt:	12.03.2007
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Wie ist der thrombotische Verschluss eines femoro-poplitealen Prothesenbypasses zu kodieren?
Kodierempfehlung:	Der zutreffende ICD-Kode für Gefäßprothesenverschlüsse lautet T82.8 <i>Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen.</i>

Kodierempfehlung:	141
Schlagworte:	Thrombektomie, Prothesenbypass
Erstellt:	12.03.2007
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Wie ist die Thrombektomie eines femoropoplitealen Prothesenbypasses zu kodieren?
Kodierempfehlung:	Der OPS-Kode 5-380.73 <i>Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen, Arterien Oberschenkel, Gefäßprothese</i> ist zutreffend.

Kodierempfehlung:	142
Schlagworte:	Alkoholabhängigkeit, Alkohol, Abhängigkeit, Abstinenz
Erstellt:	25.04.2007
Aktualisiert:	01.01.2021
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 <i>Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom</i> als Nebendiagnose anzugeben?
Kodierempfehlung:	Wenn keine diesbezüglichen spezifischen Maßnahmen erfolgen, kann bei einem alkoholabstinenten Patienten der ICD-Kode F10.2 <i>Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom</i> nicht als Nebendiagnose angegeben werden. Alkoholassoziierte Folgeerkrankungen sind als Nebendiagnose spezifisch zu verschlüsseln, sofern sie relevant i. S. der DKR/DKR-Psych sind.

Kodierempfehlung:	143
Schlagworte:	Ösophaguskarzinom, Tumorstenose, Malignom, Hauptdiagnose
Erstellt:	25.04.2007
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Ein im Krankenhaus bekannter Patient wurde in schlechtem AZ mit bekanntem inoperablem Ösophaguskarzinom aufgenommen mit tumorbedingter Ösophagusstenose. Therapie: Ösophagusbougie. Entlassung des Patienten am Folgetag ohne weitere Maßnahmen. Was ist die 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.- <i>Bösartige Neubildung des Ösophagus</i> als Hauptdiagnose zu verschlüsseln. Siehe auch Kodierempfehlung 84.

Kodierempfehlung:	144
Schlagworte:	Coxarthrose, Antiluxationsinlay, Totalendoprothese
Erstellt:	25.04.2007
Aktualisiert:	01.01.2021
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 <i>Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk, Totalendoprothese, nicht zementiert</i> der Kode 5-820.50 <i>Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk, Gelenkpfannenstützschale, nicht zementiert</i> verschlüsselt werden?
Kodierempfehlung:	Das Antiluxationsinlay ist kein Antiluxationspfannenrand. Somit ist der OPS-Kode 5-820.50 nicht zusätzlich kodierbar.

Kodierempfehlung:	145
Schlagworte:	Aneurysma, angeboren, Nachuntersuchung
Erstellt:	25.04.2007
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Nachuntersuchung nach Coiling eines angeborenen Aneurysmas der intrakraniellen A. carotis interna vor dem Ophthalmicaabgang. Angiografie mit Nachweis einer minimalen Reperfusion am Aneurysmahals. Was ist die Hauptdiagnose, Z09.88 <i>Nachuntersuchung nach sonstiger Behandlung wegen anderer Krankheitszustände</i> oder ein Kode aus Q28.- <i>Sonstige angeborene Fehlbildungen des Kreislaufsystems?</i>
Kodierempfehlung:	Da eine Diagnostik des zwar funktionell ausgeschalteten, aber noch vorhandenen Aneurysmas 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:	146
Schlagworte:	Heimbeatmung, Tracheotomie, Beatmungsstunden, intensivmedizinisch versorgt
Erstellt:	26.06.2007
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Ein heimbeatmeter, tracheotomierter Patient mit bekannter amyotropher Lateralsklerose ohne suffiziente Spontanatmung wird wegen Bauchschmerzen 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. Dies bedeutet, dass die Beatmungszeiten nur zu erfassen sind, wenn es sich im Einzelfall um einen "intensivmedizinisch versorgten Patienten" handelt. Für Fälle ab 2020 sind die Änderungen der DKR 1001 zur maschinellen Beatmung zu berücksichtigen. Siehe auch Kodierempfehlung 75 sowie DKR 1001 (ab 2009).

Kodierempfehlung:	147
Schlagworte:	Myom, Schwangerschaft, Sectio caesarea
Erstellt:	25.04.2007
Aktualisiert:	01.01.2021
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 <i>Betreuung der Mutter bei Tumor des Corpus uteri</i> ND: Z37.-! <i>Resultat der Entbindung (ggf.)</i> O09.-! <i>Schwangerschaftsdauer</i> D25.- <i>Leiomyom des Uterus</i> OPS: ggf. geburtshilfliche Prozedurenkodes, z. B. für Sectio Geburtshindernis durch Myome: HD: O65.5 <i>Geburtshindernis durch Anomalie der mütterlichen Beckenorgane</i> ND: Z37.-! <i>Resultat der Entbindung</i> O09.-! <i>Schwangerschaftsdauer</i> D25.- <i>Leiomyom des Uterus</i> OPS: ggf. geburtshilfliche Prozedurenkodes, z. B. für Sectio Die Schwangerschafts-/Geburtsproblematik ist Hauptdiagnose, während die Art der Problematik in der Nebendiagnose konkretisiert wird. Für die Differenzierung und Kodierung der Sectio ist DKR 1525 <i>Primärer und sekundärer Kaiserschnitt</i> zu beachten.

Kodierempfehlung:	149
Schlagworte:	Nebenniere, Punktion, transgastral, endosonographisch – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	25.04.2007
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	21.07.2020
Problem / Erläuterung:	Bei Tumorverdacht erfolgte eine endosonographisch gesteuerte, transgastrale Punktion der Nebenniere. Welcher OPS-Code ist für die erbrachte Leistung zu verwenden?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	Bis 2009 gab es keinen spezifischen OPS-Code für diese Leistung. Die Prozedur konnte mit 1-859.x <i>Andere diagnostische Punktion und Aspiration: Sonstige</i> verschlüsselt werden. Ab 2010 kann die Prozedur mit 1-408.0 <i>Endosonographische Biopsie an endokrinen Organen, Nebenniere</i> kodiert werden (eine Endosonografie ist gesondert zu kodieren mit OPS 3-05a).
Entscheidung Schlichtungsausschuss	Eine endosonographisch gesteuerte transgastrale diagnostische Punktion der Nebenniere ist mit den folgenden Codes 1-631.- Diagnostische Ösophagogastroskopie (zutreffender Code ist auszuwählen) 1-408.0 ↔ Endosonographische Biopsie an endokrinen Organen, Nebenniere 3-05a Endosonographie des Retroperitonealraumes zu kodieren.

Kodierempfehlung:	150
Schlagworte:	Leistenhoden, Nierenkolik – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	25.04.2007
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	21.07.2020
Problem / Erläuterung:	Ein 32-jähriger Patient sucht auf Grund linksseitiger Flankenschmerzen eine urologische Klinik auf. Bei der Aufnahmeuntersuchung stellt der Urologe, neben einer leichtgradigen Mikrohämaturie und einer sonografisch nachweisbaren linksseitigen Nierenektasie, eine tastbare, druckschmerzhaft Resistent 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. Auf Grund einer möglichen Entartungsgefahr wird der Leistenhoden im Rahmen des stationären Aufenthaltes operativ entfernt. Was ist die Hauptdiagnose, Q53.1 <i>Nondescensus testis, einseitig</i> oder N20.1 <i>Ureterstein</i>?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	Zum Zeitpunkt der Entscheidungsfindung des Krankenhausarztes bestanden zwei behandlungspflichtige Krankheitsbilder. Nach DKR D002 <i>Zwei oder mehr Diagnosen, die gleichermaßen der Definition der Hauptdiagnose entsprechen</i> „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 <i>Nondescensus testis, einseitig</i>.
Entscheidung Schlichtungsausschuss	In dem vorliegenden Fall ist für die Kodierung der Hauptdiagnose die nachfolgende Regel aus der DKR D002 Hauptdiagnose, Abschnitt „Zwei oder mehr Diagnosen, die gleichermaßen der Definition der Hauptdiagnose entsprechen“ anzuwenden. „Wenn bei der Aufnahme in ein Krankenhaus zwei oder mehrere, versorgungsbedürftige Erkrankungen vorliegen, gilt gemäß DKR D002

	Abschnitt Zwei oder mehr Diagnosen, die gleichermaßen der Definition der Hauptdiagnose entsprechen, dass vom behandelnden Arzt entschieden werden muss, welche Diagnose am besten der Hauptdiagnosen-Definition entspricht. Nur in diesem Fall ist vom behandelnden Arzt diejenige auszuwählen, die für Untersuchung und/oder Behandlung die meisten Ressourcen verbraucht hat. Hierbei ist es unerheblich, ob die beiden Diagnosen zusammenhängen oder nicht.“ Die Hauptdiagnose ist danach abhängig vom Ressourcenverbrauch zu kodieren, welcher sich jedoch an Hand der hier zum Sachverhalt vorliegenden Informationen allein nicht bestimmen lässt.
Kommentar SEG 4 zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses	Im Einzelfall liegen anhand der Krankenakte mehr Informationen vor, so dass der Ressourcenverbrauch der operativen Maßnahme (z.B. OP-Bereich, Anästhesie) dem Ressourcenverbrauch der konservativen Behandlung (z.B. Radiologische Diagnostik) gegenübergestellt werden kann.

Kodierempfehlung:	151
Schlagworte:	Kreuzbandplastik, Spongiosatransplantat
Erstellt:	25.04.2007
Aktualisiert:	01.01.2021
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 Bohrkanaal gewonnen wurde. Ist es korrekt, dass neben dem OPS für die vordere Kreuzbandersatzplastik (5-813.4 <i>Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes, Plastik vorderes Kreuzband mit sonstiger autogener Sehne</i>) 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 oben genannten OPS der Kreuzbandersatzoperation enthalten (siehe auch Hinweis unter OPS-Kode 5-784).

Kodierempfehlung:	153
Schlagworte:	Neurologische Komplexbehandlung, TIA
Erstellt:	25.04.2007
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Kann der OPS 8-981.0 <i>Neurologische Komplexbehandlung des <u>akuten Schlaganfalls</u>, mindestens 24 bis höchstens 72 Stunden</i> in Kombination mit dem ICD-Kode G45.92 <i>Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden</i> verschlüsselt werden?
Kodierempfehlung:	Wurde der Leistungsinhalt des OPS-Kodes erbracht, kann 8-981.0 <i>Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mindestens 24 bis höchstens 72 Stunden</i> kodiert werden (ab 2009 wird durch einen Hinweis zu diesem Code klargestellt, dass der Code auch bei Vorliegen einer TIA angegeben werden kann). Ab 2021 ist eine grundlegende Neustrukturierung des Codebereiches erfolgt.

Kodierempfehlung:	154
Schlagworte:	Harninkontinenz, Dauerkatheter
Erstellt:	25.04.2007
Aktualisiert:	01.01.2021
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 <i>Versorgen mit und Anpassen eines Gerätes im Harntrakt</i> oder Z97.8 <i>Vorhandensein sonstiger und nicht näher bezeichneter medizinischer Geräte oder Hilfsmittel</i>) 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 <i>Versorgen mit und Anpassen eines Gerätes im Harntrakt</i> oder Z97.8 <i>Vorhandensein sonstiger und nicht näher bezeichneter medizinischer Geräte oder Hilfsmittel</i>) 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 <i>Versorgen mit und Anpassen eines Gerätes im Harntrakt</i> oder Z97.8 <i>Vorhandensein sonstiger und nicht näher bezeichneter medizinischer Geräte oder Hilfsmittel</i>) als Nebendiagnose zu kodieren?
Kodierempfehlung:	Für alle drei Fallkonstellationen: R32 <i>Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz</i> wird als Nebendiagnose kodiert. Es ist ein Aufwand gemäß DKR D003 dokumentiert und die Harninkontinenz besitzt eine in DKR 1804 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:	157
Schlagworte:	Vorhofflimmern, Antikoagulation
Erstellt:	25.04.2007
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Ein Patient wird zur Leistenhernienoperation aufgenommen. Es besteht eine medikamentöse Antikoagulation mit Phenprocoumon wegen chronischen Vorhofflimmerns. Was ist Nebendiagnose?
Kodierempfehlung:	I48.11 <i>Vorhofflimmern, chronisch</i> 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. Für Fälle ab 2013 ist nach ICD-10-GM die Art des Vorhofflimmerns in paroxysmal, persistierend oder permanent über die 4. Stelle zu differenzieren. Siehe auch Kodierempfehlung 304.

Kodierempfehlung:	158
Schlagworte:	Carotisstenose, Thrombozytenaggregationshemmung
Erstellt:	25.04.2007
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Ein Patient wird zur stationären Behandlung wegen Angina pectoris aufgenommen. Wegen einer bekannten Carotisstenose wird die häusliche Medikation von ASS/Clopidogrel fortgeführt. Was ist Nebendiagnose?
Kodierempfehlung:	I65.2 <i>Verschluss und Stenose der A. carotis</i> 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. Siehe auch Kodierempfehlung 304.

Kodierempfehlung:	159
Schlagworte:	Vorhofseptumdefekt, Foramen ovale, Neugeborene
Erstellt:	26.06.2007
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Ein Neugeborenes wurde wegen einer Hypoglykämie stationär aufgenommen. Wegen kurzzeitiger Atempausen im Rahmen des stationären Aufenthaltes erfolgte eine Polysomnografie, die einen Normalbefund ergab. Infolge eingeschränkter Sauerstoffsättigung führte man eine Echokardiografie durch, die ein „persistierendes Foramen ovale im Verschluss“ zeigte. Kann als Nebendiagnose Q21.1 <i>Vorhofseptumdefekt</i> 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 Nebendiagnose mit Q21.1 verschlüsselt werden, wenn es Krankheitswert besitzt und Anlass zur weiterführenden Diagnostik oder Therapie ist. Dies ist im vorliegenden Fall nicht gegeben.

Kodierempfehlung:	160
Schlagworte:	Kompartmentsyndrom, abdominelles
Erstellt:	26.06.2007
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Wie ist ein abdominales Kompartmentsyndrom (anhaltend erhöhter intraabdomineller Druck mit Organfunktionsstörungen) infolge einer Peritonitis zu kodieren? Trifft der ICD-Kode T79.6 <i>Traumatische Muskelischämie</i> hier zu?
Kodierempfehlung:	Eine traumatische Muskelischämie entsprechend der ICD T79.6 hatte nicht vorgelegen. Ein abdominales Kompartmentsyndrom, ob traumatischer oder anderer Genese, ist nicht durch einen spezifischen ICD-Schlüssel kodierbar. Kodiert werden können Ausgangs- bzw. Folgeerkrankungen desselben. Für Fälle ab 2016 gilt: Das abdominale Kompartmentsyndrom ist mit R19.80 <i>Sonstige näher bezeichnete Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen, Abdominales Kompartmentsyndrom</i> zu verschlüsseln. Die zugrunde liegenden Zustände werden mit zusätzlichen Schlüsselnummern kodiert.

Kodierempfehlung:	161
Schlagworte:	Struma nodosa, Schilddrüsenkarzinom, Befunde nach Entlassung, Hauptdiagnose
Erstellt:	26.06.2007
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Stationäre Behandlung mit subtotaler Schilddrüsen-Resektion beidseits am Aufnahmetag wegen beidseitiger Struma nodosa. Entlassung am zweiten postoperativen 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 die Hauptdiagnose?
Kodierempfehlung:	Auch wenn es sich nur um einen nicht erwarteten Befund handelte, der das Behandlungsgeschehen nicht beeinflusste, ist C73 <i>Bösartige Neubildung der Schilddrüse</i> Hauptdiagnose, da das Schilddrüsenkarzinom die Indikation zur Operation, sozusagen als Teil der die Operation indizierenden Knotenbildung, mitbestimmte. Nach DKR D002 sind für die Abrechnung relevante Befunde, die nach der Entlassung eingehen, für die Kodierung heranzuziehen.

Kodierempfehlung:	162
Schlagworte:	Verätzung, Verbrennung
Erstellt:	26.06.2007
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Verätzung durch Lauge im Bereich Mund, Rachen, Ösophagus, Magenkorpus. Kann zusätzlich zu den einzelnen Codes aus T28.- <i>Verbrennung oder Verätzung sonstiger innerer Organe</i> noch ein Code aus T29.- <i>Verbrennungen oder Verätzungen mehrerer Körperregionen</i> 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:	163
Schlagworte:	Vergiftung, Schock, Manifestation, Hauptdiagnose
Erstellt:	26.06.2007
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Ein junger Patient wird nach Vergiftung mit Kokain im kardiogenen Schock (EF 15 %) stationär aufgenommen. Was ist die Hauptdiagnose?
Kodierempfehlung:	Laut DKR 1916 ist die Vergiftung mit T40.5 <i>Vergiftung durch Betäubungsmittel und Psychodysleptika [Halluzinogene], Kokain</i> Hauptdiagnose. Zusätzlich ist die Manifestation als Nebendiagnose mit R57.0 <i>Kardiogener Schock</i> zu kodieren. Für Fälle ab 2012 sind die Änderungen der DKR 1916 zu berücksichtigen. Ab 2012 ist R57.0 Hauptdiagnose und zusätzlich die Vergiftung mit T40.5 als Nebendiagnose zu kodieren. Siehe auch Kodierempfehlung 14.

Kodierempfehlung:	164
Schlagworte:	Bronchien, Spülung, Lavage
Erstellt:	26.06.2007
Aktualisiert:	01.01.2021
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 8-173.0 <i>Therapeutische Spülung (Lavage) der Lunge und der Pleurahöhle, Lunge</i> 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 <i>Therapeutische Spülung (Lavage) der Lunge und der Pleurahöhle</i> wird als Exklusivum die Bronchiallavage (ohne OPS-Kode) aufgeführt und der Hinweis gegeben, dass der OPS 8-173.0 <i>Therapeutische Spülung (Lavage) der Lunge und der Pleurahöhle, Lunge</i> 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 1-620.00 <i>Diagnostische Tracheobronchoskopie, mit flexiblem Instrument, ohne weitere Maßnahmen</i> anzugeben. Ein spezifischer OPS für die oben beschriebene Spülung zur Sekretverflüssigung existiert nicht. Bei Kodierung des OPS 8-173.0 <i>Therapeutische Spülung (Lavage) der Lunge und der Pleurahöhle, Lunge</i> sind o. g. Kriterien wie Narkose, große Bronchialspülvolumina und längere Untersuchungsdauer zu fordern. Siehe auch Kodierempfehlung 128.

Kodierempfehlung:	165
Schlagworte:	Neugeborenes, Atemnotsyndrom, Respiratorisches Versagen
Erstellt:	30.10.2007
Aktualisiert:	01.01.2021
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 <i>Atemnotsyndrom [Respiratory distress syndrome] des Neugeborenen</i> wurde als zu Grunde liegende 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 <i>Respiratorisches Versagen beim Neugeborenen</i> als Nebendiagnose zu kodieren. Hinweis: Auch wenn sich P28.5 <i>Respiratorisches Versagen beim Neugeborenen</i> als Exklusivum unter der Überschrift der ICD-Kategorie P22.- <i>Atemnot [Respiratory distress] beim Neugeborenen</i> 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 zu Grunde liegenden Erkrankung vergesellschaftet ist und stellt in diesem Fall ein eigenständiges wichtiges Problem dar (Beatmungspflicht). Für Fälle ab 2010 sind die Änderungen der DKR D003 zu Symptomen als Nebendiagnosen zu berücksichtigen.

Kodierempfehlung:	166
Schlagworte:	Erbrechen, postoperativ, PONV
Erstellt:	26.06.2007
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Ist postoperatives Erbrechen mit T88.5 <i>Sonstige Komplikationen infolge Anästhesie</i> 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, Opioide 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 <i>Erbrechen nach gastrointestinalem chirurgischem Eingriff</i>. Bei gynäkologisch-laparoskopischen und Strabismus-Operationen: R11 <i>Übelkeit und Erbrechen</i> und optional Y84.9! <i>Zwischenfälle durch medizinische Maßnahmen, nicht näher bezeichnet</i>. In allen anderen Fällen wird die Nebenwirkung der Narkosemittel nach DKR 1917 mit R11 <i>Übelkeit und Erbrechen</i> und optional Y57.9! <i>Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen</i> verschlüsselt.

Kodierempfehlung:	167
Schlagworte:	Multiple Komplexbehandlung, 8-981.1, 8-550.1
Erstellt:	21.08.2007
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Können die Prozeduren: 8-981.1 <i>Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden</i> 8-550.1 <i>Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung, mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten</i> parallel kodiert werden?
Kodierempfehlung:	Zwei verschiedene Komplexbehandlungen können parallel kodiert werden, wenn alle Leistungsmerkmale für beide Codes jeweils erfüllt und erbracht sind, wobei eine Therapieeinheit für mehrere Komplexbehandlungen angerechnet werden kann (siehe Kodierfrage OPS-8015 BfArM). Ab 2021 ist eine grundlegende Neustrukturierung des Codebereiches erfolgt.

Kodierempfehlung:	168
Schlagworte:	Lumboischialgie, Osteochondrose, Rückenschmerzen – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	21.08.2007
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	15.10.2020
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 die Hauptdiagnose?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	Als Hauptdiagnose ergibt sich M54.4 <i>Lumboischialgie</i> . Die Lumboischialgie wurde als eigenständiges Krankheitsbild behandelt und war Aufnahmegrund.
Entscheidung Schlichtungsausschuss	In dem beschriebenen Fall (KDE-168), bei dem der Patient mit in das Bein ausstrahlenden heftigen Rückenschmerzen im Sinne einer Lumboischialgie aufgenommen wird und sich radiologisch eine leicht ausgeprägte Osteochondrose im LWS-Bereich findet, worauf der Patient insgesamt mit einer intensiven Physiotherapie, Analgetika und Infiltrationen behandelt wird, ist die Lumboischialgie als Hauptdiagnose zu kodieren.

Kodierempfehlung:	169
Schlagworte:	Sehne, Ruptur, Rheuma
Erstellt:	21.08.2007
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Eine Patientin wird wegen einer nicht frischen Spontanruptur der Extensor pollicis longus-Sehne bei rheumatoider Arthritis stationär behandelt. Es erfolgt die Indicis-Transposition. Das bis zur Aufnahme eingenommene Methotrexat wird abgesetzt. Was ist die 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- <i>Spontanruptur von Strecksehnen</i> (5. Stelle 3 oder 4, je nach Lokalisation).

Kodierempfehlung:	170
Schlagworte:	Hypoglykämie, Wahrnehmungsstörung, autonome Neuropathie, Diabetes
Erstellt:	21.08.2007
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Aufnahme wegen hypoglykämischen Komas 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- <i>Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen.</i> E11.4-† <i>Diabetes mellitus, Typ 2: Mit neurologischen Komplikationen</i> und G99.0* <i>Autonome Neuropathie bei endokrinen und Stoffwechselkrankheiten</i> werden als Nebendiagnosen kodiert. Siehe auch Kodierempfehlungen 9, 35, 56, 408, 458, 578, 579 und 600.

Kodierempfehlung:	171
Schlagworte:	PEG, Dysphagie, Ernährungsprobleme
Erstellt:	21.08.2007
Aktualisiert:	01.01.2021
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 <i>Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung</i> 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 zu Grunde liegenden Erkrankung bedarf. Für Fälle ab 2010 sind die Änderungen der DKR D003 zu Symptomen als Nebendiagnosen zu berücksichtigen. In Fallkonstellation 1 ist R13.9 <i>Sonstige und nicht näher bezeichnete Dysphagie</i> der zutreffende Code. In Fallkonstellation 2 ist R63.3 <i>Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung</i> der zutreffende Code.

Kodierempfehlung:	172
Schlagworte:	Angina pectoris, Ischämie
Erstellt:	21.08.2007
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Ein Patient wird mit pectanginösen Beschwerden aufgenommen. Bekannt sind Hypertonie und Diabetes mellitus. In der nachfolgenden Koronarangiografie 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. Was ist die Hauptdiagnose?
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:	173
Schlagworte:	Thrombozytenkonzentrate, gepoolte, Anzahl
Erstellt:	17.06.2008
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Stationäre Aufnahme zur Transfusion bei symptomatischer Thrombozytopenie (Thrombozyten 10.000/ μ l, Petechien). Grunderkrankung Weichteilsarkom, intensive Chemotherapie vor einer Woche. Verabreicht werden drei gepoolte Thrombozytenkonzentrate à 280 ml. Zur Herstellung der Präparate wurden von der Blutbank sechs Einzelspenderpräparate (aus AB0-blutgruppengleichen Buffy coats) à 45 ml eingesetzt. Wie ist die Menge der verabreichten Konzentrate korrekt zu verschlüsseln?
Kodierempfehlung:	Bis einschließlich 2008 gilt: Die Gabe von Thrombozytenkonzentraten ist entsprechend der tatsächlich verabreichten Menge von Transfusionseinheiten (TE) zu verschlüsseln. Für die Herstellung von Thrombozytenkonzentraten bestehen entsprechende Richtlinien, die Mindestmengen an wirksamen Bestandteilen (Thrombozyten) und ein Mindestvolumen vorschreiben. Für Einzelspender-Thrombozytenkonzentrate sind diese Mindestmengen sowohl $> 60 \times 10^9$/Einheit für die Thrombozyten als auch > 40 ml für das Volumen. Dieses entspricht einer Transfusionseinheit. Pool-Thrombozytenkonzentrate enthalten meist das Vierfache dieser Mindestmengen von Einzelspender-Thrombozytenkonzentraten. Erfüllt ein Pool-Konzentrat diese Voraussetzungen, wäre seine Gabe entsprechend 4 Transfusionseinheiten (TE) zu zählen. Für die Bemessung der Transfusionseinheiten (TE) ist also nicht alleine das Volumen des Pool-Konzentrates, sondern auch die Menge der darin enthaltenen Thrombozyten ausschlaggebend (siehe Mindestmengendefinition). Somit kann im vorliegenden Fall die Gabe von drei Pool-Thrombozytenkonzentraten à 280 ml Volumen (entspricht jeweils 6 Transfusionseinheiten [TE], insgesamt also 18 TE) mit dem OPS-Code 8-800a4 <i>Thrombozytenkonzentrat, 16 TE bis unter 24 TE</i> verschlüsselt und dem ZE 83.03 zugeordnet werden. Voraussetzung ist, dass auch $> 60 \times 10^9$ Thrombozyten je Einzelspender-Thrombozytenkonzentrat enthalten sind (siehe Mindestmengendefinition).

Bestehen Zweifel bezüglich der in einem Pool-Thrombozytenkonzentrat enthaltenen Transfusionseinheiten (TE), kann im Regelfall die herstellende Blutbank Auskunft erteilen.

Für Fälle ab 2009 sind die Vorgaben des OPS 2009 zum Kode 8-800.b *Thrombozytenkonzentrat* zu beachten. Die Bezugsgröße, auf der die Unterteilung des Kodes basiert, ist das Thrombozytenkonzentrat und nicht mehr die Transfusionseinheit. Der festgelegte Mindestgehalt von 2×10^{11} Thrombozyten/Einheit ist zu beachten (siehe hierzu Hinweis zum Kode).

Für Fälle ab 2015 ist der Kode 8-800.g *Thrombozytenkonzentrat* zu verwenden. Die Vorgaben des Hinweises zum Kode sind zu beachten.

Kodierempfehlung:	174
Schlagworte:	Hypothermie – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	21.08.2007
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	21.07.2020
Problem / Erläuterung:	Was ist eine tiefe Hypothermie im Sinne des OPS-Kodes 8-851.2 <i>Operativer äußerer Kreislauf (bei Anwendung der Herz-Lungen-Maschine): Mit tiefer Hypothermie?</i>
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	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 war nach Aussage des DIMDI aus dem Jahr 2008 die Absenkung der Körpertemperatur auf 20°C bis unter 26°C gemeint gewesen. Ab 2009 Neuregelung im OPS durch Einführung neuer Codes und Definitionen: 8-851 <i>Operativer äußerer Kreislauf (bei Anwendung der Herz-Lungen-Maschine)</i> 8-851.0 <i>Mit Normothermie (mehr als 35°C)</i> 8-851.1 <i>Mit milder Hypothermie (32 bis 35°C)</i> 8-851.3 <i>Mit moderater Hypothermie (26 bis unter 32°C)</i> 8-851.4 <i>Mit tiefer Hypothermie (20 bis unter 26°C)</i> 8-851.5 <i>Mit profunder Hypothermie (unter 20°C)</i>
Entscheidung Schlichtungsausschuss	Der OPS-Kode 8-851.4 <i>Operativer äußerer Kreislauf (bei Anwendung der Herz-Lungen-Maschine) mit tiefer Hypothermie</i> ist nur bei Vorliegen einer Temperatur innerhalb des dort genannten Temperaturintervalls (zum Zeitpunkt der Schlichtung, Temperatur von 20 bis unter 26 °C) zu kodieren.

Kodierempfehlung:	175
Schlagworte:	Lymphom, palliativ
Erstellt:	21.08.2007
Aktualisiert:	01.01.2021
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 traten eine Meningeosis 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 die Hauptdiagnose?
Kodierempfehlung:	Ursächlich für die komplexe Symptomatik ist die Progression der Grunderkrankung. Als Hauptdiagnose wird die maligne Grunderkrankung mit einem Kode aus C83.- <i>Nicht follikuläres Lymphom</i> kodiert. Siehe auch Kodierempfehlungen 176 und 542.

Kodierempfehlung:	176
Schlagworte:	Palliativ, bösartige Neubildung
Erstellt:	21.08.2007
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Aufnahme eines Patienten zur Behandlung multipler Tumorsymptome bei metastasiertem Bronchialkarzinom. Übelkeit, Gewichtsverlust, Schwindel, Schmerzen, Luftnot. Therapie: Antiemetika, parenterale Ernährung, Schmerzmedikation, O2-Gabe. Keine spezifische Therapie des Grundleidens, Patient verstirbt am Tumorleiden. Was ist die Hauptdiagnose?
Kodierempfehlung:	Aufnahmeanlass ist die Palliativtherapie der malignen Erkrankung, die mit einem Kode aus C34.- <i>Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge</i> als Hauptdiagnose kodiert wird. Siehe auch Kodierempfehlungen 175 und 542.

Kodierempfehlung:	177
Schlagworte:	Fallzusammenführung, Komplikation, Abstoßung, Karzinom
Erstellt:	21.08.2007
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Hepatozelluläres Karzinom, Zustand nach Lebertransplantation, Wiederaufnahme innerhalb der OGVD bei akuter Abstoßungsreaktion, konservativ beherrscht. Fallzusammenführung auf Grund von Komplikationen 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. Siehe auch Kodierempfehlung 59.

Kodierempfehlung:	178
Schlagworte:	Myelodysplastisches Syndrom, Thrombozytopenie
Erstellt:	21.08.2007
Aktualisiert:	01.01.2021
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 die Hauptdiagnose?
Kodierempfehlung:	D69.58 <i>Sonstige sekundäre Thrombozytopenie, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet</i> ist die Hauptdiagnose. Der Aufnahmegrund war weder die maligne Erkrankung noch die Chemotherapie, sondern die Thrombozytopenie.

Kodierempfehlung:	180
Schlagworte:	Thrombose, Tumorleiden
Erstellt:	21.08.2007
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Ein Patient wird wegen einer Armvenenthrombose aufgenommen. 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 ist I80.81 <i>Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger Lokalisationen, Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis tiefer Gefäße der oberen Extremitäten</i>. Weder die maligne Erkrankung noch die Chemo-/Strahlentherapie waren der Aufnahmegrund. Da für das Paraneoplastische Syndrom in der ICD-10-GM kein spezifischer Kode zur Verfügung steht, sind gemäß DKR D004 <i>Syndrome</i> die einzelnen Manifestationen zu verschlüsseln, im vorliegenden Fall die Armvenenthrombose. Das Rektumkarzinom erfüllt nicht die Vorgaben der Nebendiagnosendefinition und ist somit nicht zu kodieren. Vor dem Hintergrund des Schlichtungsspruchs vom 04.07.2016 (veröffentlicht am 27.07.2016) wäre in der geschilderten Konstellation ab diesem Zeitpunkt das Rektumkarzinom als Nebendiagnose anzugeben.

Kodierempfehlung:	181
Schlagworte:	Tumor, palliativ, Schmerztherapie
Erstellt:	21.08.2007
Aktualisiert:	01.01.2021
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 psychoonkologischen 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:	182
Schlagworte:	Tumor, Nachuntersuchung, abgeschlossene Behandlung
Erstellt:	21.08.2007
Aktualisiert:	01.01.2021
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 die Hauptdiagnose?
Kodierempfehlung:	Bei einer Staging-Untersuchung zur Evaluierung des Therapieerfolges im Anschluss an die Primärbehandlung (z. B. Magen-Operation + 6 x Chemotherapie oder 4 x Chemotherapie + Bestrahlung) wird der Tumor als Hauptdiagnose kodiert (siehe DKR 0201). Im vorliegenden Fall handelt es sich allerdings um eine Nachuntersuchung nach abgeschlossener Primärbehandlung, die mit einem Kode aus Z08.- <i>Nachuntersuchung nach Behandlung wegen bösartiger Neubildung</i> als Hauptdiagnose kodiert wird. Als Nebendiagnose wird der passende Kode aus Z85.- <i>Bösartige Neubildung in der Eigenanamnese</i> verschlüsselt (siehe DKR 0209).

Kodierempfehlung:	183
Schlagworte:	Gallengang, Stent, Revision, palliativ
Erstellt:	21.08.2007
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	78-jähriger Patient mit Ikterus und Gallengangskarzinom mit Zustand nach Stenteinlage. Die Aufnahme erfolgt zur ERCP und palliativen Stentrevision bei Stenose des Ductus choledochus. Progression des Tumorleidens wird nachgewiesen und der Stent gewechselt. Histologisch bekanntes Adenokarzinom (Gallengangskarzinom). Während des stationären Aufenthaltes erfolgt keine Chemotherapie. Was ist die Hauptdiagnose?
Kodierempfehlung:	C24.0 <i>Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Gallenwege, extrahepatischer Gallengang</i> ist plausibel. Die durchgeführte Stentrevision ist als Maßnahme zu bewerten, die in Zielrichtung auf den Tumor vorgenommen wurde im Sinne einer Tumorbehandlung, wenn auch nur in palliativer Absicht.

Kodierempfehlung:	184
Schlagworte:	Palliativ, Tumor, Fraktur, pathologisch
Erstellt:	21.08.2007
Aktualisiert:	01.01.2021
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. Wie sind Haupt- und Nebendiagnose zu kodieren?
Kodierempfehlung:	Hauptdiagnose: C79.5[†] <i>Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen, sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes</i> Nebendiagnosen: M90.75* <i>Osteopathien bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, Knochenfraktur bei Neubildungen (C00-D48[†]), Beckenregion und Oberschenkel</i> C18.4 <i>Bösartige Neubildung des Kolons, Colon transversum</i> 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:	185
Schlagworte:	APC-Resistenz, Koagulopathie, D68.4
Erstellt:	21.08.2007
Aktualisiert:	01.01.2021
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 <i>Erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren</i> kodiert werden?
Kodierempfehlung:	Da ein erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren nicht vorliegt, kann D68.4 <i>Erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren</i> 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 Thromboembolie-Prophylaxe mit niedermolekularen Heparinen, die präoperativ begonnen wird, durchzuführen. Eine bekannte APC-Resistenz beeinflusst dieses Vorgehen nicht. Nur wenn darüber hinausgehende diagnostische oder therapeutische Maßnahmen bezüglich der APC-Resistenz durchgeführt werden, kann diese mit dem ICD-Kode D68.8 <i>Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien</i> als Nebendiagnose verschlüsselt werden. Für Fälle ab 2010 wird eine APC-Resistenz mit D68.5 <i>Sonstige Koagulopathien, Primäre Thrombophilie</i> kodiert.

Kodierempfehlung:	186
Schlagworte:	Paravasat, Komplikation
Erstellt:	21.08.2007
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Wie wird ein Doxorubicin-Paravasat am Arm korrekt kodiert? T80.- <i>Komplikationen nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken</i> oder T22.- <i>Verbrennung oder Verätzung der Schulter und des Armes, ausgenommen Handgelenk und Hand</i>
Kodierempfehlung:	T80.8 <i>Sonstige Komplikationen nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken</i>

Kodierempfehlung:	187
Schlagworte:	Tumor, Hormontherapie, adjuvant
Erstellt:	21.08.2007
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Was kann als Nebendiagnose kodiert werden, wenn eine Hormontherapie als adjuvante Tumorbehandlung durchgeführt wird? Ist Z85.- <i>Bösartige Neubildung in der Eigenanamnese</i> zutreffend?
Kodierempfehlung:	Gemäß DKR 0209 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:	188
Schlagworte:	Metastasen, Lymphknoten, Tumor, Beinschwellung
Erstellt:	21.08.2007
Aktualisiert:	01.01.2021
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 computertomografisch im kleinen Becken ein Lymphknotenpaket mit Gefäßummauerung. Histologisch werden durch Punktion Lymphknotenmetastasen eines Ovarialkarzinoms nachgewiesen. Eine tumorspezifische Behandlung wird eingeleitet. Was ist die Hauptdiagnose?
Kodierempfehlung:	Die Lymphknotenmetastasen werden als zu Grunde liegende Erkrankung diagnostiziert und behandelt. Somit wird als Hauptdiagnose <i>C77.5 Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten, Intrapelvine Lymphknoten</i> verschlüsselt.

Kodierempfehlung:	189
Schlagworte:	Tumor, Progression, Symptom
Erstellt:	21.08.2007
Aktualisiert:	01.01.2021
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 die Hauptdiagnose?
Kodierempfehlung:	Die anamnestisch angegebenen Symptome sind Ausdruck der malignen Grunderkrankung, die als Hauptdiagnose mit C18.7 <i>Bösartige Neubildung des Kolons, Colon sigmoideum</i> kodiert wird.

Kodierempfehlung:	193
Schlagworte:	PEG, Infekt
Erstellt:	18.12.2007
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Patientin kommt mit oberflächlicher Hautinfektion im Sinne einer Pyodermie bei liegender PEG. Sie erhält fünf Tage Antibiose, anschließend PEG-Wechsel. Was ist die Hauptdiagnose? L08.0 <i>Sonstige lokale Infektionen der Haut und der Unterhaut, Pyodermie</i> oder T85.78 <i>Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate, Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate</i>
Kodierempfehlung:	L08.0 <i>Sonstige lokale Infektionen der Haut und der Unterhaut, Pyodermie</i> ist korrekt, da dies der spezifischere Code in Bezug auf die Erkrankung bzw. Störung ist. Für Fälle ab 2018 steht im Systematischen Verzeichnis der ICD-10-GM die Schlüsselnummer T85.74 <i>Infektion und entzündliche Reaktion durch perkutan-endoskopische Gastrostomie-Sonde [PEG-Sonde]</i> zur Verfügung. Diese ist spezifischer als L08.0, da neben dem entzündlichen Geschehen zusätzlich sowohl Lokalisation als auch Ursache abzubilden sind (DKR D015).

Kodierempfehlung:	194
Schlagworte:	Weichteildefekt, Hautdefekt
Erstellt:	18.12.2007
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Wie ist ein Hautdefekt am Sprunggelenk zu kodieren? Die Aufnahme erfolgt zur Spalthauttransplantation. Anamnestisch Fraktur und Osteosynthese des Sprunggelenks. Im Verlauf Infekt mit später resultierendem, jetzt bei Aufnahme sauberem (d. h. infektfreiem) Hautdefekt.
Kodierempfehlung:	L98.8 <i>Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Haut und der Unterhaut</i> ist der spezifische Schlüssel für diese Erkrankung bzw. Störung nach medizinischen Maßnahmen.

Kodierempfehlung:	195
Schlagworte:	Herzinsuffizienz, diastolisch, Relaxationsstörung
Erstellt:	30.10.2007
Aktualisiert:	01.01.2021
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 <i>Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz, mit Angabe einer hypertensiven Krise</i> sowie I50.11 <i>Linksherzinsuffizienz, ohne Beschwerden</i>. 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 <u>nicht</u> aus für die Diagnose "diastolische Herzinsuffizienz". Die Diagnose einer diastolischen Herzinsuffizienz erfordert, dass folgende Bedingungen gleichzeitig erfüllt sind: 1. Vorhandensein von Symptomen und klinische Zeichen der Herzinsuffizienz (nicht zwingend bei frühen Stadien und bei Patienten unter Diuretikatherapie). 2. Normale oder nur leicht eingeschränkte linksventrikuläre systolische Funktion (LVEF > 40%). 3. Erhöhte natriuretische Peptide (BNP > 35pg/ml und /oder NT-proBNP > 125pg/ml) Quelle: Nationale Versorgungsleitlinie Chronische Herzinsuffizienz, 3. Aufl. 2019, Version 1

Kodierempfehlung:	197
Schlagworte:	Abort, Totgeburt, Blasensprung, vorzeitig
Erstellt:	30.10.2007
Aktualisiert:	01.01.2021
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 500 g. 1. Fall: Fetales Gewicht < 500 g: Abort HD: 003.0 <i>Spontanabort, inkomplett, kompliziert durch Infektion des Genitaltraktes und des Beckens</i> ND: 009.3! <i>Schwangerschaftsdauer, 20. Woche bis 25 vollendete Wochen</i> 2. Fall: Geburtsgewicht 500 g oder darüber: Totgeburt HD: 042.2 <i>Vorzeitiger Blasensprung, Wehenhemmung durch Therapie</i> ND: 041.1 <i>Infektion der Fruchtblase und der Eihäute</i> 009.3! <i>Schwangerschaftsdauer, 20. Woche bis 25 vollendete Wochen</i> 060.1 <i>Vorzeitige spontane Wehen mit vorzeitiger Entbindung</i> Z37.1! <i>Resultat der Entbindung, Totgeborener Einling</i> Die Definition von Lebend-, Totgeburt und Abort findet sich in DKR 1501. 500 g 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:	198
Schlagworte:	Blutung, postpartal
Erstellt:	30.10.2007
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Stationäre Wiederaufnahme mit verstärkter Nachblutung 12 Tage nach Spontangeburt. Es erfolgt eine therapeutische Kürettage und die Applikation kontraktionsfördernder Medikamente. Was ist die Hauptdiagnose?
Kodierempfehlung:	Die korrekte Kodierung der Hauptdiagnose ist <i>O72.2 Postpartale Blutung, Spätblutung und späte Nachgeburtsblutung</i> . Es ist zwischen einer Blutung in unmittelbarem Zusammenhang mit der Geburt (<i>O72.0 Postpartale Blutung, Blutung in der Nachgeburtsperiode</i> oder <i>O72.1 Postpartale Blutung, Sonstige unmittelbar postpartal auftretende Blutung</i>) und einer Nachblutung im Intervall (<i>O72.2 Postpartale Blutung, Spätblutung und späte Nachgeburtsblutung</i>) zu unterscheiden.

Kodierempfehlung:	199
Schlagworte:	Angiodysplasie, Argon-Beamer, Thermokoagulation
Erstellt:	30.10.2007
Aktualisiert:	01.01.2021
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 oben genannten Fall ist an der 6. Stelle als Thermokoagulation zu verschlüsseln (5-433.52 <i>Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens, Destruktion, endoskopisch, Thermokoagulation</i>).

Kodierempfehlung:	200
Schlagworte:	Sepsis, Pneumonie
Erstellt:	30.10.2007
Aktualisiert:	01.01.2021
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/mm³, altersentsprechende Blutgasanalyse. In der Blutkultur Nachweis von <i>Pseudomonas aeruginosa</i>. Therapeutisch Monitoring, i. v.-Antibiose. Radiologisch, auch bei Kontrolle, Nachweis einer basalen, pulmonalen Infiltration rechts. Ist neben der Kodierung der Sepsis (A41.52 <i>Sepsis durch sonstige gramnegative Erreger, Pseudomonas</i>) als Hauptdiagnose und R65.0! <i>Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese ohne Organkomplikationen</i> die antibiotisch behandelte Pneumonie rechts basal als Nebendiagnose mit J18.0 <i>Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet</i> kodierbar?
Kodierempfehlung:	Neben der Sepsis ist die zusätzliche Kodierung von J18.0 <i>Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet</i> korrekt. Diese Kodierempfehlung ist nur für Fälle bis einschließlich 2019 gültig.

Kodierempfehlung:	201
Schlagworte:	TIA, Neurologische Komplexbehandlung, mehrfach
Erstellt:	30.10.2007
Aktualisiert:	01.01.2021
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 <i>Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mindestens 24 bis höchstens 72 Stunden</i> oder werden sie zusammengezählt, also einmal 8-981.1 <i>Neurologische Komplexbehandlung des Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden</i> ?
Kodierempfehlung:	Nach DKR P005 sind Zeitangaben zu addieren und die Summe einmal pro Aufenthalt zu kodieren. Für Fälle bis einschließlich 2020 gilt: Die Behandlungen auf der Stroke Unit sind im vorliegenden Fall mit 8-981.1 <i>Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden</i> korrekt kodiert. Für Fälle ab 2021 gilt: - bei Behandlung auf einer Schlaganfalleinheit ohne (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen sind die Behandlungen im vorliegenden Fall mit 8-981.22, <i>Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 bis höchstens 96 Stunden</i> zu verschlüsseln. - bei Behandlung auf einer Schlaganfalleinheit mit Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen sind die Behandlungen im vorliegenden Fall mit 8-981.32, <i>Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 bis höchstens 96 Stunden</i> zu verschlüsseln.

Kodierempfehlung:	202
Schlagworte:	Lippenbiopsie – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	18.12.2007
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	19.08.2020
Problem / Erläuterung:	Wie wird die Biopsie an der Lippe kodiert? Handelt es sich um eine Biopsie mit Inzision (OPS 1-540) oder um eine Biopsie ohne Inzision (OPS 1-420.0)?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	Bei der Lippenbiopsie handelt es sich um eine Biopsie ohne Inzision, da sich die Inzision auf die Art des Zuganges bezieht und hier das zu entnehmende Gewebe nicht durch Inzision freigelegt werden muss (1-420.0 <i>Biopsie ohne Inzision an Mund und Mundhöhle, Lippe</i>). 2010 ist der OPS 1-540 <i>Biopsie an der Lippe durch Inzision</i> gestrichen worden.
Entscheidung Schlichtungsausschuss	Eine Lippenbiopsie ohne Inzision ist mit dem Code 1-420.0 <i>Biopsie ohne Inzision an Mund und Mundhöhle, Lippe</i> und eine Lippenbiopsie mit Inzision mit dem Code 1-545.x <i>Biopsie an anderen Strukturen des Mundes und der Mundhöhle durch Inzision, Sonstige</i> zu kodieren. Die Inzision bezieht sich auf die Art des Zugangs und erfordert eine Freilegung des Biopsiegebietes durch Inzision. Eine Stichinzision, die ausschließlich der leichteren Einführung einer Biopsienadel dient, stellt keine Inzision im Sinne des OPS 1-545.x dar.

Kodierempfehlung:	203
Schlagworte:	Thrombolyse, intrakoronar
Erstellt:	18.12.2007
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Ist die Kodierung des OPS 8-837.60 <i>Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen, selektive Thrombolyse, eine Koronararterie</i> bei intrakoronarer Gabe von Abciximab korrekt?
Kodierempfehlung:	Die Verwendung des Prozedurenschlüssels 8-837.60 <i>Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen, selektive Thrombolyse, eine Koronararterie</i> ist nicht korrekt. Abciximab ist als Thrombozytenaggregationshemmer für die i. v.-Applikation zugelassen. Es handelt sich nicht um ein Thrombolytikum und somit nicht um eine selektive Thrombolyse.

Kodierempfehlung:	204
Schlagworte:	Poly-, Monarthritis
Erstellt:	18.12.2007
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Ein 50-jähriger Patient mit bekannter chronischer seropositiver Polyarthritis mit Befall multipler Gelenke wird elektiv zur Synovektomie bei persistierender Monarthritis im Bereich des Handgelenks aufgenommen. Die Dauermedikation bei bekannter Grunderkrankung wird während des stationären Aufenthaltes unverändert fortgesetzt. Wie sind Haupt- und Nebendiagnose zu kodieren?
Kodierempfehlung:	Hauptdiagnose ist M05.93 <i>Seropositive chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet, Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]</i> . Die den stationäre Aufenthalt hauptsächlich verursachende Diagnose ist die persistierende Monarthritis des Handgelenks. Es handelt sich um eine Manifestation der Erkrankung, nicht um ein Symptom. Als Nebendiagnose ist der Kode M05.90 <i>Seropositive chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet, mehrere Lokalisationen</i> anzugeben.

Kodierempfehlung:	205
Schlagworte:	Polyarthritis, Enteritis
Erstellt:	18.12.2007
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Eine 25-jährige Patientin wird wegen anhaltender therapieresistenter Enteritis, verbunden mit Schwäche und Exsikkose stationär aufgenommen. Bei der Patientin ist eine langjährige chronische seropositive Polyarthritis mit asymmetrischem Befall der Schulter-, Ellenbogen-, Hand- und Kniegelenke bekannt, eine Therapie mit Methotrexat wurde vor wenigen Wochen eingeleitet. Die Ursache der Enteritis ist auf Methotrexat zurückzuführen. Die Basismedikation für die Grunderkrankung wird modifiziert. Wie sind Haupt- und Nebendiagnose zu kodieren?
Kodierempfehlung:	Hauptdiagnose ist die ausgeprägte Reaktion auf die Therapie mit Methotrexat, die mit K52.1 <i>Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, Toxische Gastroenteritis und Kolitis</i> zu verschlüsseln ist. Zusätzlich kann optional der Kode Y57.9! <i>Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen</i> angegeben werden. Als Nebendiagnose ist M05.90 <i>Seropositive chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet, mehrere Lokalisationen</i> zu nennen.

Kodierempfehlung:	206
Schlagworte:	Wundverschluss, Narbenexzision, Dehnungsplastik, Exzision, lokale – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	18.12.2007
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	15.10.2020
Problem / Erläuterung:	Aufnahme eines Patienten zur Exzision einer schmerzhaften breiten Narbe am Unterschenkel. Zum Wundverschluss wurden die Wundränder durch Spreizen des Subkutangewebes mobilisiert und Burow-Dreiecke reseziert (kleine Hautdreiecke, die zum Längenausgleich an ungleich langen Wundrändern aus dem Endbereich des kürzeren Randes zu dessen Verlängerung herausgeschnitten werden), um ein kosmetisch gutes Ergebnis zu erzielen. Ist die zusätzliche Kodierung einer Dehnungsplastik mit einem OPS-Kode aus 5-903 <i>Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut</i> korrekt?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	Bei jedem Wundverschluss im Rahmen einer Narbenexzision wird ein kosmetisch gutes Ergebnis angestrebt. Die im Einzelfall erforderliche Wundrandmobilisation, einschließlich der Entfernung kleiner Hautareale, um eine spannungsfreie Wundadaptation zu erzielen, ist als integraler Bestandteil einer Narbenexzision (5-894 <i>Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut</i>) zu bewerten. Der Leistungsinhalt einer lokalen Lappenplastik (OPS 5-903 <i>Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut</i>) kann aus den vorliegenden Informationen nicht abgeleitet werden. Da es für die lokale Exzision eine klare Definition gibt, sind alle größeren Exzisionen (größer als 4 cm² oder über 1 cm³) mit einem Code aus 5-895 <i>Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut</i> zu verschlüsseln.
Entscheidung Schlichtungsausschuss	Erfolgt die Aufnahme eines Patienten zur Exzision einer schmerzhaften breiten Narbe am Unterschenkel und werden zum Wundverschluss die Wundränder durch Spreizen des Subcutangewebes mobilisiert und Burow-Dreiecke reseziert (kleine Hautdreiecke, die zum Längenausgleich an ungleich langen Wundrändern aus dem Endbereich des kürzeren Randes zu dessen Verlängerung herausgeschnitten werden), um ein kosmetisch gutes Ergebnis zu erzielen, ist dies bei einer lokalen Exzision (Fläche von bis zu 4 cm ² oder Raum von bis zu 1 cm ³) nicht zusätzlich mit einem OPS-Kode aus

	5-903.- Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut zu dem zutreffenden OPS-Kode aus 5-894.- Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut zu kodieren.
--	--

Kodierempfehlung:	208
Schlagworte:	ERCP, Stent
Erstellt:	18.12.2007
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Ein 70-jähriger Patient wird mit rechtsseitigen Oberbauchbeschwerden, bedingt durch eine akute Cholezystitis, aufgenommen. Zum Ausschluss einer Choledocholithiasis wird eine ERCP durchgeführt. Bei unzureichender Kathetersondierung des Ductus choledochus (DHC) durch wiederholte Kanülierung des Ductus Wirsungianus wird ein Plastikstent in den Pankreasgang (5 Fr, 5 cm) eingelegt. Nachfolgend gelingt die Kathetereinführung mit Kontrastmitteldarstellung des steinfreien DHC. Die Endodrainage im Pankreasgang wird vor Beendigung der ERCP wieder gezogen. Kann der OPS-Kode 5-526.e1 <i>Endoskopische Operationen am Pankreasgang, Einlegen einer Prothese, nicht selbstexpandierend</i> zusätzlich zum OPS 1-642 <i>Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege</i> kodiert werden?
Kodierempfehlung:	Die Prozedur 5-526.e1 <i>Endoskopische Operationen am Pankreasgang, Einlegen einer Prothese, nicht selbstexpandierend</i> ist zusätzlich erbracht worden und damit zu kodieren. Sie ist keine Komponente einer diagnostischen ERCP (1-642), die beim OPS 5-526 <i>Endoskopische Operationen am Pankreasgang</i> als Exklusivum aufgeführt wird.

Kodierempfehlung:	209
Schlagworte:	Adipositas, Fettschürze
Erstellt:	18.12.2007
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Bei einer adipösen Patientin wird wegen einer deutlichen Bewegungseinschränkung im Hüftbereich mit Behinderung des Gehens und Hygieneproblemen im Intimbereich, bedingt durch eine ausgeprägte abdominale Fettschürze, eine Resektion vorgenommen. Was ist die Hauptdiagnose? E65 <i>Lokalisierte Adipositas</i> oder R26.8 <i>Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität?</i>
Kodierempfehlung:	Hauptsächlicher Anlass für die stationäre Behandlung war die Behandlung der abdominalen Fettschürze. Hauptdiagnose ist E65 <i>Lokalisierte Adipositas</i>. Siehe auch Kodierempfehlung 574.

Kodierempfehlung:	211
Schlagworte:	Epilepsie, Anfall, Urinverlust
Erstellt:	18.12.2007
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Ein Patient erleidet während eines stationären Aufenthaltes wegen anderer Erkrankung einen Grand mal mit Einnässen bei bekannter Epilepsie. Ist die Nebendiagnose N39.48 <i>Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz</i> oder R32 <i>Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz</i> oder F98.0- <i>Nichtorganische Enuresis</i> zutreffend?
Kodierempfehlung:	Da der unwillkürlichen Urinverlust im Rahmen der Behandlung des epileptischen Anfalls und für diesen vorübergehenden Zustand als normal anzusehen ist, ist nach DKR 1804 die Kodierung als Nebendiagnose nicht möglich.

Kodierempfehlung:	212
Schlagworte:	Harnwegsinfektion, Katheter, Ureterschiene
Erstellt:	24.04.2008
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Wie wird eine Harnwegsinfektion bei 1. liegendem Blasenverweilkatheter, 2. liegendem suprapubischem Katheter, 3. liegendem perkutanem Nephrostomiekatheter, 4. liegender Ureterschiene korrekt verschlüsselt?
Kodierempfehlung:	N39.0 <i>Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet</i> ist für alle vier Konstellationen der spezifische Kode in Bezug auf die Erkrankung bzw. Störung. Die Exklusiva unter der Gruppe <i>Sonstige Krankheiten des Harnsystems</i> (N30-N39) sind zu berücksichtigen.

Kodierempfehlung:	215
Schlagworte:	P70.0 <i>Syndrom des Kindes einer Mutter mit gestationsbedingtem Diabetes mellitus</i> , P70.1 <i>Syndrom des Kindes einer diabetischen Mutter</i>
Erstellt:	24.04.2008
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Wann kann P70.0 <i>Syndrom des Kindes einer Mutter mit gestationsbedingtem Diabetes mellitus</i> oder P70.1 <i>Syndrom des Kindes einer diabetischen Mutter</i> kodiert werden?
Kodierempfehlung:	Die Kodierbarkeit von P70.0 bzw. P70.1 setzt die folgenden Kriterien voraus: - bestätigte Diagnose O24.- <i>Diabetes mellitus in der Schwangerschaft</i> (Mutter) - Blutzuckerbestimmungen nach Schema (z. B. nach 1, 3, 6 und 12 Stunden) - Ein oder mehrere Blutzuckerwert(e) in den ersten 24 Lebensstunden unter 35 mg/dl (< 1,9 mmol/l) oder nach 24 Stunden unter 45 mg/dl (< 2,5 mmol/l) - das Vorhandensein von klinischer Ausprägung beim Neugeborenen (z. B. Makrosomie, Zitterigkeit, Hypokalzämie, transitorische Tachypnoe, Atemnotsyndrom, Polyzythämie, Plethora, Hyperbilirubinämie, Kardiomegalie, Zyanose, Azidose, Elektrolytstörung, Krämpfe) - therapeutische Konsequenzen (z. B. Glucose-Infusion oder Formula-Nahrung in kurzzeitigen Abständen, ggf. weitere symptomatische Therapie je nach klinischer Ausprägung)

Kodierempfehlung:	216
Schlagworte:	Mammakarzinom, Brusterhaltende Therapie, Rekonstruktion, plastische
Erstellt:	24.04.2008
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Bei stanzbioptisch gesichertem Mammakarzinom wird eine brusterhaltende Operation (Segmentresektion) durchgeführt. Im Operationsbericht ist vor dem Wundverschluss die Mobilisierung von Drüsengewebe dokumentiert. Rechtfertigt das die zusätzliche Verschlüsselung eines Kodes aus 5-886.1 <i>Andere plastische Rekonstruktion der Mamma, Plastische Rekonstruktion</i> neben dem Primäreingriff zur Behandlung des Mammakarzinoms?
Kodierempfehlung:	Für Fälle bis einschließlich 2011 gilt: Die routinemäßige Angabe von z. B. „Mobilisierung von Drüsengewebe zur Defektdeckung“ rechtfertigt nicht die zusätzliche Verschlüsselung eines Kodes aus 5-886.1 <i>Andere plastische Rekonstruktion der Mamma, Plastische Rekonstruktion</i>. Dabei handelt es sich um eine Komponente des Primäreingriffs, die nicht gesondert verschlüsselt wird. Für die zusätzliche Verschlüsselung eines Kodes aus 5-886.1 sollte jeweils im OP-Bericht klar erkennbar sein, dass es sich um einen zusätzlichen plastisch-rekonstruktiven Eingriff handelt. Für Fälle ab 2012 gilt: Ab 2012 sind die Änderungen des OPS im Bereich Operationen an der Mamma (5-87...5-88) zu berücksichtigen. Da im vorliegenden Fall lediglich wenig Brustgewebe mobilisiert wurde, ist ab 2012 der beschriebene Eingriff mit dem OPS-Kode 5-870.a1 <i>Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe, Partielle Resektion, Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25 % des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)</i> zu kodieren.

Kodierempfehlung:	218
Schlagworte:	Außenknöchel, Bandplastik, Rekonstruktion
Erstellt:	24.04.2008
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Kann bei einer Bandplastik am Außenknöchel, z. B. mit einem Transplantat aus der Plantarissehne, wegen chronischer lateraler Instabilität nach früherer Außenbandläsion neben dem OPS 5-806.4 <i>Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des oberen Sprunggelenkes, Bandplastik des lateralen Bandapparates mit autogener Sehne</i> zusätzlich der OPS 5-854.4b <i>Rekonstruktion von Sehnen, Ersatzplastik, Rückfuß und Fußwurzel</i> angegeben werden?
Kodierempfehlung:	Im OPS 5-806.4 <i>Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des oberen Sprunggelenkes, Bandplastik des lateralen Bandapparates mit autogener Sehne</i> sind alle Bestandteile der Prozedur einschließlich der Rekonstruktion durch autogene Sehne beschrieben. Da eine Rekonstruktion einer Sehne nicht erfolgte, kann der OPS 5-854.4b <i>Rekonstruktion von Sehnen, Ersatzplastik, Rückfuß und Fußwurzel</i> nicht zusätzlich angegeben werden.

Kodierempfehlung:	219
Schlagworte:	Pankreaskarzinom, Tumor, neuroendokrin
Erstellt:	24.04.2008
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Wie ist ein metastasiertes, neuroendokrines Pankreaskarzinom als Hauptdiagnose zu verschlüsseln? Ist der ICD-Kode C75.9 <i>Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen, Endokrine Drüse, nicht näher bezeichnet</i> anzugeben?
Kodierempfehlung:	Primär sind die bösartigen Neubildungen in der ICD nach Organbezug geordnet, der histologische Typ kann sekundär durch die Verschlüsselung des Morphologie-Schlüssels angegeben werden, ohne jedoch für die Gruppierung des Falles relevant zu sein. Als Hauptdiagnose ist der ICD-Kode C25.4 <i>Bösartige Neubildung des Pankreas, Endokriner Drüsenanteil des Pankreas</i> anzugeben. Da unter der ICD-Kategorie C75.- <i>Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen</i> das Exklusivum "Endokriner Drüsenanteil des Pankreas" mit Verweis auf den ICD-Kode C25.4 aufgeführt ist, ist letzterer als Hauptdiagnose anzugeben. Siehe auch Kodierempfehlung 229.

Kodierempfehlung:	222
Schlagworte:	Magenkarzinom, Anastomosenstenose, Behandlung, abgeschlossen
Erstellt:	24.04.2008
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Aufnahme ca. vier Monate nach Operation eines Kardiakarzinoms wegen Anastomosenstenose des Ösophagus zur Bougierung. Eine Nachbehandlung des Karzinoms war nicht vorgesehen. Ein Rezidiv lag nicht vor (CT, Endosono), es erfolgte lediglich die Bougierung. Wie sind Haupt- und Nebendiagnose zu kodieren? K22.2 <i>Ösophagusverschluss</i> C16.0 <i>Bösartige Neubildung des Magens, Kardia</i> Z85.0 <i>Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane in der Eigenanamnese</i>
Kodierempfehlung:	Hauptdiagnose ist die Ösophagusstenose, die mit K22.2 <i>Ösophagusverschluss</i> kodiert wird. Auch wenn die Zeit seit der Operation recht kurz ist, lag kein Rezidiv vor und die Behandlung stellt nicht eine Weiterbehandlung des Malignoms dar, sondern die Behandlung einer Folge des Eingriffs. Der Aufnahmegrund war weder die maligne Erkrankung noch die Chemo-/Strahlentherapie. Da die Behandlung des Malignoms endgültig abgeschlossen ist, aber der Behandlungsaufwand beim aktuellen Aufenthalt erhöht ist (CT, Endosono), wird nach DKR 0209 als Nebendiagnose Z85.0 <i>Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane in der Eigenanamnese</i> kodiert.

Kodierempfehlung:	223
Schlagworte:	Harnwegsinfekt, Sepsis
Erstellt:	24.04.2008
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Während eines stationären Aufenthaltes aus anderen Gründen erkrankte der hochbetagte Patient an einem fieberhaften Harnwegsinfekt, aus dem sich trotz antibiotischer Therapie nach zwei Tagen eine Sepsis entwickelte mit Nachweis von E. coli in den Blutkulturen sowie von mehr als zwei SIRS-Kriterien. Kann hier neben A41.51 <i>Sepsis durch sonstige gramnegative Erreger, Escherichia coli [E.coli]</i> zusammen mit einem Kode aus R65.-! <i>Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS]</i> auch N39.0 <i>Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet</i> kodiert werden?
Kodierempfehlung:	Neben der Kodierung der Sepsis als Nebendiagnose kann zusätzlich der Harnwegsinfekt verschlüsselt werden, da beide Erkrankungen vorgelegen und das Patientenmanagement beeinflusst haben. Diese Kodierempfehlung ist nur für Fälle bis einschließlich 2019 gültig. Siehe auch Kodierempfehlung 250.

Kodierempfehlung:	225
Schlagworte:	Anämie, Hypermenorrhoe, Uterus myomatosus, Symptom
Erstellt:	17.06.2008
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Eine Patientin wird erneut aufgenommen mit einer akuten Blutungsanämie (Hb 9,5 mg/dl) infolge einer Hypermenorrhoe bei bekanntem Uterus myomatosus mit ausgeprägten intramuralen Leiomyomen. Bei ihr war bereits zwei Wochen zuvor eine Abrasio wegen einer Hypermenorrhoe erfolgt. Beim aktuellen Aufenthalt wurde noch am Aufnahmetag eine Hysterektomie durchgeführt. Was ist als Hauptdiagnose zu kodieren?
Kodierempfehlung:	Die Hypermenorrhoe ist in diesem Fall als Symptom des Uterus myomatosus zu werten. Als Hauptdiagnose ist hier D25.1 <i>Intramurales Leiomyom des Uterus</i> zu kodieren.

Kodierempfehlung:	228
Schlagworte:	Prostatakarzinom, Malignom, Schmerztherapie, Hormontherapie, Hauptdiagnose
Erstellt:	17.06.2008
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Aufnahme zur Schmerztherapie bei Prostatakarzinom. Was ist Hauptdiagnose, wenn - eine vorbestehende Hormontherapie während des stationären Aufenthaltes fortgeführt wird? - eine Hormontherapie während des stationären Aufenthaltes neu eingeleitet wird?
Kodierempfehlung:	In beiden Fällen ist C61 <i>Bösartige Neubildung der Prostata</i> Hauptdiagnose, weil nicht ausschließlich der Schmerz behandelt wird (Fortführung bzw. Einleitung der Hormontherapie), siehe DKR 1806.

Kodierempfehlung:	229
Schlagworte:	GIST, Stromatumor, gastrointestinal, Magen
Erstellt:	17.06.2008
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Wie sind gastrointestinale Stromatumore (GIST) des Magens zu kodieren?
Kodierempfehlung:	Primär sind die bösartigen Neubildungen in der ICD nach Organbezug geordnet, der histologische Typ kann sekundär durch die Verschlüsselung des Morphologie-Schlüssels angegeben werden, ohne jedoch für die Gruppierung des Falles relevant zu sein. GIST des Magens sind mit einem Kode aus C16.- <i>Bösartige Neubildung des Magens</i> zu kodieren. Siehe auch Kodierempfehlung 219.

Kodierempfehlung:	230
Schlagworte:	Rektumpolyp, Carcinoma in situ, Neoplasie
Erstellt:	17.06.2008
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Nach Resektion eines Rektumpolypen zeigt sich histologisch eine intraepitheliale Neoplasie vom „High-Grade“-Typ, noch keine Invasion durch die Muscularis mucosae in die Submucosa. Wie ist zu kodieren?
Kodierempfehlung:	Es ist D01.2 <i>Carcinoma in situ sonstiger und nicht näher bezeichneter Verdauungsorgane, Rektum</i> zu kodieren [siehe Hinweise unter der Gruppenüberschrift <i>In-situ-Neubildungen</i> (D00 bis D09) in Kapitel II der ICD].

Kodierempfehlung:	231
Schlagworte:	Karzinom, Metastase, Fistelresektion, Hauptdiagnose – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	17.06.2008
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	15.10.2020
Problem / Erläuterung:	Mit Operation und postoperativer Nachbestrahlung behandeltes Karzinom des Mittelgesichtes; ferner Unterkieferresektion bei Knochenmetastase. Anschließend persistierende intra- und extraorale Fistel. Aktuell: Fistelresektion; sonst keine weiteren diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen in direktem Zusammenhang mit der Tumorerkrankung. Was ist die Hauptdiagnose?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	Hauptdiagnose ist T81.8 <i>Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert</i> (darunter auch Persistierende postoperative Fistel; ein organspezifischer Code existiert nicht). Aufnahmegrund war weder die maligne Erkrankung noch eine Chemo-/Strahlentherapie, so dass die Hauptdiagnose gemäß Hauptdiagnosendefinition zu wählen ist (siehe DKR 0201).
Entscheidung Schlichtungsausschuss	In dem beschriebenen Fall (KDE-231) des Patienten, bei dem ein Karzinom des Mittelgesichtes mit Operation und postoperativer Nachbestrahlung behandelt wurde, eine Unterkieferresektion bei Knochenmetastase erfolgte und anschließend eine persistierende intra- und extraorale Fistel auftrat und aktuell eine Fistelresektion und ansonsten keine diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen in direktem Zusammenhang mit der Tumorerkrankung durchgeführt werden, ist für die Auswahl der Hauptdiagnose der Beschluss des Schlichtungsausschusses Bund alter Fassung vom 04.07.2016 anzuwenden. Demnach gilt: <i>„Wird bei einem Patienten – mit zum Zeitpunkt der Aufnahme bekanntem Malignom und bevor die Malignom-Behandlung endgültig abgeschlossen ist – während des stationären Aufenthaltes ausschließlich eine einzelne Erkrankung (oder Komplikation) als Folge einer Tumorthherapie oder eines Tumors behandelt, wird in diesem Fall die behandelte Erkrankung als Hauptdiagnose angegeben und der Tumor als Nebendiagnose.</i> <i>Hiervon ausgenommen sind solche Fälle, bei denen weitere diagnostische oder therapeutische Maßnahmen in direktem Zusammenhang mit der</i>

Tumorerkrankung durchgeführt werden. In diesem Fall ist die Tumorerkrankung als Hauptdiagnose zu kodieren.“

In dem beschriebenen Fall ist die Fistel mit dem Code K12.28 *Sonstige Phlegmone und Abszess des Mundes* als Hauptdiagnose zu kodieren.

Kodierempfehlung:	232
Schlagworte:	Rektumkarzinom, Lymphknoten, regionale, Nachbarorgane
Erstellt:	17.06.2008
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Rektumkarzinom, welches offen chirurgisch in Form einer tiefen anterioren Resektion en bloc mit TME (<i>Total mesorectal Excision</i>) einschließlich regionaler Lymphknoten operiert wird. Handelt es sich bei den regionalen Lymphknoten um Nachbarorgane? Welcher OPS-Kode ist korrekt? 5-484.61 <i>Tiefe anteriore Resektion mit peranaler Anastomose, offen chirurgisch mit Anastomose</i> oder 5-484.71 <i>Erweiterte anteriore Resektion mit Entfernung von Nachbarorganen, Offen chirurgisch mit Anastomose</i>
Kodierempfehlung:	Das Mesorektum mit regionalen Lymphknoten stellt kein Nachbarorgan dar, so dass der Eingriff mit 5-484.61 <i>Tiefe anteriore Resektion mit peranaler Anastomose, offen chirurgisch</i> zu verschlüsseln ist. Unter dem OPS 5-484.7 <i>Erweiterte anteriore Resektion mit Entfernung von Nachbarorganen</i> findet sich ab 2009 ein Hinweis zur Kodierung von Nachbarorganen (siehe dort), demzufolge die Lymphknoten des regionalen Lymphabflussgebietes nicht zu den Nachbarorganen gehören. Für Fälle ab 2013 entfällt der OPS-Kode 5-484.7.

Kodierempfehlung:	233
Schlagworte:	Aszites, Peritonealkarzinose, Rektumkarzinom, Hauptdiagnose
Erstellt:	17.06.2008
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Ein Patient wird erneut wegen eines wiederholt auftretenden progredienten Aszites bei bekannter Peritonealkarzinose stationär aufgenommen. Eine Entlastungspunktion wird durchgeführt. Weitere therapeutische oder diagnostische Maßnahmen erfolgen nicht. Vier Jahre zuvor war eine Rektumresektion wegen eines Karzinoms durchgeführt worden. Was ist die Hauptdiagnose?
Kodierempfehlung:	Als Hauptdiagnose ist R18 Aszites zu verschlüsseln (DKR 0201). Bis einschließlich 2006 wurde die gleiche Konstellation mit der Hauptdiagnose <i>C78.6 Sekundäre bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums</i> (damals inkl. Aszites durch bösartige Neubildung) kodiert.

Kodierempfehlung:	234
Schlagworte:	Ovarialkarzinom, Malignom, Pleuraerguss, maligner, Pleurametastasen
Erstellt:	17.06.2008
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Notfallmäßige Aufnahme der Patientin wegen eines ausgeprägten malignen Pleuraergusses bei Pleurametastasen eines metastasierenden Ovarialkarzinoms. Am Aufnahme-tag erfolgte die Pleurodese und therapeutische Drainage der Pleurahöhle. Was ist die Hauptdiagnose?
Kodierempfehlung:	Hauptdiagnose: C78.2† <i>Sekundäre bösartige Neubildung der Pleura</i> Nebendiagnosen: J91* <i>Pleuraerguss bei anderenorts klassifizierten Krankheiten</i> C56 <i>Bösartige Neubildung des Ovars</i> Aufnahme-veranlassend war der ausgeprägte maligne Pleuraerguss bei Pleurametastasen, weshalb auch am Aufnahme-tag in Zielrichtung des Pleuraergusses die Pleurodese und Drainageanlage erfolgte. Die Hauptdiagnose C78.2† <i>Sekundäre bösartige Neubildung der Pleura</i> wird über das Kreuz-/Stern-System auf Grund des malignen Pleuraergusses kodiert.

Kodierempfehlung:	235
Schlagworte:	Krampfanfall, Hirnmetastase, Symptom
Erstellt:	19.08.2008
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Die stationäre Aufnahme erfolgt mit Krampfanfall. Die Diagnostik ergibt eine bisher unbekannte Hirnmetastase bei bekanntem kleinzelligen Bronchial-Karzinom. Es erfolgen eine Behandlung mit Dexamethason und eine Bestrahlung der Hirnmetastase. Was ist als Hauptdiagnose zu kodieren?
Kodierempfehlung:	Aufnahmearbeit war das Symptom Krampfanfall. Als zu Grunde liegende Erkrankung wird die Hirnmetastase diagnostiziert. Somit ist nach DKR D002 C79.3 <i>Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute</i> als Hauptdiagnose zu kodieren. Nebendiagnose ist das Bronchialkarzinom.

Kodierempfehlung:	237
Schlagworte:	Port-Katheter, Thrombose, Tumor
Erstellt:	19.08.2008
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Die stationäre Aufnahme erfolgt zur Korrektur des Port-Katheters bei Thrombose. Bekannt ist ein metastasierendes Rektum-Karzinom. Was ist die Hauptdiagnose? Ist der Tumor als Nebendiagnose zu kodieren?
Kodierempfehlung:	Handelt es sich um eine Thrombose des Katheters, ist T82.8 <i>Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen</i> Hauptdiagnose. Handelt es sich um eine Thrombose der Vene, ist ein Kode aus I80.- <i>Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis</i> oder aus I82.- <i>Sonstige venöse Embolie und Thrombose</i> Hauptdiagnose. Der Tumor kann als Nebendiagnose kodiert werden, wenn die Nebendiagnosendefinition erfüllt ist. Für Fälle nach dem Beschluss des Schlichtungsausschuss Bund vom 04.07.2016 (veröffentlicht am 27.07.2016) gilt: Wenn - wie im beschriebenen Fall - ausschließlich die einzelne Erkrankung oder Komplikation als Folge einer Tumorthherapie behandelt wird (hier: Thrombose des Port-Katheters), wird diese als Hauptdiagnose angegeben (wie oben beschrieben T82.8 bzw. ein Kode aus I80.-). Der Tumor wird in diesem Fall als Nebendiagnose angegeben. Werden dagegen weitere diagnostische oder therapeutische Maßnahmen in direktem Zusammenhang mit der Tumorerkrankung durchgeführt, wird die Tumorerkrankung Hauptdiagnose.

Kodierempfehlung:	238
Schlagworte:	Nekrose, Fettgewebe, Operationsgebiet, Mammakarzinom
Erstellt:	19.08.2008
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Patientin mit Mammakarzinom. Zustand nach brusterhaltender Therapie, Chemotherapie und Radiatio. Aktuell stationäre Behandlung und Therapie einer Fettgewebsnekrose im Operationsgebiet. Weitere diagnostische und/oder therapeutische Maßnahmen in Bezug auf die Tumorerkrankung erfolgten nicht. Was ist die Hauptdiagnose? C50.- <i>Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]</i> oder N64.1 <i>Fettgewebsnekrose der Mamma</i>
Kodierempfehlung:	Hauptdiagnose ist N64.1 <i>Fettgewebsnekrose der Mamma</i>. Entsprechend DKR 0201 war der Aufnahmegrund weder die maligne Erkrankung noch die Chemo-/Strahlentherapie, so dass die Hauptdiagnose gemäß DKR D002 zu wählen ist. Siehe auch Kodierempfehlungen 348 und 349. Hinweis: Zur Klarstellung wurde nach dem Beschluss des Schlichtungsausschusses Bund gemäß § 17c Abs. 3 KHG – Aktenzeichen 01/2015 – ergänzt, dass in diesem Fall keine weiteren diagnostische und/oder therapeutische Maßnahmen im Hinblick auf die Tumorerkrankung erfolgten.

Kodierempfehlung:	244
Schlagworte:	COPD, Insuffizienz, chronisch respiratorische, Hauptdiagnose, Symptom
Erstellt:	19.08.2008
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Stationäre Aufnahme eines 67-jährigen Patienten zur Kontrolle seiner Heimbeatmung (nicht invasive Beatmung), die wegen schwerer COPD (chronic obstructive pulmonary disease; FEV 35 % des Sollwertes) mit chronischer respiratorischer Insuffizienz erforderlich ist. Die Heimbeatmung wird während der zweitägigen stationären Behandlung angepasst und fortgeführt. Zusätzlich wird die medikamentöse Therapie der COPD fortgesetzt. Was ist die Haupt- bzw. Nebendiagnose?
Kodierempfehlung:	Ein Kode aus J96.1- <i>Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert</i> ist Symptom der zu Grunde liegenden, bekannten Erkrankung J44.81 <i>Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit, FEV1 $\geq$ 35 % und $<$ 50 % des Sollwertes</i>, die während des stationären Aufenthaltes behandelt wird. J44.81 ist deshalb Hauptdiagnose. Ein Kode aus J96.1- stellt ein eigenständiges und wichtiges Problem dar und ist als Nebendiagnose zusätzlich anzugeben (DKR D003, Abschnitt Symptom als Nebendiagnose). Für Fälle ab 2010 sind die Änderungen der DKR D003 zu Symptomen als Nebendiagnosen zu berücksichtigen. Für Fälle ab 2017 sind die Hinweise unter J96.1- zu berücksichtigen.

Kodierempfehlung:	245
Schlagworte:	Shuntverschluss, Shuntneuanlage, Niereninsuffizienz
Erstellt:	19.08.2008
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Siehe Kodierempfehlung 466, Fallkonstellation 5.
Kodierempfehlung:	Siehe Kodierempfehlung 466, Fallkonstellation 5.

Kodierempfehlung:	246
Schlagworte:	Ulcus duodeni, Unterspritzung
Erstellt:	19.08.2008
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Mit welchem OPS-Kode ist die Unterspritzung eines Ulcus duodeni zu verschlüsseln? 5-449.e3 <i>Andere Operationen am Magen, Injektion, Endoskopisch</i> oder 5-469.e3 <i>Andere Operationen am Darm, Injektion, Endoskopisch</i>
Kodierempfehlung:	5-469.e3 <i>Andere Operationen am Darm, Injektion, Endoskopisch</i> ist zu kodieren. Mit diesem Kode lässt sich die Injektionstherapie im Sinne der Unterspritzung eines Duodenalulcus spezifisch abbilden. Das Duodenum ist anatomisch dem Dünndarm zuzuordnen.

Kodierempfehlung:	247
Schlagworte:	Therapie, intrauterin, Lungenreifung, Prophylaxe
Erstellt:	19.08.2008
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Für die Prophylaxe des Respiratory Distress-Syndrom (RDS) des Neugeborenen wird der Mutter Betamethason verabreicht. Ist dies mit dem OPS-Kode 5-754.2 <i>Intrauterine Therapie des Feten, medikamentös</i> kodierbar?
Kodierempfehlung:	Die Gabe von Betamethason zur Lungenreifung begründet nicht die Kodierung des OPS-Kodes 5-754.2 <i>Intrauterine Therapie des Feten, Medikamentös</i>. Die Gabe von Medikamenten über die Mutter stellt keine intrauterine Therapie des Feten im Sinne des OPS-Kodes dar.

Kodierempfehlung:	248
Schlagworte:	Wundversorgung, Wundausschneidung, Wundverschluss, primär
Erstellt:	19.08.2008
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Welcher OPS-Kode ist für eine primäre Wundversorgung einer Gelegenheitswunde (z. B. Quetschwunde, Platzwunde) mit Wundausschneidung und primärem Wundverschluss anzugeben?
Kodierempfehlung:	Zutreffend ist ein OPS-Kode aus 5-900.0- <i>Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut, Primärnaht</i> . Mit diesem ist entsprechend dem Inklusivum zum OPS 5-900 auch die Wundrandexzision (nach Friedrich) zu kodieren.

Kodierempfehlung:	249
Schlagworte:	Refluxpyelonephritis, Ureterkatheter
Erstellt:	19.08.2008
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Aufnahme wegen akuter Refluxpyelonephritis mit Fieber bei liegendem Doppel-J-Ureterkatheter, der im Anschluss an eine drei Wochen zuvor erfolgte ureterorenoskopische Steinentfernung eingelegt worden war. Dieser wird am zweiten Tag des stationären Aufenthaltes gewechselt. Was ist die Hauptdiagnose? N10 <i>Akute tubulointerstitielle Nephritis</i> oder T83.5 <i>Infektion und entzündliche Reaktion durch Prothese, Implantat oder Transplantat im Harntrakt</i>
Kodierempfehlung:	Hauptdiagnose ist N10 <i>Akute tubulointerstitielle Nephritis</i> als spezifischerer Kode in Bezug auf die Erkrankung.

Kodierempfehlung:	250
Schlagworte:	Sepsis, SIRS
Erstellt:	19.08.2008
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Darf eine Sepsis ohne einen Kode aus R65.-! <i>Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS]</i> verschlüsselt werden, wenn die Kriterien der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) und der Deutschen Sepsis Gesellschaft (DSG) für SIRS ohne Organkomplikation, z. B. bei fehlenden oder negativen Blutkulturen, nicht erfüllt werden?
Kodierempfehlung:	Die Kodierung einer Sepsis ist nur mit der zusätzlichen Kodierung eines SIRS infektiöser Genese möglich, z. B. R65.0! <i>Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese ohne Organkomplikationen</i>. Wenn die Kriterien eines SIRS infektiöser Genese nicht erfüllt sind, ist auch nicht von einer Sepsis auszugehen (die SIRS-Kriterien sind nur bei Patienten ab dem vollendeten 16. Lebensjahr anwendbar). Gemäß DKR D012 gehört R65.-! zu den obligat anzugebenden Kodes. Siehe auch Kodierempfehlung 223. Diese Kodierempfehlung ist nur für Fälle bis einschließlich 2019 gültig.

Kodierempfehlung:	251
Schlagworte:	Plazenta, Geburt
Erstellt:	10.09.2008
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Eine Schwangere am Termin wird im Notarztwagen auf der Fahrt in das Krankenhaus entbunden. Die Plazenta folgt spontan und vollständig nach Aufnahme im Krankenhaus. Mutter und Neugeborenes werden für drei Tage stationär betreut. Was ist die Hauptdiagnose?
Kodierempfehlung:	Bei Geburt <u>eines Kindes außerhalb</u> des Krankenhauses (DKR 1518) und Geburt der <u>Plazenta im Krankenhaus</u> ohne Komplikationen und/oder operative Prozeduren ist ein Kode aus Z39.- <i>Postpartale Betreuung und Untersuchung der Mutter</i> die korrekte Hauptdiagnose. Bei Geburt eines Kindes außerhalb des Krankenhauses und Geburt der Plazenta im Krankenhaus mit Komplikationen und/oder operativen Prozeduren wird die entsprechende Komplikation als Hauptdiagnose kodiert. Für das Neugeborene wird ein eigener Fall mit der Hauptdiagnose z. B. Z38.1 <i>Einling, Geburt außerhalb des Krankenhauses</i> gebildet.

Kodierempfehlung:	252
Schlagworte:	Photopherese
Erstellt:	23.10.2008
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Bei einem stationären Aufenthalt werden zwei Photopherese-Behandlungen an zwei aufeinander folgenden Tagen im Rahmen eines Photopherese-Zyklus durchgeführt. Ist der OPS 8-824 <i>Photopherese</i> einmal während des stationären Aufenthalts oder für jede einzelne Photopherese-Behandlung zu kodieren?
Kodierempfehlung:	Bei einer Photopherese-Behandlung wird nach Punktion einer Vene Blut über ein Pumpensystem gefördert und in einem extrakorporalen Kreislauf separiert. Plasma und Erythrozyten werden unmittelbar wieder reinfundiert. Die Leukozytenfraktion wird mit einem Photosensibilisator versetzt, im extrakorporalen Kreislauf mit UV-Licht bestrahlt und anschließend reinfundiert. Eine Photopherese-Behandlung dauert etwa 2,5 bis 3 Stunden. Ein Photopherese-Zyklus besteht in der Regel aus zwei Photopherese-Behandlungen an aufeinander folgenden Tagen. Da das Blut über ein Pumpensystem gefördert wird, kann keine Venenverweilkanüle verwandt werden, so dass an jedem Tag erneut eine Venenpunktion mit einer Dialysekanüle erforderlich ist. Jede einzelne Photopherese-Behandlung wird mit dem OPS-Kode 8-824 <i>Photopherese</i> gesondert verschlüsselt. Der OPS-Kode bezieht sich nicht auf einen Behandlungszyklus, sondern auf die Einzelleistung der Photopherese. Laut DKR P005 soll die Prozedurenkodierung den Aufwand widerspiegeln, deshalb sind multiple Prozeduren so oft zu kodieren, wie sie während der Behandlungsphase durchgeführt wurden. Die Ausnahmeregelungen der DKR P005 treffen für den dargestellten Fall nicht zu. Ab 2009 ist der Sachverhalt durch einen Hinweis zum OPS-Kode 8-824 klargestellt.

Kodierempfehlung:	254
Schlagworte:	Femurfraktur, intraoperativ
Erstellt:	23.10.2008
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Wie ist eine intraoperative Femurschaftfraktur (z. B. beim Einschlagen der Prothese) als Nebendiagnose zu kodieren? <i>S72.3 Fraktur des Femurschaftes</i> oder <i>M96.6 Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte</i>
Kodierempfehlung:	Unter Berücksichtigung der DKR D015 "Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Maßnahmen" ist abzuleiten, dass für diesen Fall S72.3 zutrifft (betroffenes Organ und Art der Erkrankung spezifisch beschrieben). M96.6 beschreibt zwar den Zusammenhang mit der medizinischen Maßnahme, aber ohne Organbezug. Um den Zusammenhang mit einer medizinischen Maßnahme zu beschreiben, kann der Kode Y69! <i>Zwischenfälle bei chirurgischem Eingriff und medizinischer Behandlung</i> als Nebendiagnose zusätzlich angegeben werden. Für Fälle ab 2016 gilt: Zusätzlich zur Nebendiagnose S72.3 <i>Fraktur des Femurschaftes</i> ist M96.6 <i>Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte</i> anzugeben (siehe Hinweis unter S72.- sowie unter M96.6). Siehe auch Kodierempfehlung 78.

Kodierempfehlung:	259
Schlagworte:	Fußsyndrom, diabetisches, Amputationsstumpf, Infekt
Erstellt:	23.10.2008
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Ein Patient mit diabetischem Fußsyndrom und Zustand nach Unterschenkelamputation kommt erneut in die Klinik wegen eines Infektes des Amputationsstumpfes. Eine Fallzusammenführung ist nicht möglich, weil Wiederaufnahme oberhalb der OGVD. Was ist die Hauptdiagnose? T87.4 <i>Infektion des Amputationsstumpfes</i> oder E11.74 <i>Diabetes mellitus, Typ 2, mit multiplen Komplikationen, mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet</i>
Kodierempfehlung:	Aufnahmegrund ist im vorliegenden Fall nicht der Diabetes mellitus oder das Diabetische Fußsyndrom, sondern die Infektion im Bereich des Amputationsstumpfes. Die spezifischere Diagnose ist T87.4 <i>Infektion des Amputationsstumpfes</i> und damit Hauptdiagnose.

Kodierempfehlung:	260
Schlagworte:	Materialkombination, Frakturen, Osteosynthese
Erstellt:	22.10.2009
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	1. Welche Voraussetzungen müssen zur Kodierung einer Osteosynthese durch „Materialkombination“ bei der Versorgung von Frakturen (5-790 ff) vorliegen? 2. Wann sind verschiedene Osteosyntheseverfahren einzeln zu kodieren?
Kodierempfehlung:	Behandlungsfälle bis einschließlich 2009 werden wie folgt kodiert: Ad 1.: Dieselbe Lokalisation und derselbe Zugang mit mindestens zwei verschiedenen Verfahren (z. B. Platte und Zuggurtung) oder unterschiedlichen Werkstoffen (z. B. Zement und Metall) • Kodierung mit einem Kode für Materialkombination. Ad 2.: Mehrere Lokalisationen oder dieselbe Lokalisation mit mehreren offenen-chirurgischen Zugängen und/oder minimal-invasiven Zugängen zum Einbringen des Osteosynthesematerials: • Kodierung der einzelnen Osteosyntheseverfahren. Zweizeitiges Vorgehen: • Kodierung der einzelnen Osteosyntheseverfahren. Hinweis: Wird eines der aufgeführten Verfahren arthroskopisch assistiert durchgeführt, ist zusätzlich der Kode 5-810.6 <i>Arthroskopische Gelenkoperation, Arthroskopisch assistierte Versorgung einer Fraktur</i> anzugeben. Ab der OPS-Version 2010 sind die Codes für Materialkombination bzw. Materialkombinationen im Geltungsbereich des G-DRG-Systems (§ 17b KHG) nicht zu verwenden. Stattdessen sind bei Kombinationen von Osteosynthesematerialien während eines Eingriffs alle Komponenten einzeln zu kodieren.

Kodierempfehlung:	261
Schlagworte:	Fußsyndrom, diabetisches, Osteomyelitis
Erstellt:	23.10.2008
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Stationäre Aufnahme eines 68-jährigen Patienten mit diabetischem Fußsyndrom (u. a. Ulzerationen Wagner Stadium 3, Weichteilschwellung, Rötung). Zunächst konservative Therapie, u. a. Antibiose. Der Lokalbefund erfordert im Verlauf die operative Sanierung (Minor-Amputation). Präoperativ zeigt das Röntgenbild des Fußes mehrere Osteolysen im Vorfußbereich. Eine weiterführende Diagnostik prä- und postoperativ bezüglich einer Osteomyelitis im Vorfußbereich (z. B. Knochenszintigramm, MRT, histologische Knochenanalyse) findet nicht statt. Was ist die Hauptdiagnose? E11.74 <i>Diabetes mellitus, Typ 2, mit multiplen Komplikationen, mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet</i> oder M86.97 <i>Osteomyelitis, nicht näher bezeichnet, Knöchel und Fuß</i>
Kodierempfehlung:	Verantwortlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthalts ist das diabetische Fußsyndrom (E11.74) und damit Hauptdiagnose. Nach DKR 0401, Absatz Diabetisches Fußsyndrom, sind alle vorliegenden Manifestationen und Komplikationen (z. B. Osteomyelitis) zu kodieren, wenn sie der Definition einer Nebendiagnose entsprechen.

Kodierempfehlung:	262
Schlagworte:	Frühgeborenes, Neugeboreneninfektion, Behandlung, prophylaktische – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	23.10.2008
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	21.07.2020
Problem / Erläuterung:	Einem Frühgeborenen wird wegen stöhnender Atmung und Tachypnoe bei Zustand nach vorzeitigem Blasensprung ein Antibiotikum (Mezlocillin) verabreicht. Beendigung der Gabe nach fünf Tagen bei fehlenden Entzündungsparametern, da sich kein Hinweis auf eine Neugeboreneninfektion ergab. Kann Z29.21 <i>Sonstige prophylaktische Chemotherapie, Systemische prophylaktische Chemotherapie</i> zusätzlich zu P22.1 <i>Transitorische Tachypnoe beim Neugeborenen</i> kodiert werden?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	Nur P22.1 <i>Transitorische Tachypnoe beim Neugeborenen</i> wird als Nebendiagnose kodiert. Die entsprechende Beeinflussung des Patientenmanagements (Antibiotikagabe) ist durch diese Nebendiagnose veranlasst worden. In der Nebendiagnosendefinition wird nicht gefordert, dass eine als Nebendiagnose zu kodierende Krankheit/Beschwerde auch ursächlich oder spezifisch behandelt werden muss. Z29.21 <i>Sonstige prophylaktische Chemotherapie, Systemische prophylaktische Chemotherapie</i> kann nicht zusätzlich kodiert werden. Ein Z-Kode kann nur verwendet werden, wenn Diagnosen/ Symptome bestehen, die nicht als Krankheit, Verletzung oder äußere Ursache unter den Kategorien A00-Y89 klassifizierbar sind. Bezüglich der Verwendung von Z-Kodes sind die Hinweise am Anfang von Kapitel XXI der ICD-10-GM zu beachten.
Entscheidung Schlichtungsausschuss	Die prophylaktische Gabe eines Antibiotikums an ein Früh- oder Neugeborenes wegen stöhnender Atmung und Tachypnoe sowie Zustand nach vorzeitigem Blasensprung der Mutter ist mit dem Code P22.1 <i>Transitorische Tachypnoe beim Neugeborenen</i> und zusätzlich dem Code Z29.21 <i>Systemische prophylaktische Chemotherapie</i> zu kodieren.

Kodierempfehlung:	264
Schlagworte:	Exzision, radikale
Erstellt:	18.12.2008
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Im OPS 5-894 <i>Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut</i> ist definiert, dass eine lokale Exzision einer Fläche von bis zu 4 cm² oder einem Raum bis zu 1 cm³ entspricht. Beim Kode 5-895 <i>Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut</i> fehlt eine solche Definition. Wie ist nun eine Exzision einer Fläche von >4 cm² oder eines Raumes von >1 cm³ in den Fällen zu kodieren, in denen dies klinisch keiner radikalen oder ausgedehnten Exzision entspricht (ohne Sicherheitsabstand z. B. an Brustwand, Rücken, Bauch, Gesäß usw.)? Ist hier ein Kode aus 5-894 <i>Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut</i> zu verwenden?
Kodierempfehlung:	Ein Kode aus 5-895 <i>Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut</i> ist zu kodieren. Auf Grund des Hinweises zum OPS-Kode 5-894 <i>Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut</i> ist eine klare Definition bezüglich der Fläche und des Raumes vorgegeben. Somit sind alle größeren Exzisionen als ausgedehnt und/oder radikal zu kodieren, da keine andere Kodiermöglichkeit zur Verfügung steht. Für Fälle ab 2017 sind die Änderungen der In-und Exklusiva unter 5-895 zu beachten.

Kodierempfehlung:	266
Schlagworte:	Rethorakotomie, Reoperation
Erstellt:	18.12.2008
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Stationäre Aufnahme wegen eines parapneumonischen Thoraxempyems. Es werden eine Thoraxdrainage und Thorakoskopie mit Empyemausräumung und Dekortikation durchgeführt. Postoperativ Lungenembolie mit intensivmedizinischer Behandlung. Im weiteren Verlauf Thorakotomie mit offen chirurgischer Dekortikation. Darf 5-340.3 <i>Rethorakotomie</i> verschlüsselt werden?
Kodierempfehlung:	Bis einschließlich 2011 gilt: Im vorliegenden Fall handelt es sich zwar um eine Wiedereröffnung eines Operationsgebietes zur Durchführung einer anderen Operation in diesem Operationsgebiet, eine Rethorakotomie wurde jedoch nicht durchgeführt. Die Wiedereröffnung des Operationsgebietes kann daher nur mit dem OPS-Kode 5-983 <i>Reoperation</i> verschlüsselt werden. Ab 2012 gilt: Ab 2012 sind die Änderungen der DKR P013 und des OPS zu berücksichtigen. Ab 2012 ist der Code für die Dekortikation anzugeben und zusätzlich 5-349.6 <i>Reoperation an Lunge, Bronchus, Brustwand, Pleura, Mediastinum oder Zwerchfell</i> zu kodieren.

Kodierempfehlung:	268
Schlagworte:	Nierenversagen, akut, prärenal, Niereninsuffizienz, Nierenkrankheit, chronisch – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	04.06.2009
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	15.10.2020
Problem / Erläuterung:	1. Nach welchen Kriterien wird ein akutes Nierenversagen (ohne Histologiebefund) verschlüsselt? 2. Wie wird ein prärenales Nierenversagen z. B. bei Exsikkose kodiert? 3. Wann wird von einer chronischen Niereninsuffizienz/Nierenkrankheit gesprochen? Kann eine chronische Niereninsuffizienz/Nierenkrankheit als Nebendiagnose kodiert werden, wenn die glomeruläre Filtrationsrate (GFR) nur unter Verwendung der MDRD (Modification of Diet in Renal Disease)- oder Cockcroft-Gault-Formel bestimmt wird ohne sonstige Maßnahmen?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	1. Das akute Nierenversagen (ANV) ist eine schnell eintretende, prinzipiell reversible Verschlechterung der exkretorischen Nierenfunktion. Die Diagnose orientiert sich an den Rife-Kriterien (<i>Risk-Injury-Failure-Loss-ESRD</i>; internationale Konsensuskonferenz 2004) – Definition ANV (RIFLE-Stadium Failure): • Anstieg des Serumkreatinins um das 3-fache des Ausgangswertes oder • Serum-Kreatinin ≥ 4 mg/dl mit einem akuten Anstieg von mindestens 0,5 mg/dl oder • Abfall der GFR > 75 % oder • Rückgang der Urin-Ausscheidung auf $< 0,3$ ml/kg/h für 24 h oder • Anurie für mindestens 12 Stunden. 2007 wurde auf einer internationalen Konsensuskonferenz des Acute Kidney Injury Network (AKIN) der Begriff acute kidney injury geprägt. Dabei entsprechen die AKIN-Stadien 1 und 2 einem drohenden akuten Nierenversagen. Erst Stadium 3 beschreibt das Krankheitsbild des akuten Nierenversagens und entspricht dem Stadium Failure nach RIFLE.

2012 wurde durch die KDIGO-Foundation (Kidney Disease: Improving Global Outcomes) eine Leitlinie zur stadiengerechten Prävention und Therapie der akuten Nierenschädigung veröffentlicht, die auf den RIFLE und AKIN-Kriterien basiert und das Konzept der AKI (Acute Kidney Injury) weiterentwickelt.

KDIGO definiert die akute Nierenschädigung (AKI) als einen abrupten Rückgang der Nierenfunktion, der auch – aber nicht nur – das akute Nierenversagen umfasst. Entsprechend sind die Schwellenwerte, ab denen von einer AKI gesprochen wird, niedriger angesetzt.

Die KDIGO-Leitlinien weisen explizit darauf hin, dass die akute Nierenschädigung (AKI: Acute Kidney Injury) nicht mit einem akuten Nierenversagen (ARF: Acute Renal Failure) gleichzusetzen ist. Dies wird leider in manchen deutschsprachigen Publikationen durch eine ungenaue Übersetzung bzw. Gleichsetzung der Begriffe suggeriert.

Ein Patient kann ein akutes Nierenversagen und eine chronische Niereninsuffizienz/Nierenkrankheit zugleich aufweisen. Sofern weder eindeutig ein akutes noch ein chronisches Nierenversagen vorliegt, ist die Niereninsuffizienz mit N19 *Nicht näher bezeichnete Niereninsuffizienz* zu verschlüsseln, wenn eine Beeinflussung des Patientenmanagements vorgelegen hat.

2015 wurden in die Kategorie N17.- *Akutes Nierenversagen* der ICD-10-GM fünfte Stellen zur differenzierten, stadiengerechten Kodierung des akuten Nierenversagens gemäß den KDIGO-Leitlinien aufgenommen. Damit ist zwar eine stadiengerechte Abbildung auf der 5. Stelle möglich, allerdings finden sich damit auch die Stadien 1 und 2 unter der Bezeichnung „akutes Nierenversagen“. Zur klinischen Abgrenzung der akuten Nierenschädigung (AKI)/des akuten Nierenversagens von einem lediglich durch Exsikkose bedingten Anstieg der Retentionswerte ist allerdings bei den Stadien 1-3 der Hinweis „adäquate Flüssigkeitszufuhr vorausgesetzt“ eingefügt worden.

Für Fälle ab 2017 wird in der ICD-10 GM der adäquate Hydratationszustand nur noch für Stadium 1 gefordert.

2. Liegt nach den unter Punkt 1 genannten Kriterien ein prärenales akutes Nierenversagen vor (Stadium Failure nach RIFLE bzw. Stadium 3 nach AKIN), ist dies mit N17.9- *Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet* zu verschlüsseln.

Ab 2017 ist das akute prärenale Nierenversagen unter N17.- inkludiert. Damit gelten auch für die Verschlüsselung des akuten prärenalen Nierenversagens die Vorgaben dieser Kodegruppe, d. h. ab Stadium 2 ist das akute prärenale Nierenversagen auch unabhängig vom Hydratationszustand zum Zeitpunkt der Messungen stadiengerecht verschlüsselbar. Umgekehrt schließt jedoch ein nicht-adäquater Hydratationszustand zum Zeitpunkt der Messung die Kodierung eines Stadium 1 auch beim akuten prärenalen Nierenversagen aus. In dieser

Fallkonstellation wäre beispielsweise die E86 *Volumenmangel* zu kodieren.

3. Die Definition der chronischen Nierenkrankheit nach den KDIGO Guidelines 2012 lautet wie folgt:

Die Chronische Nierenkrankheit ist definiert als strukturelle oder funktionelle Auffälligkeit der Niere über mehr als 3 Monate mit Auswirkungen auf die Gesundheit.

Kriterien hierfür sind:

Zeichen einer Nierenschädigung über mindestens 3 Monate (ein oder mehrere Kriterien):

- Albuminurie (Albuminurie ≥ 30 mg/24 h, Albumin/Kreatinin, Quotient > 30 mg/g bzw. ≥ 3 mg/mmol)
 - Abnormes Urinsediment
 - Elektrolytstörungen oder andere abnorme Befunde infolge tubulärer Erkrankung
 - Abnormer histologischer Befund
 - Abnorme Befunde in bildgebenden Verfahren
 - Nierentransplantation in der Anamnese
- oder
- GFR < 60 ml/min/1,73 m² über mindestens 3 Monate

4. Die chronische Niereninsuffizienz/Nierenkrankheit hat bei der in Frage 4 genannten Konstellation das Patientenmanagement nicht beeinflusst. Der abnorme Befund hat keine klinische Bedeutung im Sinne einer therapeutischen Konsequenz oder einer weiterführenden Diagnostik gehabt. In diesem Fall ist die chronische Niereninsuffizienz/-krankheit nicht als Nebendiagnose anzugeben.

Grundsätzlich gilt auch für diese Kodierempfehlung, dass bei der Kodierung als Nebendiagnose das Patientenmanagement beeinflusst sein muss.

**Entscheidung
Schlichtungsausschuss**

Die Kodierung des akuten und chronischen Nierenversagens richtet sich nach dem Wortlaut des ICD-10-GM. Die chronische Niereninsuffizienz ist eine strukturelle oder funktionelle Auffälligkeit der Niere über mehr als 3 Monate mit Auswirkung auf die Gesundheit.

Kodierempfehlung:	269
Schlagworte:	Gonarthrose, Synovitis, Synoviorthese
Erstellt:	18.12.2008
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Ein Patient kommt zur chemischen Synoviorthese bei aktivierter primärer Gonarthrose mit ausgeprägter Synovitis. Was ist die Hauptdiagnose? M17.1 <i>Sonstige primäre Gonarthrose</i> oder M65.86 <i>Sonstige Synovitis und Tenosynovitis, Unterschenkel</i>
Kodierempfehlung:	Aufnahmegrund ist die Synovitis bei aktivierter Gonarthrose, damit ist als Hauptdiagnose <i>M65.86 Sonstige Synovitis und Tenosynovitis, Unterschenkel</i> zu verschlüsseln.

Kodierempfehlung:	270
Schlagworte:	Schwangerschaft, Beendigung, vorzeitige, Zervixkarzinom, Kaiserschnitt, Sectio, Uterusexstirpation
Erstellt:	18.12.2008
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Bei histologisch gesichertem und bereits fortgeschrittenem Zervixkarzinom wird in der 33. SSW die Entbindung durch primäre Sectio vor Wehenbeginn durchgeführt. Es wird ein gesundes Frühgeborenes entwickelt. Im gleichen Eingriff erfolgt die radikale Uterusexstirpation mit pelviner und paraaortaler Lymphadenektomie sowie Adnexektomie rechts. Was ist die Hauptdiagnose? C53.8 <i>Bösartige Neubildung der Cervix uteri, mehrere Teilbereiche überlappend</i> oder O34.4 <i>Betreuung der Mutter bei sonstigen Anomalien der Cervix uteri</i>
Kodierempfehlung:	Nach DKR 1505 „Vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft“ ist als Hauptdiagnose O34.4 <i>Betreuung der Mutter bei sonstigen Anomalien der Cervix uteri</i> zu wählen. Der Kode C53.8 <i>Bösartige Neubildung der Cervix uteri, mehrere Teilbereiche überlappend</i> wird als Nebendiagnose angegeben.

Kodierempfehlung:	271
Schlagworte:	Arthrodese, Lapidus, Hallux valgus, Osteotomie
Erstellt:	18.12.2008
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Wie ist eine modifizierte Lapidus-Arthrodese bei Hallux valgus-Deformität zu kodieren? 5-808.a0 <i>Arthrodese, Fußwurzel und Mittelfuß, ein oder zwei Gelenkfächer</i> und/oder 5-781.9u <i>Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie mit Achsenkorrektur, Tarsale</i>
Kodierempfehlung:	Korrekt ist die Kodierung nur mit 5-808.a0 <i>Arthrodese, Fußwurzel und Mittelfuß, ein oder zwei Gelenkfächer</i>. Hier erfolgt keine Korrekturosteotomie im Fußwurzelbereich, sondern eine Winkelkorrektur durch Resektion am Os cuneiforme und am Metatarsale I, die durch Arthrodese und nicht durch Korrekturosteotomie fixiert wird. Eine komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie mit Achsenkorrektur stellt eine Kontinuitätsdurchtrennung eines Knochens dar, der unter Berücksichtigung von Korrekturwinkeln, auch dreidimensional, wieder osteosynthetisch aneinandergefügt wird. Das Abtrennen eines Knochenstückes, auch einer Gelenkfläche, ist eine partielle Knochenresektion. Somit ist im Sinne der monokausalen Kodierung die Arthrodese zu kodieren, die grundsätzlich eine partielle (auch Achsen korrigierende) Knochenresektion umfasst. Für Fälle ab 2017 ist ausschließlich 5-808.a4 <i>Offen chirurgische Arthrodese, Fußwurzel und/oder Mittelfuß, Ein Gelenkfach</i> zu verwenden.

Kodierempfehlung:	272
Schlagworte:	WPW-Syndrom, Herz, Untersuchung, elektrophysiologische, EPU
Erstellt:	18.12.2008
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Kann bei Durchführung einer kathetergestützten elektrophysiologischen Untersuchung (EPU) des Herzens bei WPW-Syndrom neben dem OPS-Kode 1-265.5 zusätzlich der Kode 1-265.2 angegeben werden? 1-265.5 <i>Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt: Bei WPW-Syndrom</i> 1-265.2 <i>Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt: Bei inter- und intraatrialen Leitungsstörungen</i>
Kodierempfehlung:	Der OPS-Kode 1-265.5 <i>Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt: Bei WPW-Syndrom</i> ist spezifisch auf die Untersuchung eines WPW-Syndroms ausgerichtet und enthält alle für diese Maßnahme erforderlichen Informationen, auch die Überprüfung der inter- und intraatrialen Leitungsstörungen. Alle Prozedurenkomponenten, die im Rahmen der Prozedur anfallen, sind im Kode enthalten. Ab 2012 ist der OPS-Kode 1-265.2 entfallen.

Kodierempfehlung:	273
Schlagworte:	Harnstauung, Infekt, Ureterstent, Pyonephrose
Erstellt:	18.12.2008
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Aufnahme wegen Harnstauungsniere mit Infektion bei verstopftem Ureterstent, der wegen einer Ureterstriktur infolge einer Strahlentherapie nach Operation eines Ovarialkarzinoms eingelegt wurde. Dieser wurde während des stationären Aufenthaltes gewechselt. Was ist die Hauptdiagnose? N13.6 <i>Pyonephrose</i> oder T83.1 <i>Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Urogenitaltrakt: Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte oder Implantate im Harntrakt</i>
Kodierempfehlung:	Hauptdiagnose ist N13.6 <i>Pyonephrose</i>. Diese bezeichnet den Anlass der Aufnahme ins Krankenhaus und ist der spezifischere Kode in Bezug auf die Erkrankung (DKR D015 „Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Maßnahmen“). Als Nebendiagnose kann in diesem Fall T83.1 <i>Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte oder Implantate im Harntrakt</i> verschlüsselt werden, da durch den Stentwechsel die Nebendiagnosendefinition erfüllt ist. Hinweis: Im Jahr 2012 wurde T83.1 aus der CCL-Matrix gestrichen.

Kodierempfehlung:	274
Schlagworte:	Hämaturie, Cumarine, Marcumar®
Erstellt:	18.12.2008
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Die Patientin wird aufgenommen wegen einer Makrohämaturie. Aus der Anamnese ist eine Therapie mit Marcumar® (Phenprocoumon) bekannt. Die Einnahme erfolgt auf Grund einer früheren Herzoperation. Im Rahmen des stationären Aufenthaltes wird ein Harnwegsinfekt diagnostiziert, der antibiotisch behandelt wird. Auf Grund der Hämaturie wird Marcumar® abgesetzt, worauf die Blutung sistiert. Zum Zeitpunkt der Entlassung kein Hinweis mehr auf Makrohämaturie. Was ist die Hauptdiagnose?
Kodierempfehlung:	Für Fälle bis einschließlich 2015 gilt: Als Hauptdiagnose ist R31 <i>Nicht näher bezeichnete Hämaturie</i> anzugeben. Nach DKR 1917 <i>Unerwünschte Nebenwirkungen von Arzneimitteln (bei Einnahme gemäß Verordnung)</i> ist ein oder mehrere Codes für den krankhaften Zustand (hier: Hämaturie), in dem sich die Nebenwirkungen manifestieren, optional ergänzt durch Y57.9! <i>Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen</i> zu kodieren. Weder N39.0 <i>Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet</i> noch D68.33 <i>Sonstige Koagulopathien, Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen und Antikörper, Hämorrhagische Diathese durch Cumarine (Vitamin-K-Antagonisten)</i> können auf Grund der Vorgaben der Speziellen Kodierrichtlinie als Hauptdiagnose zugewiesen werden. Diese sind als Nebendiagnosen zu kodieren, sofern die Nebendiagnosendefinition erfüllt ist. (Siehe auch Anmerkung unter Beispiel 4 im Abschnitt Zuweisung eines Symptoms als Hauptdiagnose in DKR D002, die in besonderen Fällen die Benutzung der Regeln der spezifischen Kapitel fordert.) Für Fälle ab 2016 ist die Ergänzung zur Klarstellung in DKR 1917 zu beachten. Siehe auch Kodierempfehlungen 23 und 114.

Kodierempfehlung:	275
Schlagworte:	Rechtsherzkatheter, Monitoring, Pulmonalkatheter – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	02.02.2009
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	06.10.2020
Problem / Erläuterung:	Bei einem Patienten wird im Rahmen einer Herzoperation ein Pulmonaleinschwemmkatheter gelegt. Präoperativ wie auch postoperativ werden hierüber zur besseren Steuerung der Katecholamintherapie verschiedene hämodynamische Parameter gemessen. Ein Parameter ist hierbei das Herzzeitvolumen, das mindestens 3-mal täglich gemessen wird. Ist für die Messung des Herzzeitvolumens einmalig der OPS-Kode 8-932 <i>Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Pulmonalarteriendruckes</i> zu verwenden oder ist jeweils ein Kode aus 1-273 <i>Rechtsherz-Katheteruntersuchung</i> zu verwenden?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	8-932 <i>Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Pulmonalarteriendruckes</i> ist zu kodieren. Die über den Pulmonalkatheter erfolgten Messungen sind als Patientenmonitoring zu werten. Dieser Kode ist nur anzugeben, wenn es sich um einen intensivmedizinisch versorgten Patienten handelt und kann nur einmal pro stationären Aufenthalt angegeben werden (siehe Hinweis zum Kode 8-93 und DKR P005, Tabelle 1).
Entscheidung Schlichtungsausschuss	Das in diesem Fall (KDE-275) zur Steuerung einer Katecholamintherapie durchgeführte prä- und postoperative Monitoring des Herzzeitvolumens über einen Pulmonaleinschwemmkatheter ist bei dem intensivmedizinisch behandelten Patienten als Patientenmonitoring einmal mit dem OPS-Kode 8-932 <i>Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Pulmonalarteriendruckes</i> zu kodieren (siehe Hinweis zum Kode 8-93 und DKR P005, Tabelle 1).

Kodierempfehlung:	276
Schlagworte:	Zystitis, akute, N30.0
Erstellt:	02.02.2009
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Wann kann N30.0 <i>Akute Zystitis</i> in Abgrenzung zu N39.0 <i>Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet</i> kodiert werden?
Kodierempfehlung:	Bei der akuten Zystitis N30.0 handelt es sich um eine infektiöse Entzündung der Blasenschleimhaut. Neben den erfüllten Kriterien zu N39.0 <i>Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet</i> muss die Harnwegsinfektion klinisch (z. B. Schmerzsymptomatik) oder apparativ (z. B. Zystoskopie) auf die Blase lokalisierbar sein. Siehe auch Kodierempfehlung 8.

Kodierempfehlung:	278
Schlagworte:	Fraktur, Frühkomplikation
Erstellt:	02.02.2009
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Eine distale Radiusfraktur wurde primär mit dorsaler Platte versorgt, Wiederaufnahme mit Frakturdislokation, jetzt Anlage einer volaren Platte. Welche Hauptdiagnose ist korrekt? S52.5- <i>Distale Fraktur des Radius</i> oder T79.8 <i>Sonstige Frühkomplikationen eines Traumas</i>
Kodierempfehlung:	Hauptdiagnose bleibt die Fraktur. Gemäß DKR D005 handelt es sich um die nachfolgende Behandlung einer aktuellen Verletzung.

Kodierempfehlung:	287
Schlagworte:	Lymphfistel, postoperativ
Erstellt:	04.06.2009
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Bei einem Patienten mit einem metastasierenden Melanom wird eine Lymphknotenexstirpation in der Leiste durchgeführt. Histologisch zeigt sich eine Lymphadenopathie. Postoperativ bildet sich nach der Entlassung eine Lymphfistel aus. Stationäre Aufnahme zur Revision der Leistenregion. Wie lautet die Hauptdiagnose des zweiten stationären Aufenthaltes? I89.8 <i>Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten</i> oder T81.8 <i>Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert</i>
Kodierempfehlung:	I89.8 <i>Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten</i> ist der spezifischere Code in Bezug auf die Erkrankung.

Kodierempfehlung:	288
Schlagworte:	Mangelernährung, Eiweiß-, Energie-
Erstellt:	11.08.2009
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Welche Kriterien/Angaben sind für die Diagnosestellung einer Krankheit aus E43 <i>Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweißmangelernährung</i> bzw. E44.- <i>Energie- und Eiweißmangelernährung mäßigen und leichten Grades</i> erforderlich?
Kodierempfehlung:	<i>Energie- und Eiweißmangelernährung</i>, auch Protein-Energie-Malnutrition (PEM) genannt, beschreibt eine bestimmte Form der Unterernährung, bei der das Defizit an Energie („Kalorien“) und Proteinen (Eiweiß) im Vordergrund steht. Die in den Definitionen zu den ICD-Kodes E43 und E44.- aufgeführten Kriterien müssen nachgewiesen und dokumentiert sein. Darüber hinaus sind durch eine qualitative/quantitative Ernährungsanamnese /Ernährungsprotokoll und/oder durch gängige Screeningverfahren/Scores die Mangelernährung zu erfassen und gegebenenfalls der Proteinmangel laborchemisch nachzuweisen (z. B. Serumalbumin). Siehe auch Kodierempfehlung 599.

Kodierempfehlung:	289
Schlagworte:	Herz-Lungen-Maschine, HLM, Hämofiltration
Erstellt:	04.06.2009
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Ein Patient mit höhergradiger Aortenklappenstenose und akuter kardialer Dekompensation wird in ein Herzzentrum verlegt. Keine Angabe einer Niereninsuffizienz. Nach zweitägiger Vorbereitung Notfall-Aortenklappenersatz, intraoperativ IABP (intraaortale Ballonpumpe), intraoperativer Flüssigkeitsentzug über die HLM (Herz-Lungen-Maschine), ansonsten im gesamten Verlauf keine Dialyse. Ist die Kodierung des OPS 8-853.3 <i>Hämofiltration, intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation</i> einschließlich der Abrechnung des ZE62 <i>Hämofiltration, intermittierend</i> korrekt?
Kodierempfehlung:	Im oben genannten Behandlungsfall ist während der Herzoperation ein Flüssigkeitsentzug unter Einsatz der HLM vorgenommen worden. Eine Hämofiltration als gesondertes/eigenständiges Verfahren im Sinne des OPS 8-853.3 ist nicht zusätzlich vorgenommen worden.

Kodierempfehlung:	291
Schlagworte:	Angiomyolipom, Niere
Erstellt:	04.06.2009
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Was ist der spezifische ICD-Kode bei Operation eines Angiomyolipoms der Niere? D17.7 <i>Gutartige Neubildung des Fettgewebes an sonstigen Lokalisationen</i> oder D30.0 <i>Gutartige Neubildung der Harnorgane, Niere</i>
Kodierempfehlung:	Die zutreffende Hauptdiagnose ist D30.0 <i>Gutartige Neubildung der Harnorgane, Niere</i>. Primär sind die Neubildungen in der ICD nach Organbezug geordnet, der histologische Typ kann sekundär durch die Verschlüsselung des Morphologie-Schlüssels angegeben werden, ohne jedoch für die Gruppierung des Falles relevant zu sein. Siehe auch Kodierempfehlungen 219 und 229.

Kodierempfehlung:	294
Schlagworte:	Thrombose, Plasmozytom – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	04.06.2009
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	06.10.2020
Problem / Erläuterung:	Ein Patient wurde wegen einer ambulant bereits diagnostizierten Becken-Beinvenenthrombose ins Krankenhaus aufgenommen und heparinisiert. Die weitere Diagnostik ergab u. a. eine Paraproteinämie, aus der das Vorliegen eines Plasmozytoms abgeleitet wurde. Es erfolgte daraufhin eine Chemotherapie. Was ist als Hauptdiagnose, was als Nebendiagnose anzugeben?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	Die Aufnahme wurde durch die tiefe Beinvenenthrombose hauptsächlich veranlasst, die somit Hauptdiagnose ist. Selbst wenn möglicherweise ein Zusammenhang zwischen Thrombose und Plasmozytom – im Sinne eines paraneoplastischen Geschehens – herzustellen ist, stellt die Thrombose eine eigenständige Krankheit dar, kein Symptom. 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. Der Verdacht auf das Vorliegen eines Plasmozytoms ergab sich erst im Verlauf der stationär durchgeführten Diagnostik und nach Aufnahme des Patienten und veranlasste die Aufnahme ins Krankenhaus nicht. Das Plasmozytom ist als Nebendiagnose zu kodieren.
Entscheidung Schlichtungsausschuss	In dem beschriebenen Fall (KDE-294), bei dem der Patient wegen einer ambulant bereits diagnostizierten Becken-Beinvenenthrombose ins Krankenhaus aufgenommen sowie heparinisiert wurde und die weitere Diagnostik u. a. eine Paraproteinämie bei Plasmozytom ergab, die mittels Chemotherapie behandelt wurde, richtet sich die Auswahl der Hauptdiagnose nach dem Abschnitt „Zwei oder mehr Diagnosen, die gleichermaßen der Definition der Hauptdiagnose entsprechen“ der DKR D002 Hauptdiagnose. Demnach gilt:

„Zwei oder mehr Diagnosen, die gleichermaßen der Definition der Hauptdiagnose entsprechen

Wenn zwei oder mehrere Diagnosen in Bezug zu Aufnahme, Untersuchungsbefunden und/oder der durchgeführten Therapie gleichermaßen die Kriterien für die Hauptdiagnose erfüllen und ICD-10-Verzeichnisse und Kodierrichtlinien keine Verschlüsselungsanweisungen geben, 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. Hierbei ist es unerheblich, ob die Krankheiten verwandt sind oder nicht.“

Die Hauptdiagnose ist danach abhängig vom Ressourcenverbrauch zu kodieren, welcher sich jedoch an Hand der hier zum Sachverhalt vorliegenden Informationen allein nicht abschließend sicher bestimmen lässt.

Kodierempfehlung:	296
Schlagworte:	Nierenversagen, akut, Morbus Wegener – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	04.06.2009
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	15.10.2020
Problem / Erläuterung:	Aufnahme bei akuter Verschlechterung der Nierenfunktion. Auf Grund eines akuten Nierenversagen (Nierenbiopsie RPGN – rapide progressive Glomerulonephritis) Durchführung von Hämodialysen. Als Grunderkrankung wird ein M. Wegener diagnostiziert (Erstdiagnose), eine Plasmapherese und Endoxan®-Stoß-Therapie erfolgen. Die Patientin bleibt dialysepflichtig. Was ist die Hauptdiagnose?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	Ein Kode aus N17.8- <i>Sonstiges akutes Nierenversagen</i> ist als Hauptdiagnose zuzuweisen, da es den stationären Aufenthalt hauptsächlich verursacht hat. Der Morbus Wegener war bisher nicht bekannt. Auch wenn im Rahmen des Aufenthaltes die Erstdiagnose gestellt wurde, so hat er dennoch den stationären Aufenthalt nicht hauptsächlich verursacht. Die Glomerulonephritis ist – zusammen mit dem Befall des oberen und unteren Respirationstraktes – eine Manifestation der granulomatösen Vaskulitis bei Wegener'scher Granulomatose. Die Nierenbeteiligung des M. Wegener (M31.3) ist im Kreuz-Stern-System durch die spezifische Schlüsselnummer N08.5* <i>Glomeruläre Krankheiten bei Systemkrankheiten des Bindegewebes</i> zu kodieren. Der glomeruläre Befall bei Wegener-Granulomatose ist nicht gleichzusetzen mit einem akuten Nierenversagen. Das akute Nierenversagen stellt medizinisch und nach der Systematik der ICD-10-GM eine eigenständige Diagnose dar, auch wenn ein ursächlicher Zusammenhang mit der Grunderkrankung besteht. Das beschriebene akute Nierenversagen ist über die Schlüsselnummer N17.8- <i>Sonstiges akutes Nierenversagen</i> spezifisch zu kodieren, da ein histologischer Befund vorliegt.
Entscheidung Schlichtungsausschuss	In dem beschriebenen Fall (KDE-296), beim dem der Patient wegen einer akuten Verschlechterung der Nierenfunktion aufgenommen und aufgrund eines akuten Nierenversagens hämodialysiert wurde, eine Nierenbiopsie eine RPGN – rapide progressive Glomerulonephritis – zeigte und als zugrunde liegende Erkrankung ein M. Wegener (Granulomatose mit

Polyangiitis) erstmals diagnostiziert und eine Plasmapherese und Endoxan®-Stoß-Therapie erfolgte, ist für die Auswahl der Hauptdiagnose der Abschnitt „Zuweisung der zugrunde liegenden Krankheit als Hauptdiagnose“ der DKR D002 Hauptdiagnose anzuwenden.

Demnach gilt:

*„Zuweisung der zugrunde liegenden Krankheit als Hauptdiagnose
Wenn sich ein Patient mit einem Symptom vorstellt und die zugrunde liegende Krankheit zum Zeitpunkt der Aufnahme bekannt ist und behandelt wird bzw. während des Krankenhausaufenthaltes diagnostiziert wird, so ist die zugrunde liegende Krankheit als Hauptdiagnose zu kodieren.“*

Demnach ist die Granulomatose mit Polyangiitis (Wegener-Granulomatose) mit Nierenbeteiligung mit den beiden Codes M31.3† Wegener-Granulomatose und N08.5* Glomeruläre Krankheiten bei Systemkrankheiten des Bindegewebes als Hauptdiagnose zu kodieren.

Kodierempfehlung:	298
Schlagworte:	Thrombophlebitis, Varicosis
Erstellt:	04.06.2009
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Stationäre Aufnahme bei Thrombophlebitis im Bereich der Vena saphena magna mit Stamm- und Seitenastvaricosis. Es erfolgt eine antibiotische Therapie und Stripping der Vena saphena magna sowie von Seitenästen. Was ist die Haupt- und Nebendiagnose?
Kodierempfehlung:	Nach DKR D010 <i>Kombinations-Schlüsselnummern</i> ist I83.1 <i>Varizen der unteren Extremitäten mit Entzündung</i> zu verschlüsseln, da dieser Kode die diagnostische Information vollständig wiedergibt. Nach dieser DKR ist somit der Kode I80.0 <i>Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis oberflächlicher Gefäße der unteren Extremitäten</i> nicht zusätzlich zu kodieren.

Kodierempfehlung:	300
Schlagworte:	Blasenoperation, Nachblutung, Spülkatheter
Erstellt:	11.02.2010
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Bei einem Patienten wird eine transurethrale Resektion (TUR) eines Blasenkarzinoms durchgeführt. Der intraoperative Verlauf ist komplikationslos. Am ersten postoperativen Tag kommt es zu einer Nachblutung ohne Blasentamponade, es erfolgt eine Spülbehandlung. Als Hauptdiagnose wird der Kode C67.8 <i>Bösartige Neubildung der Harnblase, Harnblase, mehrere Teilbereiche überlappend</i> verschlüsselt. Wie wird die postoperative Blutung als Komplikation im Zusammenhang mit dem operativen Eingriff kodiert?
Kodierempfehlung:	Patienten haben nach einer TUR der Blase üblicherweise einen Spülkatheter für 1-2 Tage. Sind in diesem Zeitraum bei liegendem Spül-Dauerkatheter "Nachblutungen" (blutige Spülflüssigkeit) dokumentiert und ist eine Änderung des Patientenmanagements nicht erkennbar, so ist die Kodierung über T81.0 <i>Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert, Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert</i> nicht begründet. Wird der Spül-Dauerkatheter nach 1-2 Tagen entfernt und kommt es zu Nachblutungen, die es erforderlich machen, wieder einen Spül-Dauerkatheter anzulegen oder ist wegen persistierender Nachblutung über den üblichen Zeitraum von 1-2 Tagen hinaus eine Behandlung mit Spül-Dauerkatheter erforderlich, besteht eine Beeinflussung des Patientenmanagements. Unter Berücksichtigung der DKR D015 <i>Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Maßnahmen</i> und der dort vorgegebenen Hierarchisierung (spezifischer Kode für die Erkrankung vor Codes aus Tabelle 1 vor Codes aus T80 – T88) ist für diese Fälle T81.0 der spezifische Kode. Einen spezifischeren Kode in Bezug auf die Erkrankung bzw. Störung gibt es nicht.

Kodierempfehlung:	301
Schlagworte:	Transsexualismus, Eingriffe, operativ, geschlechtsadaptierend
Erstellt:	11.08.2009
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Welche Hauptdiagnose ist sachgerecht bei weiteren, medizinisch indizierten, geschlechtsadaptierenden operativen Eingriffen bei Transsexuellen, nachdem die primäre, geschlechtsumwandelnde Operation bereits erfolgt ist?
Kodierempfehlung:	Hauptdiagnose ist der ICD-Kode F64.0 <i>Transsexualismus</i> . Ausschlaggebend dafür ist die DKR D005, Abschnitt „Behandlung einer akuten Verletzung/ Verbrennung und geplanter Folgeeingriff“.

Kodierempfehlung:	302
Schlagworte:	Transplantatniere, Ureterstein, Harnstauung
Erstellt:	11.08.2009
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Eine junge Patientin kommt wegen einseitiger, kolikartiger Flankenschmerzen zur stationären Aufnahme. Bei der Patientin war vor einigen Jahren eine Nierentransplantation durchgeführt worden. Ursächlich für die Beschwerden ist ein Ureterstein mit Harnstauung. Im Rahmen der Harnstauung kommt es zu einer Verschlechterung der Nierenfunktion mit Anstieg der Retentionsparameter. Die immunsuppressive Therapie wird forciert, unter analgetischer und spasmolytischer Therapie kommt es zum Steinabgang und im Verlauf zum Rückgang der Nierenstauung. Die Retentionsparameter erholen sich nur zögerlich. Was ist die Hauptdiagnose? T86.10 <i>Akute Funktionsverschlechterung eines Nierentransplantates</i> oder N13.2 <i>Hydronephrose bei Obstruktion durch Nieren- und Ureterstein</i>
Kodierempfehlung:	Die Hauptdiagnose ist mit dem Kode N13.2 <i>Hydronephrose bei Obstruktion durch Nieren- und Ureterstein</i> anzugeben. Im vorliegenden Falle wird die Patientin wegen eines Uretersteines mit Harnstauung stationär aufgenommen. Eine Transplantatabstoßung liegt nicht vor. Es kommt zu einer vorübergehenden Funktionsstörung der Transplantatniere. Nach der DKR P015, Abschnitt „Versagen und Abstoßungsreaktion nach Transplantation“ wird ein Kode aus T86.- <i>Versagen und Abstoßung von transplantierten Organen und Geweben</i> als Hauptdiagnose zugewiesen, sofern der Patient auf Grund eines Versagens oder einer Abstoßungsreaktion aufgenommen wird. Erfolgt die Aufnahme aus einem anderen Grund, ist ein Kode aus T86.- nicht als Hauptdiagnose anzugeben.

Kodierempfehlung:	304
Schlagworte:	Endokarditis, Mitralinsuffizienz, Prophylaxe
Erstellt:	11.08.2009
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Ein Patient wird wegen einer chronischen Tonsillitis ins Krankenhaus zur Tonsillektomie aufgenommen. Anamnestisch ist eine Endokarditis bei noch bestehender Mitralinsuffizienz bekannt. Perioperativ erhält er deshalb prophylaktisch ein Antibiotikum. Kann die Mitralinsuffizienz als Nebendiagnose verschlüsselt werden?
Kodierempfehlung	Die Mitralinsuffizienz nach überstandener Endokarditis begründet die antibiotische Therapie und erfüllt somit die Nebendiagnosendefinition. Die entsprechende Beeinflussung des Patientenmanagements (Antibiotikagabe) 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. Siehe auch Kodierempfehlungen 157 und 158.

Kodierempfehlung:	305
Schlagworte:	Neutropenie, Chemotherapie
Erstellt:	11.08.2009
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Aufnahme zur Chemotherapie bei Non-Hodgkin-Lymphom. Da eine Neutropenie < 500/ μ l festgestellt wird, wird der Patient im Krankenhaus weiterbehandelt, eine Umkehrisolation vorgenommen. Zusätzlich werden prophylaktisch Antibiotika und Antimykotika verabreicht. Eine spezifische Behandlung der Neutropenie erfolgt nicht. Ist die Neutropenie als Nebendiagnose kodierbar?
Kodierempfehlung:	Bei dem oben genannten Patienten werden wegen einer Neutropenie prophylaktische Maßnahmen durchgeführt. Auf Grund des medikamentösen und pflegerischen Aufwandes erfüllt die Neutropenie die Nebendiagnosendefinition und ist somit zu verschlüsseln.

Kodierempfehlung:	308
Schlagworte:	Neubildungen, bösartige, Carcinoma in situ, C97!, Primärtumore, Lokalisation
Erstellt:	17.12.2009
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Eine Patientin wird an beiden Mammae operiert, auf der einen Seite ergibt sich ein invasives Karzinom, zu kodieren mit C50.8 <i>Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma], Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend</i>, auf der anderen Seite ein Carcinoma in situ, D05.7 <i>Carcinoma in situ der Brustdrüse [Mamma], Sonstiges Carcinoma in situ der Brustdrüse</i>. Kann hier zusätzlich C97! <i>Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen</i> kodiert werden?
Kodierempfehlung:	Nach der ICD-Systematik werden die bösartigen Neubildungen an genau bezeichneten Lokalisationen als <u>primär</u> festgestellt oder vermutet, ausgenommen lymphatisches, blutbildendes und verwandtes Gewebe, unter C00-C75 aufgelistet. Die Carcinomata in situ bilden eine eigene Gruppe in D00-D09 "In-situ-Neubildungen". Der Kode C97! erfordert (eine) bösartige Neubildung(en) als Primärtumor(en) (an mehreren Lokalisationen), die per definitionem hier nicht vorliegt.

Kodierempfehlung:	309
Schlagworte:	Bandscheibenvorfall, Spinalkanalstenose, Lähmung – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	22.10.2009
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	11.11.2020
Problem / Erläuterung:	Ein Patient wird wegen Bandscheibenvorfällen und Spinalkanalstenose mit Radikulopathie C6/C7 und Parese des M. trizeps brachii im Krankenhaus operiert (Bandscheibenexzision, Spondylodese, Dekompression). Kann als Nebendiagnose aufgrund der Trizepsparese auch G83.88 (ab 2016 G83.8) <i>Sonstige näher bezeichnete Lähmungssyndrome</i> angegeben werden?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	Bei dem Patienten lag ein mit dem ICD-Code G83.88 (ab 2016 mit dem ICD-Code G83.8) zu verschlüsselndes "sonstiges Lähmungssyndrom" nicht vor, sondern eine motorische und sensible radikuläre Symptomatik C6/C7 infolge von Bandscheibenvorfällen und Spinalkanalstenose in dieser Höhe entsprechend dem ICD-Code M50.1 <i>Zervikale Bandscheibenschäden, Zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie</i> in Verbindung mit G55.1* <i>Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei Bandscheibenschäden (M50-M51†)</i> . Mit diesen beiden ICD-Kodes, ggf. in Verbindung mit dem Code M48.02 <i>Sonstige Spondylopathien, Spinal(kanal)stenose, Zervikalbereich</i> ist das Krankheitsbild spezifisch beschrieben. Abgesehen davon erfüllt die – von der Hauptdiagnose erfasste – Trizepsparese nicht die Kriterien für die Kodierung als Nebendiagnose nach DKR D003.
Entscheidung Schlichtungsausschuss	Wird ein Patient wegen Bandscheibenvorfällen und Spinalkanalstenose mit Radikulopathie C6/C7 und Parese des M. trizeps brachii im Krankenhaus operiert (Bandscheibenexzision, Spondylodese, Dekompression), kann die Trizepsparese mit dem Code G83.2 <i>Monoparese und Monoplegie einer oberen Extremität</i> als Nebendiagnose kodiert werden.

Kodierempfehlung:	310
Schlagworte:	Infektionserreger, Mehrfachkodierung, Ausrufezeichenkodes, Resistenz
Erstellt:	22.10.2009
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Harnwegsinfekt mit Nachweis von <i>Enterococcus faecalis</i> mit Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika und mit High-Level-Aminoglykosid-Resistenz. Kann hier sowohl B95.2! - <i>Streptokokken, Gruppe D und Enterokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind</i> – als auch U80.20! – <i>Enterococcus faecalis mit Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika</i> kodiert werden?
Kodierempfehlung:	Beide Codes sind obligat anzugeben. Gemäß DKR D012 und der Hinweise in der ICD-10-GM (z. B. unter N30.- oder N39.0) wird mit einem Code aus B95.-! bis B97.-! bzw. ab 2010 bis B98.-! der Erreger als Ursache einer Erkrankung angegeben. Mit einem Code aus U80.-! bis U85.-! wird ggf. der Nachweis einer Resistenz angegeben. Ab 2016 sind die Enterokokken explizit im Titel des Codes B95.2! genannt.

Kodierempfehlung:	311
Schlagworte:	Obduktion
Erstellt:	17.12.2009
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Können bei Festlegung der Hauptdiagnose auch Obduktionsbefunde herangezogen werden?
Kodierempfehlung:	Laut DKR D002 sind für die Abrechnung relevante Befunde, die nach Entlassung eingehen, für die Kodierung heranzuziehen. Dies gilt bei der Festlegung der Hauptdiagnose auch für den Fall der Todesursachenklärung durch eine Obduktion.

Kodierempfehlung:	313
Schlagworte:	Immobilitätssyndrom
Erstellt:	17.12.2009
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Stationäre Aufnahme einer Patientin, Alter 82 Jahre, wegen Aspirationspneumonie und Exsikkose. Aufenthaltsdauer: 14 Tage. Ein Diabetes mellitus Typ II (mit oralen Antidiabetika eingestellt) und eine vaskuläre Demenz sind bekannt. Pflegeanamnese: Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI anerkannt. Die Patientin war in den ersten fünf Tagen stark eingeschränkt auf Grund einer erheblichen Dyspnoe im Rahmen der Pneumonie und konnte das Bett nur zum Toilettengang und zur Körperpflege verlassen. Nachdem sich die Pneumonie rückläufig gezeigt hatte, die respiratorische Situation sich stabilisiert hatte und die Exsikkose ausgeglichen worden war, wurde sie unter physiotherapeutischer Anleitung erfolgreich mobilisiert und ins Pflegeheim entlassen. Ist die Kodierung der Nebendiagnose M62.30 <i>Sonstige Muskelkrankheiten, Immobilitätssyndrom (paraplegisch), mehrere Lokalisationen</i> korrekt?
Kodierempfehlung:	Die Kodierung der Nebendiagnose M62.30 <i>Sonstige Muskelkrankheiten, Immobilitätssyndrom (paraplegisch), mehrere Lokalisationen</i> ist nicht korrekt. Die im vorliegenden Fall beschriebene vorübergehende Einschränkung der Mobilität kann mit R26.3 <i>Störungen des Ganges und der Mobilität, Immobilität</i> kodiert werden, da die Nebendiagnosendefinition erfüllt ist. Ein Immobilitätssyndrom liegt nicht vor. Dieses ist gekennzeichnet durch eine eingeschränkte Beweglichkeit auf Grund von Muskelatrophie, Knochenabbau, Gelenksteife, Marasmus oder psychische Faktoren. Es handelt sich hierbei um eine chronische Immobilität (permanent, irreversibel).

Kodierempfehlung:	314
Schlagworte:	Nierentransplantation, geplant, Herzkatheter, elektiv
Erstellt:	17.12.2009
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Ein Patient, Alter 58 Jahre, ausgeprägtes kardiovaskuläres Risikoprofil, wird stationär aufgenommen zur elektiven Herzkatheteruntersuchung vor geplanter Nierentransplantation bei dialysepflichtiger terminaler Niereninsuffizienz. Bisher kein Ischämienachweis, weder im Ruhe-EKG noch in der Ergometrie. Bei der Vorstellung in der Klinik ist der Patient völlig beschwerdefrei. Bei der Herzkatheteruntersuchung werden hämodynamisch wirksame Koronarstenosen ausgeschlossen. Es zeigt sich lediglich eine diffuse Koronarsklerose. Was ist als Hauptdiagnose zu kodieren?
Kodierempfehlung:	Die Zuweisung der Schlüsselnummer I25.10 <i>Atherosklerotische Herzkrankheit, ohne hämodynamisch wirksame Stenosen</i> als Hauptdiagnose ist korrekt. Diese hat den stationären Aufenthalt hauptsächlich veranlasst. Die Indikation zur Herzkatheteruntersuchung war unter der Verdachtsdiagnose "koronare Herzerkrankung" gestellt worden. Das Ergebnis der Koronarangiographie ergab eine Koronarsklerose, jedoch ohne hämodynamisch wirksame Stenosen. Der erhobene Befund ist mit der Schlüsselnummer I25.10 <i>Atherosklerotische Herzkrankheit, ohne hämodynamisch wirksame Stenosen</i> spezifisch kodierbar.

Kodierempfehlung:	315
Schlagworte:	Parese, Multiple Sklerose, akut, chronisch
Erstellt:	17.12.2009
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Ein Patient hat eine seit drei Jahren bekannte Multiple Sklerose mit (sekundär-) progredienter Verlaufsform mit so genanntem akkumulierendem Defizit (nicht vollständige Remission nach ursprünglich schubhaftem Verlauf). Es besteht eine beinbetonte spastische Tetraparese mit Rollstuhlpflichtigkeit. Wegen Progredienz der Defizite an der unteren Extremität wird der Patient zur intravenösen Methylprednisolon-Hochdosistherapie („Kortisonstoßtherapie“) stationär aufgenommen. Ist im oben genannten Fall nach den Vorgaben der DKR 0603 eine „akute“ oder „chronische“ Phase der beinbetonten Tetraparese zu kodieren? G82.40 <i>Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie, Spastische Tetraparese und Tetraplegie, <u>Akute</u> komplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese</i> oder G82.42 <i>Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie, Spastische Tetraparese und Tetraplegie, <u>Chronische</u> komplette Querschnittlähmung.</i>
Kodierempfehlung:	Das Kriterium der DKR 0603, dass von einer chronischen Phase einer nicht traumatischen Lähmung gesprochen wird, wenn die Behandlung der akuten Erkrankung, die die Lähmung verursachte, abgeschlossen ist, kann im oben genannten Fall der Multiplen Sklerose (MS) sowie bei anderen chronisch-entzündlichen Erkrankungen des zentralen oder peripheren Nervensystems (z. B. CIDP - chronische inflammatorische demyelinisierende Polyneuropathie) nicht herangezogen werden, da bei diesen die Behandlung der Grunderkrankung u. U. nie als endgültig abgeschlossen zu betrachten ist. Die Einschätzung, ob es sich nach den Vorgaben der DKR 0603 um eine akute oder chronische Lähmung handelt, sollte daher neben der Ätiologie die Behandlungsintensität berücksichtigen. Laut DKR 0603 liegt auch dann eine akute Lähmung vor, wenn sich die Erkrankung in Remission befand, sich jedoch verschlechtert hat und jetzt die gleiche Behandlungsintensität wie bei der Erstmanifestation erfordert. Wenn es also zu einer erneuten Verschlechterung einer zuvor voll- oder unvollständig zurückgebildeten Parese kommt und eine erneute Behandlung wie bei der Erstmanifestation (z. B. Kortisonstoßtherapie bei MS) bzw. die nächste Eskalationsstufe der Therapie (z. B. Plasmapherese, Immunglobuline bei CIDP)

durchgeführt wird, ist eine akute Para-/Tetraparese zu kodieren, auch wenn die Erkrankung bereits länger besteht.

Werden dagegen nur die Folgen der chronischen Lähmung behandelt (z. B. Botulinumtoxin bei Spastik), wird im oben genannten Fall die chronische Phase der Lähmung kodiert, auch wenn die Behandlung der Grunderkrankung (z. B. MS) nicht abgeschlossen ist/sein kann.

Kodierempfehlung:	316
Schlagworte:	Gerinnungsfaktoren, Mangel, erworbener, D68.4, Phenprocoumon
Erstellt:	17.12.2009
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Präoperativ wird bei einem antikoagulierten Patienten das Phenprocoumon abgesetzt und auf Grund des erniedrigten Quickwertes (INR) Vitamin K gegeben. Was wird als Nebendiagnose kodiert?
Kodierempfehlung:	Bis einschließlich 2014 gilt: Unter der Gabe von Phenprocoumon entsteht ein so genannter funktioneller Vitamin-K-Mangel, der im o. g. Fall zur Beeinflussung des Patientenmanagements geführt hat. Bei D68.4 <i>Erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren</i> wird als Inklusivum Gerinnungsfaktorenmangel durch Vitamin-K-Mangel aufgeführt. Bezüglich der Verwendung von Z-Kodes sind die Hinweise am Anfang von Kapitel XXI der ICD-10-GM sowie unter Z80-Z99 zu beachten. Für Fälle ab 2015 gilt: Z92.1 <i>Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulanzen in der Eigenanamnese</i> ist als Nebendiagnose zu kodieren, da die Vitamin K-Gabe eine Beeinflussung des Patientenmanagements im Sinne der Nebendiagnosendefinition darstellt. D68.4 <i>Erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren</i> bleibt den erworbenen Krankheiten des Gerinnungssystems vorbehalten, die nicht durch Antikoagulanzen und Antikörper bedingt sind. Das 2015 zu dieser Schlüsselnummer neu eingeführte Exklusivum verweist bei durch Antikoagulanzen und Antikörper hervorgerufener hämorrhagischer Diathese auf die Subkategorie D68.3-. Liegt beispielsweise eine Hämorrhagische Diathese durch Cumarine vor, ist diese mit D68.33 <i>Hämorrhagische Diathese durch Cumarine (Vitamin-K-Antagonisten)</i> zu kodieren. Ist keine Blutung unter der Marcumartherapie aufgetreten, ist der Code Z92.1 zu verschlüsseln, siehe hierzu Exklusivum zu dieser Schlüsselnummer. Siehe auch Kodierempfehlung Nr. 73.

Kodierempfehlung:	317
Schlagworte:	Beatmung, High Flow Therapy, nasale
Erstellt:	17.12.2009
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Ist die nasale Applikation von Atemgas (mit oder ohne zusätzliche Sauerstoffzugabe) über Nasenbrille mit hohem Fluss (Nasale High Flow Therapy, z. B. Optiflow™) als maschinelle Beatmung im Sinne der DKR 1001 anzusehen?
Kodierempfehlung:	Die nasale Applikation von Atemgas (mit oder ohne zusätzliche Sauerstoffzugabe) über Nasenbrille mit hohem Fluss entspricht nicht der Definition einer maschinellen Beatmung in DKR 1001. Bei Neugeborenen sind auch atmungsunterstützende Maßnahmen mit den entsprechenden OPS-Kodes zu verschlüsseln, soweit nicht eine maschinelle Beatmung erfolgt (gemäß Anmerkung in DKR 1001 bis einschließlich 2012). Dies allein rechtfertigt jedoch nicht das Kodieren der Beatmungsdauer, da es sich hierbei definitionsgemäß nicht um eine Beatmung im Sinne der DKR handelt. Ab 2013 wurde der Abschnitt zur Sauerstoffzufuhr bei Neugeborenen aus der DKR 1001 in die DKR 1603 verschoben. Ab 2021 wurde der Abschnitt zur Sauerstoffzufuhr bei Neugeborenen aus den DKR gestrichen und dafür auf die Regelungen der Kodierrichtlinie P001 <i>Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren</i> verwiesen. Für Fälle ab 2020 gilt: Gemäß DKR 1001 ist bei intensivmedizinisch versorgten Neugeborenen und Säuglingen die Dauer der Atemunterstützung mittels HFNC bzw. HHFNC für die Ermittlung der Beatmungsdauer zu berücksichtigen. Siehe auch Kodierempfehlungen 524 und 563.

Kodierempfehlung:	319
Schlagworte:	Zoster, Neuralgie
Erstellt:	17.12.2009
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	1. Stationäre Aufnahme einer Patientin mit stärksten akuten Schmerzen im Bereich der rechten Hüfte und der rechten unteren Extremität lateral. Eine organische Ursache kann nicht gefunden werden. Unter Analgesie deutliche Rückbildung der Schmerzen und Entlassung der Patientin in die ambulante Behandlung. Was ist die Hauptdiagnose? 2. Erneute stationäre Aufnahme wegen stärkster Schmerzen im beschriebenen Gebiet und typischer Hauteffloreszenzen eines Zosters. Was ist die Hauptdiagnose? 3. Nach 14 Wochen und nach vollständiger Rückbildung der Effloreszenzen wird die Patientin erneut wegen starker Schmerzen im Sinne eine Post-Zoster-Neuralgie stationär aufgenommen. Um eine konsumierende Erkrankung als Auslöser des Zoster-Befalls auszuschließen, wird eine entsprechende Diagnostik durchgeführt. Was ist die Hauptdiagnose?
Kodierempfehlung:	Ad 1: Es handelt sich um ein akutes Schmerzbild unklarer Genese. Als Hauptdiagnose ist der Kode M79.65 <i>Schmerzen in den Extremitäten, Beckenregion und Oberschenkel</i> anzugeben. Der Kode R52.0 <i>Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert, Akuter Schmerz</i> kann nach der DKR 1806 nicht verwendet werden, da die Lokalisation bekannt ist (siehe auch Exklusiva unter R52.-). Ad 2: Als Hauptdiagnose ist B02.9 <i>Zoster ohne Komplikation</i> anzugeben (siehe DKR 1806). Nach der DKR D014 ist das Systematische Verzeichnis für die Kodierung maßgeblich. Ursache der ausgeprägten Schmerzen ist die Zostererkrankung. Ad 3: Als Hauptdiagnose ist der Kode B02.2† <i>Zoster mit Beteiligung anderer Abschnitte des Nervensystems</i> anzugeben. Die Postzosterneuralgie wird u. a. durch periphere Nervenschädigungen durch Demyelinisierung afferenter sensorischer Nervenfasern sowie Small-fiber-Degeneration verursacht, womit ein neuropathisches Schmerzgeschehen vorliegt. Zur zusätzlichen Beschreibung der Post-Zoster-Neuralgie kann der Kode G59.8* <i>Sonstige Mononeuropathien bei anderenorts klassifizierten Krankheiten</i> angegeben werden. Das alphabetische Verzeichnis führt unter „Zoster mit Schmerzen“ bzw. „Herpes zoster mit Neuralgie“ zu B02.2† und G53.0*. Der Sternkode G53.0* <i>Krankheiten der Hirnnerven bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, Neuralgie nach Zoster (B02.2†)</i> kann jedoch in diesem Fall nicht verwendet werden, da er sich laut systematischem Verzeichnis auf die Hirnnerven bezieht.

Kodierempfehlung:	326
Schlagworte:	Rektusscheidenhämatom, Antikoagulanzen, Hämorrhagische Diathese – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	20.04.2010
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	21.07.2020
Problem / Erläuterung:	Ein Patient wird wegen eines nichttraumatischen Rektusscheidenhämatoms unter Phenprocoumon-Einnahme (INR im therapeutischen Bereich) aufgenommen. Was ist die Hauptdiagnose?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	Für Fälle bis einschließlich 2011 gilt: Gemäß DKR D014 ist für die Kodierung stets das Systematische Verzeichnis maßgeblich. Soweit das Alphabetische Verzeichnis zu einem unspezifischen Kode führt, ist deshalb im systematischen Verzeichnis zu prüfen, ob eine spezifischere Kodierung möglich ist. Gemäß DKR 1917 werden unerwünschte Nebenwirkungen indikationsgerechter Arzneimittel bei Einnahme gemäß Verordnung wie folgt kodiert: Ein oder mehrere Codes für den krankhaften Zustand in dem sich die Nebenwirkungen manifestieren. Somit ist die zur Aufnahme führende Blutung, hier das Hämatom, mit R58 <i>Blutung, anderenorts nicht klassifiziert</i>, als Hauptdiagnose zu kodieren. D68.33 <i>Sonstige Koagulopathien, Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen und Antikörper, Hämorrhagische Diathese durch Cumarine (Vitamin-K-Antagonisten)</i> ist als Nebendiagnose zu kodieren, sofern die Nebendiagnosendefinition erfüllt ist. Optional kann als Nebendiagnose Y57.9! <i>Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen</i> verschlüsselt werden. Für Fälle ab 2012 gilt: Die Änderungen in der ICD-10-GM sind zu berücksichtigen. Ab 2012 ist das nicht traumatische Rektusscheidenhämatom mit M62.88 <i>Sonstige Muskelkrankheiten, Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten, Sonstige</i> zu kodieren. D68.33 (ab 2015, bis einschließlich 2014 D68.30) <i>Sonstige Koagulopathien, Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen und Antikörper, Hämorrhagische Diathese durch Cumarine (Vitamin-K-Antagonisten)</i> ist

	gemäß DKR 1917 als Nebendiagnose zu kodieren, sofern die Nebendiagnosendefinition erfüllt ist. Optional kann als sekundäre Schlüsselnummer Y57.9! <i>Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen</i> angegeben werden.
Entscheidung Schlichtungsausschuss	Wird ein Patient wegen eines nichttraumatischen Rektusscheidenhämatoms unter Marcumartherapie® (INR im therapeutischen Bereich, Einnahme gemäß Verordnung) stationär behandelt, ist der Kode M62.88 <i>Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten, sonstige Lokalisation (u.a. Rumpf)</i> als Hauptdiagnose und der Kode D68.33 <i>Hämorrhagische Diathese durch Cumarine (Vitamin-K-Antagonisten)</i> als Nebendiagnose, optional ergänzt um den Kode Y57.9! <i>Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen</i> zu kodieren.

Kodierempfehlung:	327
Schlagworte:	Diabetes, entgleist, Ketoazidose, Schwangerschaft
Erstellt:	11.02.2010
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Eine Schwangere wird mit entgleistem Diabetes mellitus Typ I stationär aufgenommen. Es besteht eine Ketoazidose mit der Notwendigkeit einer intensivmedizinischen Überwachung und Behandlung. Darf O24.0 <i>Diabetes mellitus in der Schwangerschaft, vorher bestehender Diabetes mellitus, Typ 1</i> zusammen mit E10.11 <i>Diabetes mellitus Typ 1, mit Ketoazidose, als entgleist bezeichnet</i> kodiert werden?
Kodierempfehlung:	Bis einschließlich 2013 ist O24.0 <i>Diabetes mellitus in der Schwangerschaft, vorher bestehender Diabetes mellitus, Typ 1</i> allein zu kodieren. Die DKR 1510 unterscheidet zwischen O20-O29 und O98-O99. Bis einschließlich 2013 ist nur in O98-O99 die zusätzliche Angabe eines erläuternden Nebendiagnosenkodes aus anderen Kapiteln vorgesehen. Siehe auch Exklusivum unter E10.-. Ab 2014 werden bei Diabetes mellitus in der Schwangerschaft die Codes aus O24.- <i>Diabetes mellitus in der Schwangerschaft</i> zusammen mit Codes aus E10 bis E14 angegeben. Im vorliegenden Fall ist ab 2014 O24.0 zusammen mit E10.11 zu kodieren.

Kodierempfehlung:	329
Schlagworte:	Hemikolektomie, Appendektomie, erweiterte Resektion, Nachbarorgane
Erstellt:	20.04.2010
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Kann in folgenden Situationen eine „erweiterten Resektion mit Nachbarorganen“ (5-458 bzw. 5-484.7) kodiert werden? 1. Hemikolektomie links, Sigma- oder Rektumresektion zusammen mit einer Gelegenheitsappendektomie 2. Hemikolektomie links, Sigma- oder Rektumresektion mit en bloc-Appendektomie wegen Einbeziehung der Appendix in das Tumorgeschehen
Kodierempfehlung:	Für Fälle bis einschließlich 2012 gilt: Unter dem OPS-Kode 5-458 findet sich der Hinweis: <i>„Die Nachbarorgane umfassen z. B. Dünndarm, Leber, Milz, Pankreas, Magen und Niere. Die Lymphknoten des regionalen Lymphabflussgebietes und das Omentum majus gehören nicht zu den Nachbarorganen. Die (Teil-)Resektion von Nachbarorganen ist gesondert zu kodieren.“</i> Unter dem OPS-Kode 5-484.7 findet sich der Hinweis: <i>„Die (Teil-)Resektion von Nachbarorganen ist gesondert zu kodieren.“ Die Nachbarorgane umfassen z. B. Gebärmutter, Blase, Dünndarm, Leber, Milz, Pankreas, Magen und Niere. Die Lymphknoten des regionalen Lymphabflussgebietes und das Omentum majus gehören nicht zu den Nachbarorganen.</i> Von einer erweiterten Resektion kann dann gesprochen werden, wenn die Erweiterung der ursprünglichen Resektion aus Gründen erfolgt, die mit der Behandlung der Grunderkrankung zu tun haben, nicht jedoch, wenn eine zweite, von der ersten unabhängige Operation erfolgt. Somit ergeben sich bis einschließlich 2012 folgende Lösungen: 1. Eine „erweiterte Resektion mit Entfernung“ kann nicht verschlüsselt werden, da die Entfernung der Appendix unabhängig von der Resektion, d. h. aus anderen Gründen, erfolgte. Die Appendektomie kann mit 5-471.0 <i>Simultane Appendektomie, während einer Operation aus anderen Gründen</i> verschlüsselt werden.

2. Eine „erweiterte Resektion mit Entfernung“ kann verschlüsselt werden, da die oben genannten Voraussetzungen gegeben sind.

Für Fälle ab 2013 gilt:

Ab 2013 sind die Änderungen des OPS im Bereich Inzision, Exzision, Resektion und Anastomose an Dünn- und Dickdarm (5-45) sowie im Bereich Operationen am Rektum (5-48) zu berücksichtigen. Die Codes für die erweiterte Kolonresektion mit Entfernung von Nachbarorganen (5-458) und für die erweiterte Rektumresektion mit Entfernung von Nachbarorganen (5-484.7) sind hier gestrichen.

Somit ergeben sich ab 2013 folgende Lösungen:

1. Die durchgeführten Eingriffe sind zu kodieren, z. B. für die offen chirurgische Hemikolektomie links und Sigmaresektion mit Anastomosen 5-455.b1 *Resektion des Colon descendens und Colon sigmoideum, offen chirurgisch mit Anastomose*. Falls auch eine Rektumresektion mit Resektion von extraperitonealen Rektumanteilen erfolgt ist, wäre zusätzlich ein Code aus 5-484 *Rektumresektion unter Sphinktererhaltung* anzugeben. Die Appendektomie kann mit 5-471.0 *Simultane Appendektomie, während einer Operation aus anderen Gründen* verschlüsselt werden.
2. Die durchgeführten Eingriffe sind zu kodieren, z. B. für die offen chirurgische Hemikolektomie links und Sigmaresektion mit Anastomosen 5-455.b1 *Resektion des Colon descendens und Colon sigmoideum, offen chirurgisch mit Anastomose*. Falls auch eine Rektumresektion mit Resektion von extraperitonealen Rektumanteilen erfolgt ist, wäre zusätzlich ein Code aus 5-484 *Rektumresektion unter Sphinktererhaltung* anzugeben. Die Appendektomie kann mit 5-470.0 *Appendektomie, offen chirurgisch* verschlüsselt werden.

Kodierempfehlung:	332
Schlagworte:	Blutungsanämie, akut, Eisenmangel, Eisensubstitution
Erstellt:	20.04.2010
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Eine 63-jährige Patientin wird nach einem Sturz auf die rechte Hüfte mit Fraktur des medialen Schenkelhalses rechts stationär aufgenommen. Hämoglobinwert (Hb) präoperativ 13,3 g/dl, Implantation einer Hüft-TEP am Aufnahmetag. Hb am 2. postoperativen Tag 9,0 g/dl mit nachfolgender oraler Eisensubstitution ohne spezifische Diagnostik, keine Gabe von Erythrozytenkonzentraten, Hb nach fünf Tagen 10,1 g/dl. Ist die Kodierung der Nebendiagnose D62 <i>Akute Blutungsanämie</i> korrekt?
Kodierempfehlung:	Die Kodierung von D62 ist korrekt, da die Nebendiagnosendefinition erfüllt ist.

Kodierempfehlung:	333
Schlagworte:	Plasmozytom, Bestrahlung, Osteolyse
Erstellt:	20.04.2010
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Bei fortgeschrittenem Plasmozytom mit multiplen Osteolyseherden erfolgt die stationäre Aufnahme speziell zur Bestrahlung dieser Herde. Wie ist in diesem Fall die Hauptdiagnose zu kodieren? M89.50 <i>Sonstige Knochenkrankheiten, Osteolyse, mehrere Lokalisationen</i> oder C79.5 <i>Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes</i> oder C90.00 <i>Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen, Multiples Myelom ohne Angabe einer kompletten Remission</i>
Kodierempfehlung:	Die Osteolyseherde sind unmittelbar mit dem Tumor, der eine maligne Systemerkrankung ist, assoziiert. Die Behandlung erfolgt direkt am Tumor, deswegen ist als Hauptdiagnose C90.00 <i>Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen, Multiples Myelom ohne Angabe einer kompletten Remission</i> zu verschlüsseln. Bei Lymphomen ist der Code C79.5 <i>Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes</i> laut ICD für Zustände anzugeben, die unter C81-C88 klassifizierbar sind (siehe auch DKR 0215). Nach der DKR D009 darf die Resteklassen „Sonstige...“ nur dann angewendet werden, wenn eine genau bezeichnete Krankheit vorliegt, für die es in der ICD-10-GM keine eigene Klasse gibt. Ein Kode aus M89.- <i>Sonstige Knochenkrankheiten</i> trifft aber hier nicht zu, da das vorliegende Krankheitsbild spezifisch abgebildet werden kann.

Kodierempfehlung:	335
Schlagworte:	Chemotherapie, komplexe, nicht komplexe
Erstellt:	20.04.2010
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Ein Patient erhält während eines stationären Aufenthaltes bei bekannter akuter myeloischer Leukämie (AML) eine Konsolidierungsbehandlung mit hochdosiert Ara-C intravenös. Mit welchem OPS-Kode ist die erbrachte Leistung zu verschlüsseln?
Kodierempfehlung:	Ein Kode aus 8-542 <i>Nicht komplexe Chemotherapie</i> ist korrekt, da nach der Systematik des OPS die Kodierung der Komplexität und Intensität einer Blockchemotherapie an bestimmte (Mindest-) Voraussetzungen geknüpft ist, die unter den Hinweisen aufgeführt sind. Ein Prozeduren-Kode aus 8-544 <i>Hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie</i> setzt primär die <u>intravenöse</u> Gabe von <u>mindestens zwei Zytostatika</u> innerhalb des Chemotherapieblocks voraus. Im konkreten Einzelfall erfolgt eine Monotherapie. Somit ist eine der primären Voraussetzungen nicht erfüllt. Die Dosis des verabreichten Chemotherapeutikums ist nicht das entscheidende Kriterium für die Kodierung (siehe hierzu auch die Beispiele zur mittelgradig komplexen und intensiven Blockchemotherapie (8-543); auch hier wird hochdosiertes Ara-C beispielhaft aufgeführt). Für Fälle ab 2012 sind die Änderungen im OPS zu berücksichtigen. Ab 2012 ist die Konsolidationstherapie (Hochdosis-Ara-C (CALGB)) als Beispiel für einen Prozeduren-Kode aus 8-544 <i>Hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie</i> gestrichen worden. Stattdessen wurde dieses Therapieschema als Beispiel für den Prozeduren-Kode 8-543 <i>Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie</i> hinzugefügt.

Kodierempfehlung:	336
Schlagworte:	Immunadsorption, 8-821
Erstellt:	20.04.2010
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Während einer stationären Behandlung kommt eine Immunadsorption mit nicht regenerierbarer Säule, OPS 8-821.0, zum Einsatz. Nach zwei Stunden Behandlung wird die Immunadsorber-Säule ausgetauscht, das übrige System zur Plasmaabtrennung und Rückführung der Blutbestandteile im Extrakorporalkreislauf bleibt erhalten. Die Behandlung wird danach fortgesetzt. Kann auf Grund des Säulenaustausches der OPS 8-821.0 <i>Immunadsorption, mit nicht regenerierbarer Säule</i> zweimal kodiert werden oder nur einmal pro therapeutischem Protokoll?
Kodierempfehlung:	Im oben genannten Fall kann der OPS 8-821.0 zweimal angegeben werden. Zum OPS 8-821 <i>Immunadsorption</i> findet sich der Hinweis, dass jede durchgeführte Immunadsorption zu kodieren ist. Beim OPS 8-821.0 <i>Immunadsorption, mit nicht regenerierbarer Säule</i> findet sich kein zusätzlicher Hinweis wie beim OPS 8-821.1 <i>Immunadsorption, mit regenerierbarer Säule</i> , dass der Code nur einmal pro therapeutischem Protokoll anzugeben ist.

Kodierempfehlung:	337
Schlagworte:	Pneumonie, Infektionserreger
Erstellt:	20.04.2010
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Fall 1: Stationäre Behandlung eines Patienten mit ambulant erworbener Pneumonie durch Penicillin-resistenten Streptococcus pneumoniae. Fall 2: Stationäre Behandlung eines Patienten mit im Krankenhaus erworbener Pneumonie durch Oxacillin-resistenten Staphylococcus aureus. Wie sind oben genannte Pneumonien zu kodieren?
Kodierempfehlung:	Zu Fall 1: <i>J13 Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae mit U80.10! Erreger mit bestimmten Antibiotikaresistenzen, die besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen erfordern, Streptococcus pneumoniae mit Resistenz gegen Penicillin oder Oxacillin</i> Nicht kodiert wird B95.3! Streptokokken und Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind, Streptococcus pneumoniae als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind. Der Text zur Tabelle 2 der DKR D012 ist 2010 geändert worden: „Alle Ausrufezeichenkodes, die in Tabelle 2 aufgeführt sind, sind obligat anzugeben.“ B95.3! ist zwar ein obligat anzugebender Ausrufezeichenkode. Aber nach DKR D012 werden für lokale Infektionen bei Zuständen, die den Kapiteln der „Organkrankheiten“ zuzuordnen sind, Schlüsselnummern des ICD-Kapitels I (B95! – B98!) zur Identifizierung des Infektionserregers nur hinzugefügt, sofern dieser im Rubriktitel nicht enthalten ist. Im oben genannten Fall sind bereits alle Informationen zum Infektionserreger im Kode J13 und U80.10! enthalten. Zu Fall 2: <i>J15.2 Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert, Pneumonie durch Staphylokokken mit B95.6! Streptokokken und Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind, Staphylococcus aureus als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind und mit U80.00! Erreger mit bestimmten</i>

Antibiotikaresistenzen, die besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen erfordern, Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Oxacillin oder Methicillin [MRSA] und mit U69.00! Sonstige sekundäre Schlüsselnummern für besondere Zwecke, Sekundäre Schlüsselnummern für Zwecke der externen Qualitätssicherung, Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie bei Patienten von 18 Jahren und älter.

Für Fälle ab 2019 gilt:

Der ICD U69.00! wurde durch U69.01! – U69.03! ersetzt.

Es ist ein ICD aus U69.01! – U69.03!, abhängig vom Zeitpunkt des Auftretens der Pneumonie anzugeben.

In zweiten Fall enthält der obligat anzugebende Ausrufezeichenkode B95.6! gegenüber J15.2 die Mehrinformation, dass es sich um eine Pneumonie durch einen Staphylococcus aureus als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind, handelt. Daher ist in diesem Fall B95.6! zusätzlich zu kodieren.

Siehe auch Kodierempfehlung 80.

Kodierempfehlung:	338
Schlagworte:	Tachyarrhythmia absoluta, Vorhofflimmern – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	20.04.2010
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	19.08.2020
Problem / Erläuterung:	Ein Patient wird vom Notarzt wegen neu aufgetretener Tachyarrhythmia absoluta bei Vorhofflimmern eingewiesen. Es erfolgt eine frequenzregulierende Therapie und der Patient wird antikoaguliert. Kann neben der Hauptdiagnose I48.10 <i>Vorhofflattern und Vorhofflimmern</i> , <i>Vorhofflimmern, paroxysmal</i> I47.1 <i>Paroxysmale Tachykardie</i> , <i>Supraventrikuläre Tachykardie</i> zusätzlich als Nebendiagnose kodiert werden?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	Für Fälle bis einschließlich 2012 gilt: I48.10 <i>Vorhofflattern und Vorhofflimmern</i>, <i>Vorhofflimmern</i>, <i>Paroxysmal</i> ist der spezifische Code für die Erkrankung, die normofrequente, tachykarde und/oder bradykarde Phasen beinhaltet. Die Systematik der ICD-10-GM erlaubt auf der 5. Stelle die Differenzierung zwischen paroxysmal, chronisch und nicht näher bezeichnet. Die Kodierung von I47.1 als Nebendiagnose ist nicht begründet. Für Fälle ab 2013 ist nach ICD-10-GM die Art des Vorhofflimmerns in paroxysmal, persistierend oder permanent zu differenzieren.
Entscheidung Schlichtungsausschuss	Eine Tachyarrhythmia absoluta aufgrund von Vorhofflimmern ist mit dem zutreffenden Code aus I48.- <i>Vorhofflimmern und Vorhofflattern</i> zu kodieren. Der Code I47.1 <i>Supraventrikuläre Tachykardie</i> ist für die Tachyarrhythmia absoluta bei Vorhofflimmern nicht zusätzlich zu kodieren.

Kodierempfehlung:	339
Schlagworte:	Endoprothese, nickelfrei, hypoallergen, TEP
Erstellt:	10.06.2010
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Eine Patientin wird aufgenommen zur Knie-TEP-Versorgung bei Gonarthrose. Bei ihr ist eine Nickelallergie bekannt. Auf Grund der bekannten Allergie wird eine Prothese mit einer nickelfreien Zirkoniumoxydspezialoberfläche implantiert. Handelt es sich hierbei um eine Sonderprothese und wie ist die verwendete Prothese zu kodieren?
Kodierempfehlung:	Zu einem Kode aus 5-822 <i>Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk</i> ist gemäß dem Hinweis im OPS zusätzlich 5-829.e <i>Verwendung von hypoallergenem Knochenersatz- und Osteosynthesematerial</i> zu kodieren. Dieser Kode ist ein Zusatzkode. Die nickelfreie Spezialoberfläche der Prothese allein definiert nicht die Sonderprothese (5-822.9).

Kodierempfehlung:	340
Schlagworte:	Malignom, Tumormarker
Erstellt:	10.06.2010
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	In der Vorgeschichte Kolon-Karzinomkrankung, Behandlung vor drei Jahren abgeschlossen. Regelmäßige Nachsorge bisher erfolgt. Aktuell stationäre Aufnahme aus anderen Gründen. Im Rahmen der Diagnostik zusätzlich Bestimmung des Tumormarkers CEA. Weitergehende Diagnostik erfolgte bezüglich der ehemaligen Tumorerkrankung nicht. Ist die Kodierung der Karzinomkrankung mit einem Kode aus C18.- <i>Bösartige Neubildung des Kolons</i> als Nebendiagnose korrekt?
Kodierempfehlung:	Z85.0 <i>Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane in der Eigenanamnese</i> ist zu kodieren. Nach DKR 0209 <i>Malignom in der Eigenanamnese</i> ist in den Fällen, in denen die Behandlung des Malignoms endgültig abgeschlossen ist, ein Kode aus Z85.- <i>Bösartige Neubildung in der Eigenanamnese</i> als Nebendiagnose zuzuweisen, sofern dies den Behandlungsaufwand beim aktuellen Aufenthalt erhöht (siehe auch DKR D003 <i>Nebendiagnosen</i>).

Kodierempfehlung:	342
Schlagworte:	Erythrozytenkonzentrat, bestrahlt
Erstellt:	10.06.2010
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Bei Patienten nach Knochenmarktransplantation bzw. bei Frühgeborenen werden bei Bedarf Erythrozytenkonzentrate verabreicht, die vorher bestrahlt wurden. Kann hier zusätzlich ein Kode aus 8-52 <i>Strahlentherapie</i> angegeben werden?
Kodierempfehlung:	Die Gabe der Erythrozytenkonzentrate ist mit einem Kode aus 8-800.c <i>Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat, Erythrozytenkonzentrat</i> korrekt kodiert. Es findet sich unter 8-800 kein Hinweis, dass eine Vorbehandlung der Erythrozytenkonzentrate gegebenenfalls zusätzlich zu kodieren ist. Darüber hinaus handelt es sich nicht um eine Strahlentherapie im Sinne des OPS-Kodes 8-52.

Kodierempfehlung:	343
Schlagworte:	Credéprophylaxe
Erstellt:	10.06.2010
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Routinemäßig erhalten alle Neugeborenen eines Krankenhauses die so genannte „Credéprophylaxe“, sofern die Eltern des Kindes mit der Medikamentengabe einverstanden sind. Die Gabe erfolgt unabhängig von der Exposition oder Erkrankung des Neugeborenen. Kann hier zusätzlich der Kode Z29.20 <i>Sonstige prophylaktische Chemotherapie, lokale prophylaktische Chemotherapie</i> verschlüsselt werden?
Kodierempfehlung:	Der Kode Z29.20 <i>Sonstige prophylaktische Chemotherapie, lokale prophylaktische Chemotherapie</i> erfüllt nicht die Nebendiagnosendefinition und kann daher nicht kodiert werden. Bei dieser prophylaktischen Maßnahme liegt keine Krankheit oder Beschwerde vor, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt (Nebendiagnosendefinition). Auch in der Einleitung zu Kapitel XXI der ICD-10-GM findet sich kein Hinweis, der die Kodierung von Z29.20 begründen würde.

Kodierempfehlung:	344
Schlagworte:	Reanimation, operative – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	28.10.2010
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	21.07.2020
Problem / Erläuterung:	Anlage eines aortokoronaren 3fach-Bypasses. Kurz nach Abgehen von der Herz-Lungen-Maschine (HLM) kommt es bei noch offenem Thorax zum Kreislaufzusammenbruch. Entschluss zum erneuten Einsatz der HLM, bis dahin überbrückend manuelle Herzkompression über drei Minuten. Ist die manuelle Herzkompression mit 5-379.0 <i>Andere Operationen an Herz und Perikard, Offene Herzmassage</i> und zusätzlich 8-772 <i>Maßnahmen im Rahmen der Reanimation, Operative Reanimation</i> zu kodieren?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	Die manuelle Herzkompression bei bereits zu operativen Zwecken eröffnetem Thorax ist mit 5-379.0 <i>Andere Operationen an Herz und Perikard, Offene Herzmassage</i> zu kodieren. 8-772 <i>Maßnahmen im Rahmen der Reanimation, operative Reanimation</i> ist nur dann zu verwenden, wenn eine Thoraxeröffnung ausschließlich zum Zweck der Reanimation durchgeführt wird.
Entscheidung Schlichtungsausschuss	Die manuelle Herzkompression zur Reanimation bei bereits im Rahmen einer anderen Operation eröffnetem Thorax ist mit dem Code 5-379.0 <i>Andere Operationen an Herz und Perikard, Offene Herzmassage</i> zu kodieren.

Kodierempfehlung:	348
Schlagworte:	Malignom, Folgebehandlung, Wundheilung, sekundär
Erstellt:	10.06.2010
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Eine Patientin wird nach erfolgter sekundärer Brustrekonstruktion mittels TRAM-Lappens (Transversus Rectus Abdominis Muskel-Lappen) bei operiertem und bestrahltem Mammakarzinom wegen bestehender Restdefekte im Sinne einer sekundären Wundheilung (Dehiszenz) außerhalb der oGVD des sekundären Brustaufbaus aufgenommen. Die Restdefekte werden im Bereich des Abdomens und der neu gebildeten Mamma exzidiert und mittels Sekundärnaht verschlossen. Weitere diagnostische und/oder therapeutische Maßnahmen in Bezug auf die Tumorerkrankung erfolgten nicht. Was ist die Hauptdiagnose?
Kodierempfehlung:	Aufnahmegrund war die sekundäre Wundheilung, weder die maligne Erkrankung noch die Chemo-/Strahlentherapie. Somit ist T81.3 <i>Aufreißen einer Operationswunde, anderenorts nicht klassifiziert (Inkl.: Dehiszenz, Ruptur einer Operationswunde)</i> Hauptdiagnose. Hinweis: Zur Klarstellung wurde nach dem Beschluss des Schlichtungsausschusses Bund gemäß § 17c Abs. 3 KHG – Aktenzeichen 01/2015 – ergänzt, dass in diesem Fall keine weiteren diagnostische und/oder therapeutische Maßnahmen erfolgten. Siehe auch Kodierempfehlungen 238 und 349.

Kodierempfehlung:	349
Schlagworte:	Malignom, Folgebehandlung, Mammareduktionsplastik
Erstellt:	10.06.2010
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Bei einer Patientin wird ein Mammarkarzinom durch (modifizierte) Mammareduktionsplastik brusterhaltend operiert. Im lateralen Bereich der queren Narbe unterhalb der Brust persistieren so genannte „dog-ears“, die sowohl dysaesthetisch sind als auch am BH-Unterrand scheuern. Die Patientin wird zur Entfernung der „dog-ears“ aufgenommen. Weitere diagnostische und/oder therapeutische Maßnahmen in Bezug auf die Tumorerkrankung erfolgten nicht. Was ist die Hauptdiagnose?
Kodierempfehlung:	Aufnahmegrund waren die „dog-ears“, weder die maligne Erkrankung noch die Chemo-/Strahlentherapie. Sie sind mit L90.5 <i>Atrophische Hautkrankheiten, Narben und Fibrosen der Haut</i> zu kodieren. Hinweis: Zur Klarstellung wurde nach dem Beschluss des Schlichtungsausschusses Bund gemäß § 17c Abs. 3 KHG – Aktenzeichen 01/2015 – ergänzt, dass in diesem Fall keine weiteren diagnostische und/oder therapeutische Maßnahmen erfolgten. Siehe auch Kodierempfehlungen 238 und 348.

Kodierempfehlung:	352
Schlagworte:	Endoprothese, Lockerung, aseptisch, septisch
Erstellt:	16.06.2011
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Wie ist eine aseptische bzw. eine septische Lockerung einer Hüftendoprothese zu kodieren?
Kodierempfehlung:	In beiden Konstellationen ist nach DKR D015 jeweils der T-Kode (T84.0 <i>Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate, mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese</i> bzw. T84.5 <i>Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate, Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese</i>) als spezifischer Code anzugeben. Für die septische Lockerung gilt diese Kodierempfehlung für Fälle bis einschließlich 2018. Für Fälle ab 2019 siehe auch Kodierempfehlung 602.

Kodierempfehlung:	354
Schlagworte:	Stent, Einlage, fehlgeschlagen – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	17.08.2010
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	11.11.2020
Problem / Erläuterung:	Während einer Koronarangiografie bei Drei-Gefäßerkrankung wird eine RIVA-Stenose aufgedehnt und dann ein medikamentenfreisetzender Stent eingelegt. Anschließend wird versucht, eine weitere Einengung distal des Stents mit einem zweiten medikamentenfreisetzenden Stent zu versorgen. Dies gelingt nicht, weil sich der Stent an einer Gefäßbiegung verhakt. Der Stent wird verworfen. Ist die Stenteinlage mit 8-837.m0 <i>Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents, ein Stent in eine Koronararterie</i> oder 8-837.m1 <i>Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents, 2 Stents in eine Koronararterie</i> zu verschlüsseln? Ist der Schlüssel 8-83b.0 <i>Zusatzinformationen zu Materialien, Art des medikamentenfreisetzenden Stents</i> ein- oder zweimal anzugeben?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	Zu verschlüsseln ist 8-837.m1 <i>Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents, 2 Stents in eine Koronararterie</i>. Gemäß DKR P004, Punkt 4 ist die Prozedur nahezu vollständig erbracht und wird daher ohne Zusatzcode 5-995 kodiert. Die Angabe des Schlüssels 5-995 <i>Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Eingriff nicht komplett durchgeführt)</i> scheidet hier auch deshalb aus, da keine Operation, sondern eine Maßnahme aus Kapitel 8 (Nichtoperative therapeutische Maßnahmen) durchgeführt wurde. Der Schlüssel 8-83b.0 <i>Zusatzinformationen zu Materialien, Art des medikamentenfreisetzenden Stents</i> ist allerdings nur einmal anzugeben, da diese Zusatzinformation nur für implantierte Stents anzugeben ist (siehe Hinweis im OPS).

Entscheidung Schlichtungsausschuss	Wird bei einem Patienten während einer Koronarangiographie bei Drei-Gefäßerkrankung eine RIVA-Stenose aufgedehnt und dann ein medikamentenfreisetzender Stent eingelegt, anschließend versucht eine weitere Einengung distal des Stents mit einem zweiten medikamentenfreisetzenden Stent zu versorgen, dies jedoch nicht gelingt, weil sich der Stent an einer Gefäßbiegung verhakt, so dass der Stent verworfen wird, ist gemäß Ziffer 4 der DKR P004 <i>Nicht vollendete oder unterbrochene Prozedur</i> auch der verworfene Stent bei der Kodierung der zutreffenden Codes aus 8-837.m- <i>Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents</i> und aus 8-83b.0- <i>Zusatzinformationen zu Materialien, Art der medikamentenfreisetzenden Stents oder OPD-Systeme</i> zu berücksichtigen. In dem Fall (KDE-354) ist das Einlegen der Stents daher mit dem Kode 8-837.m1 <i>Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents, 2 Stents in eine Koronararterie</i> zu kodieren. Für die Art der medikamentenfreisetzenden Stents sind die zwei sechsstelligen Codes aus dem OPS 8-83b.0- <i>Art des medikamentenfreisetzenden Stents</i> zu kodieren.
---	--

Kodierempfehlung:	355
Schlagworte:	Thrombose, Beinvenenthrombose, Paraneoplasie
Erstellt:	17.08.2010
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Eine Patientin wird mit einer tiefen Beinvenenthrombose stationär aufgenommen. Bei einer Ultraschalluntersuchung wird ein Rundherd in der Leber festgestellt. Die Patientin gibt an, dies sei ihr bekannt, sie sei vor einem Jahr an einem Gallenblasenkarzinom operiert worden. Eine Lebermetastase sei ebenfalls bekannt, was durch Rückfrage beim Hausarzt bestätigt wird. Weitere Diagnostik bzw. Therapie in Bezug auf die Lebermetastase und das Gallenblasenkarzinom erfolgen im Krankenhaus nicht. Das Krankenhaus interpretiert die Thrombose als paraneoplastisches Geschehen. Dürfen das Gallenblasenkarzinom und/oder die Lebermetastase als Nebendiagnose kodiert werden?
Kodierempfehlung:	Aufnahmegrund war die tiefe Beinvenenthrombose. Weder die maligne Erkrankung noch die Chemo-/Strahlentherapie haben die stationäre Aufnahme veranlasst. Somit ist die tiefe Beinvenenthrombose Hauptdiagnose. Da für das Paraneoplastische Syndrom in der ICD-10-GM kein spezifischer Kode zur Verfügung steht, sind gemäß DKR D004 <i>Syndrome</i> die einzelnen Manifestationen zu verschlüsseln, im vorliegenden Fall die Beinvenenthrombose. Bei der tiefen Beinvenenthrombose handelt es sich auch nicht um ein Symptom der malignen Grunderkrankung. Weder das Gallenblasenkarzinom noch die Lebermetastase erfüllen die Vorgaben der Nebendiagnosendefinition und sind somit nicht zu kodieren. Vor dem Hintergrund des Schlichtungsspruchs vom 04.07.2016 (veröffentlicht am 27.07.2016) wäre in der geschilderten Konstellation ab diesem Zeitpunkt das Gallenblasenkarzinom als Nebendiagnose anzugeben.

Kodierempfehlung:	356
Schlagworte:	Spongiosaplastik, Osteosynthese, Fraktur
Erstellt:	17.08.2010
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Ein Patient wird mit einer distalen Unterarm-Mehrfragmentfraktur aufgenommen. Es erfolgt die primäre Versorgung mittels K-Draht-Osteosynthese an der Ulna und einer winkelstabilen Platte am Radius. Auf Grund einer großen knöchernen Defektzone im Bereich des Radius wird hier zusätzlich eine Spongiosaplastik (Entnahmestelle Olecranon) durchgeführt. Darf zusätzlich die Spongiosaplastik als eigenständige Prozedur kodiert werden?
Kodierempfehlung:	Es handelt sich um eine eigenständige Prozedur, die nicht bei jeder Frakturversorgung vorgenommen wird. Der Eingriff am Radius wird wie folgt korrekt kodiert: 5-794.k6 <i>Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens, durch winkelstabile Platte, Radius distal</i> 5-784.06 <i>Knochen transplantation und -transposition, Transplantation von Spongiosa, autogen, Radius distal</i> 5-783.07 <i>Entnahme eines Knochen transplantates, Spongiosa, eine Entnahmestelle, Ulna proximal</i>

Kodierempfehlung:	357
Schlagworte:	Lungenmetastase, Metastasen, Tumorkonferenz – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	17.08.2010
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	15.10.2020
Problem / Erläuterung:	Eine Patientin wird mit einer dekompensierten Herzinsuffizienz stationär aufgenommen. Sechs Jahre zuvor war bei der Patientin ein Mammakarzinom brusterhaltend operiert worden, Lymphknoten waren nicht befallen, eine Behandlung des Mammakarzinoms erfolgt derzeit nicht. Bei der Röntgenuntersuchung des Thorax wird eine Lungenmetastase festgestellt. Weiterführende Diagnostik (CT, Biopsie) erfolgt während dieses Aufenthaltes nicht, allerdings wird der Fall der Patientin in der Tumorkonferenz vorgestellt. Darf C78.0 <i>Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge</i> kodiert werden?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	C78.0 wird nicht kodiert, da die Nebendiagnosendefinition nicht erfüllt ist.
Entscheidung Schlichtungsausschuss	In dem vorliegenden Fall (KDE 357) ist die Metastase mit dem Kode C78.0 <i>Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge</i> auch dann als Nebendiagnose zu kodieren, wenn ausschließlich eine Besprechung in einer Tumorkonferenz stattgefunden hat und dort das weitere Vorgehen in Hinblick auf die Metastase beraten wurde.

Kodierempfehlung:	359
Schlagworte:	Pneumothorax, Lungenkollaps – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	28.10.2010
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	06.10.2020
Problem / Erläuterung:	Ein 45-jähriger Patient wird mit einem spontan aufgetretenen Thoraxschmerz rechts stationär aufgenommen. Im Röntgen-Thorax wird ein Pneumothorax rechts nachgewiesen (mantelförmiger Pneuspalt von max. 2 cm). Im CT-Thorax Beschreibung von kollaptischen Lungenbezirken rechts ohne Hinweis auf einen Spannungspneumothorax. Anlage einer Thoraxdrainage rechts. Im Verlauf des stationären Aufenthaltes wird zusätzlich eine flexible Bronchoskopie mit unauffälligem Befund durchgeführt. Kann neben der Hauptdiagnose J93.1 <i>Pneumothorax, Sonstiger Spontanpneumothorax</i> als Nebendiagnose zusätzlich J98.1 <i>Sonstige Krankheiten der Atemwege, Lungenkollaps</i> kodiert werden?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	Ein Pneumothorax ist definiert als eine Ansammlung von Luft im Pleuraraum mit Aufhebung des negativen intrapleurale Drucks und dadurch bedingtem Kollaps der betroffenen Lunge unterschiedlicher Ausprägung. Die zusätzliche Kodierung von J98.1 <i>Sonstige Krankheiten der Atemwege, Lungenkollaps</i> als Nebendiagnose ist daher nicht begründet. J93.1 <i>Pneumothorax, Sonstiger Spontanpneumothorax</i> ist der spezifische Code für die Erkrankung.
Entscheidung Schlichtungsausschuss	Ein Lungenkollaps in Verbindung mit einem Pneumothorax darf nur dann mit dem Code J98.1 <i>Lungenkollaps</i> zusätzlich zu dem zutreffenden Code aus J93.- <i>Pneumothorax</i> kodiert werden, wenn es sich um einen vollständigen Lungenkollaps mindestens eines Lungenlappens handelt.

Kodierempfehlung:	360
Schlagworte:	Dreikammerschrittmacher, Schrittmacher
Erstellt:	28.10.2010
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Ein 83-jähriger Patient wird zum Aggregatwechsel bei liegendem Zweikammerschrittmacher (AV-Block Grad III) stationär aufgenommen. Wegen einer Herzinsuffizienz mit höhergradig eingeschränkter, global reduzierter linksventrikulärer Pumpfunktion (EF 25-30 %) soll ein biventrikulärer Schrittmacher neu (Gegenseite) implantiert werden. Nach Präparation der Generatortasche (links) werden Elektroden in den rechten Vorhof und in den rechten Ventrikel eingebracht; das Platzieren der 3. Sonde in eine anterolaterale bzw. posterolaterale Vene gelingt nicht. So wird beschlossen, das CRT-Aggregat als DDD-Schrittmacher zu implantieren. Der LV-Ausgang wird mit Blindstopfen versehen. Kann für den Eingriff der OPS 5-377.41 <i>Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators, Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation (Dreikammersystem), mit Vorhofelektrode</i> angegeben werden?
Kodierempfehlung:	5-377.41 <i>Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators, Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation (Dreikammersystem), mit Vorhofelektrode</i> ist der zutreffende Code. Da das entsprechende Aggregat implantiert wurde, ist dieser OPS anzugeben. Es handelt sich um eine geplante, aber nicht komplett durchgeführte Prozedur. Deshalb ist nach DKR P004 zusätzlich 5-995 <i>Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Eingriff nicht komplett durchgeführt)</i> zu kodieren.

Kodierempfehlung:	361
Schlagworte:	Rethorakotomie, Reoperation
Erstellt:	28.10.2010
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Wegen einer Lungentuberkulose erfolgt bei einem Patienten zunächst eine Keilresektion aus dem linken Unterlappen entsprechend dem OPS 5-322.d1 <i>Atypische Lungenresektion, Keilresektion, einfach, offen chirurgisch, ohne Lymphadenektomie</i>. Vier Tage nach diesem Eingriff muss wegen eines gleichseitigen Pneumothorax infolge Ruptur einer Emphyseembulla rethorakotomiert werden. Es erfolgt eine Keilresektion aus dem Oberlappen mit Bullaresektion über die wiedereröffnete Thorakotomiewunde. Kann hier neben dem OPS für die atypische Resektion der OPS 5-340.3 <i>Operation an Brustwand, Pleura, Mediastinum und Zwerchfell, Inzision von Brustwand und Pleura, Rethorakotomie</i> angegeben werden?
Kodierempfehlung:	Im vorliegenden Fall wurde das Operationsgebiet zur Durchführung einer weiteren Operation wiedereröffnet. Für den Eingriff gibt es keinen spezifischen Reoperationskode, so dass nach DKR P013 für den zweiten Eingriff der OPS 5-322.d1 <i>Atypische Lungenresektion, Keilresektion, einfach, offen chirurgisch, ohne Lymphadenektomie</i> in Verbindung mit dem OPS 5-983 <i>Reoperation</i> zu kodieren ist. Der OPS 5-340.3 <i>Operation an Brustwand, Pleura, Mediastinum und Zwerchfell, Inzision von Brustwand und Pleura, Rethorakotomie</i> kann nicht angegeben werden, weil er die durchgeführte (Re-)Operation nicht spezifisch beschreibt. Für Fälle ab 2012 sind die Änderungen der DKR P013 und des OPS zu berücksichtigen. Ab 2012 ist der spezifische Reoperationskode 5-349.6 <i>Andere Operationen am Thorax, Reoperation an Lunge, Bronchus, Brustwand, Pleura, Mediastinum oder Zwerchfell</i> als Zusatzkode zu verwenden.

Kodierempfehlung:	363
Schlagworte:	Operation nach David
Erstellt:	28.10.2010
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Ein Patient kommt zur herzchirurgischen Operation wegen Aortenklappeninsuffizienz und Aneurysma der Aorta ascendens. Durchgeführt wird die Operation nach David mit Rekonstruktion der Aortenwurzel und Ersatz der aneurysmatisch erweiterten Aorta ascendens durch eine Gefäßprothese. Darf zusätzlich zum Kode 5-354.0a <i>Andere Operationen an Herzklappen, Aortenklappe, Rekonstruktion der Aortenwurzel mit Implantation einer Gefäßprothese nach David</i> der Kode 5-384.02 <i>Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta, Aorta ascendens mit Rohrprothese bei Aneurysma</i> verwendet werden?
Kodierempfehlung:	Die alleinige Verwendung des Kodes 5-354.0a <i>Andere Operationen an Herzklappen, Aortenklappe, Rekonstruktion der Aortenwurzel mit Implantation einer Gefäßprothese nach David</i> ist korrekt. Die Implantation der Gefäßprothese setzt bei dieser Technik die Resektion einer aneurysmatischen Aorta ascendens voraus. Die Resektion ist in diesem Fall integraler Bestandteil des Kodes 5-354.0a. Der Kode 5-384.02 <i>Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta, Aorta ascendens mit Rohrprothese bei Aneurysma</i> ist nicht zusätzlich zu kodieren. Es findet sich zu dem Kode 5-354 <i>Andere Operationen an Herzklappen</i> kein Hinweis, wonach zusätzlich ein Kode aus 5-384 zu verwenden ist.

Kodierempfehlung:	364
Schlagworte:	Plattenosteosynthese, Schrauben
Erstellt:	15.02.2011
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Eine distale dislozierte Tibiamehrfragmentfraktur (mit Gelenkbeteiligung) wird wie folgt versorgt: a) Mit einer Plattenosteosynthese sowie mit über den gleichen Zugang eingebrachten interfragmentären Zugschrauben. b) Mit einer Plattenosteosynthese und zusätzlich mit einer von dorsal über eine gesonderte Stichinzision eingebrachten interfragmentären Zugschraube. c) Mit einer Doppelplattenosteosynthese (über einen Zugang eingebracht).
Kodierempfehlung:	a) 5-794.2n <i>Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens mit Osteosynthese: Durch Platte: Tibia distal</i> b) 5-794.2n <i>Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens mit Osteosynthese: Durch Platte: Tibia distal und</i> 5-794.0n <i>Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens mit Osteosynthese: Durch Schraube: Tibia distal</i> c) 5-794.2n <i>Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens mit Osteosynthese: Durch Platte: Tibia distal (der Kode kann in diesem Fall nur einmal verschlüsselt werden)</i> Ab 2011 gilt für a): 5-794.2n <i>Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens mit Osteosynthese: Durch Platte: Tibia distal und</i>

5-794.0n *Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens mit Osteosynthese: Durch Schraube: Tibia distal*

Ab 2013 gilt für c):

5-794.2n *Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens mit Osteosynthese: Durch Platte: Tibia distal*

5-794.2n *Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens mit Osteosynthese: Durch Platte: Tibia distal*

Kodierempfehlung:	366
Schlagworte:	Mastopexie, Mamma, Therapie, brusterhaltend
Erstellt:	28.10.2010
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Bei stanzbioptisch gesichertem Mammakarzinom wird eine brusterhaltende Operation durchgeführt. Im Operationsbericht ist vor dem Wundverschluss die Gewebestraffung an der Mamille (mittels „Pexie-Naht“) dokumentiert. Rechtfertigt das die zusätzliche Kodierung von OPS 5-886.2 <i>Andere plastische Rekonstruktion der Mamma, Mastopexie</i> neben dem brusterhaltenden Primäreingriff zur Behandlung des Mammakarzinoms?
Kodierempfehlung:	Für Fälle bis einschließlich 2011 gilt: Die Durchführung von so genannten Pexie-Nähten im Rahmen einer brusterhaltenden Therapie rechtfertigt nicht die zusätzliche Kodierung von 5-886.2. Mastopexie bezeichnet die Straffung der <u>gesamten</u> Brust (z. B. bei Ptosis), nicht aber eine Teilstraftung (an der Mamille oder intramammär). Bei der „Pexie“-Naht handelt es sich um eine Prozedurenkomponente des Primäreingriffs, die nicht gesondert verschlüsselt wird. Dies gilt analog für Eingriffe bei gutartigen Mamma-Tumoren. Für Fälle ab 2012 gilt: Ab 2012 sind die Änderungen des OPS im Bereich Operationen an der Mamma (5-87...5-88) zu berücksichtigen. Ab 2012 ist im vorliegenden Fall der Eingriff mit einem Kode aus 5-870 <i>Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe</i> zu verschlüsseln. Die Durchführung einer Mastopexie, die im vorliegenden Fall nicht erkennbar ist, ist auf der 6. Stelle mit -3 <i>Defektdeckung durch tumoradaptierte Mastopexie</i> zu kodieren. Voraussetzung dafür ist, dass sie der Definition im OPS entspricht. Der OPS-Kode 5-886.2 ist ab 2012 der Mastopexie als selbständigem Eingriff vorbehalten.

Kodierempfehlung:	367
Schlagworte:	Punktion, Nierenzyste
Erstellt:	16.12.2010
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	In Lokalanästhesie Stichinzision, unter Sono-Kontrolle wird eine Punktionsnadel bis in die Nierenzyste geführt, Kontrastmittelauffüllung, keine Beziehung zum Kelchsystem nachgewiesen, Einlage eines Schüller-Drahtes, Aufbohren des Punktionskanales, Einlegen eines Fistelkatheters, Entleerung von 600 ml klarer Flüssigkeit über die verbleibende Drainage. Mit welchem OPS wird das Vorgehen abgebildet? 8-147.0 <i>Therapeutische Drainage von Harnorganen: Niere</i> 5-550.5 <i>Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Punktion einer Zyste</i> 8-155.0 <i>Therapeutische perkutane Punktion von Harnorganen: Niere</i> 1-846.0 <i>Diagnostische perkutane Punktion von Harnorganen: Niere</i>
Kodierempfehlung:	Der OPS 8-147 beschreibt die Punktion, Drainage und Einlage einer Drainage/Katheter, und ist daher der zutreffende Code. Unter dem OPS 5-550.5 <i>Punktion einer Zyste</i> wird die therapeutische perkutane Punktion der Niere ausgeschlossen mit Verweis auf 8-155.0. Dieser Kode trifft im vorliegenden Fall ebenfalls nicht zu, weil er wie der OPS-Kode 5-550.5 nur eine Punktion und nicht das Einlegen einer Drainage beschreibt. Der OPS 1-846.0 ist nicht zu verwenden, da nach der Punktion die Einlage einer Drainage/Fistelkatheters erfolgte.

Kodierempfehlung:	369
Schlagworte:	Strahlentherapie, Netzplombenanlage, Prostatakarzinom
Erstellt:	16.12.2010
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Ein Patient wird zur Netzplombenanlage bei geplanter Strahlentherapie eines Prostatakarzinoms stationär aufgenommen. Fünf Tage nach laparoskopischer Netzplombenanlage wird der Patient wieder entlassen. Die Bestrahlung erfolgte zwei Wochen später. Was ist die Hauptdiagnose? Kann ein Kode aus Z40.- <i>Prophylaktische Operation</i> verwendet werden?
Kodierempfehlung:	C61 <i>Bösartige Neubildung der Prostata</i> ist als Hauptdiagnose nach DKR 0201 zuzuweisen. Die Netzplombenanlage ist als Teil der Behandlung des Prostatakarzinoms zu werten. Die geplante Strahlentherapie begründet die vorbereitende Maßnahme, die in Zielrichtung der Behandlung des Prostatakarzinoms erfolgt. Bezüglich der Verwendung von Z-Kodes sind die Hinweise am Anfang von Kapitel XXI der ICD-10-GM zu beachten.

Kodierempfehlung:	371
Schlagworte:	Spinalkanalstenose, Myelopathie, lumbal
Erstellt:	15.02.2011
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Patient, 68 Jahre alt, kommt mit Claudicatio-spinalis-Symptomatik bei lumbaler Spinalkanalstenose zur Laminektomie. Postoperativ ist der Patient beschwerdefrei. Ist zusätzlich zur Schlüsselnummer M48.06 <i>Sonstige Spondylopathien, Spinal(kanal)stenose, Lumbalbereich</i> als Nebendiagnose ein Kode aus G95.1- <i>Vaskuläre Myelopathien</i> zu kodieren?
Kodierempfehlung:	Mit der Schlüsselnummer M48.06 ist der Sachverhalt umfassend und korrekt abgebildet. Die der „Claudicatio“ zu Grunde liegende Erkrankung ist die Spinalkanalstenose. Die Kodierung einer Schlüsselnummer aus G95.1- ist nicht korrekt, da keine Rückenmarkserkrankung, d. h. keine vaskuläre Myelopathie vorliegt. In diesem Bereich der Wirbelsäule ist beim Erwachsenen in der Regel kein Myelon vorhanden. Zwar führte der Suchbegriff "Claudicatio spinalis" im Alphabetischen Verzeichnis der ICD 10 bis 2012 zur Schlüsselnummer G95.1- <i>Vaskuläre Myelopathien</i>. Maßgeblich ist jedoch nach DKR D014 das Systematische Verzeichnis der ICD-10-GM. Für eine Claudicatio spinalis der LWS ist diese Schlüsselnummer somit nicht zutreffend. Wird bei V. a. eine Myelopathie der Nachweis einer Schädigung des Myelons durch die bildgebende Diagnostik erbracht, so ist die zusätzliche Kodierung der Schlüsselnummer G99.2* <i>Myelopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten</i> begründet. Ab 2013 wurde das Alphabetische Verzeichnis im Hinblick auf die pathophysiologischen Zusammenhänge entsprechend ergänzt bzw. korrigiert.

Kodierempfehlung: 372	
Schlagworte:	Komplexbehandlung, Leistungserbringung – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	16.12.2010
Aktualisiert:	11.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	16.12.2020
Problem / Erläuterung:	OPS 8-983 <i>Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung</i> fordert Leistungen in definierter „Therapiedichte“ bei Einsatz explizit benannter Therapiebereiche. 1. Können solche Leistungen hinzugerechnet werden, die durch das Pflegepersonal der Station erbracht werden? 2. Können Leistungen in vollem Zeitumfang hinzugerechnet werden, die keine durchgehende Anwesenheit eines Vertreters der benannten Therapiebereiche erfordern (z. B. Belassen eines Coolpacks oder einer Rotlichtlampe für 30 Minuten)?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	1. Nur die durch einen Therapeuten (Vertreter eines der benannten Therapiebereiche) erbrachten Leistungen können hinzugerechnet werden. 2. Nur die Zeit, in der der Therapeut unmittelbar mit der Behandlung des Patienten befasst ist, ist hinzuzurechnen.
Entscheidung Schlichtungsausschuss	Bei der Anrechnung von Therapiezeiten der genannten Therapiebereiche im Rahmen des OPS-Kodes 8-983 <i>Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung</i> sind die Leistungen von Pflegepersonal nur dann anzurechnen, sofern die jeweils hierzu erforderliche berufsrechtliche bzw. fachliche Qualifikation für den zutreffenden Therapiebereich vorliegt. Es können pauschal Leistungen in hälftigem Zeitumfang (z. B. 15 Minuten für eine Therapieeinheit von 30 Minuten) hinzugerechnet werden, die keine durchgehende Anwesenheit eines Vertreters der benannten Therapiebereiche erfordern (z. B. Rotlichtlampe).

**Kommentar SEG 4 zur
Entscheidung des
Schlichtungs-
ausschusses**

Alle Ausführungen des Schlichtungsausschusses beziehen sich ausschließlich auf die jeweils in der Entscheidung des Schlichtungsausschusses beschriebenen Fallkonstellationen und die genannten ICD 10- und OPS-Kodes.

Kodierempfehlung:	373
Schlagworte:	Thrombektomie, Prothesenbypass
Erstellt:	16.12.2010
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Bei liegender Gefäßprothese (femoro-poplitealer Bypass) wird nach subfaszialer Freipräparation des femoro-poplitealen Bypasses mittels Fogarty-Katheter thrombotisches Material entfernt. Ist zusätzlich zu 5-380.73 <i>Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen, Arterien Oberschenkel, Gefäßprothese</i> der OPS-Kode 5-394.2 <i>Revision einer Blutgefäßoperation, Revision eines vaskulären Implantates</i> zu kodieren?
Kodierempfehlung:	Nur 5-380.73 <i>Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen, Arterien Oberschenkel, Gefäßprothese</i> ist zu kodieren (DKR P013). Die Operation an einem Implantat erfordert immer die Wiedereröffnung des Operationsgebietes (Revision).

Kodierempfehlung:	374
Schlagworte:	Sarkoidose, Lungenfibrose
Erstellt:	15.02.2011
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Bei einem Patienten mit Sarkoidose der Lunge wurde eine thorakoskopische Keilresektion wegen Lungenrundherden und mediastinaler Lymphknoten vorgenommen und im Resektat histologisch eine granulomatöse Entzündung im Sinne einer Sarkoidose mit hyaliner Fibrose nachgewiesen. Postoperativ wird laut Epikrise wegen des histologischen Nachweises der beginnenden Fibrose mit Prednisolon in absteigender Dosierung behandelt. Kann J84.1 <i>Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Fibrose</i> zusätzlich zur Hauptdiagnose D86.0 <i>Sarkoidose der Lunge</i> kodiert werden?
Kodierempfehlung:	Die histologisch nachgewiesene Lungenfibrose ist ein typisches pathologisches Substrat der Sarkoidose der Lunge und somit mit dem Code für die Hauptdiagnose erfasst. Eine <i>Sonstige interstitielle Lungenkrankheit mit Fibrose</i> lag somit nicht vor und ist nicht zusätzlich zu kodieren.

Kodierempfehlung:	377
Schlagworte:	Obduktionsbefunde
Erstellt:	15.02.2011
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Eine Patientin im schlechten Allgemeinzustand wurde auf Grund einer subtrochantären Femurfraktur rechts nach Sturz aufgenommen. Es erfolgte eine geschlossene Reposition und Osteosynthese. Bei der Patientin bestand eine alkoholtoxische Leberzirrhose und in der Vorgeschichte wurde ein Mammakarzinom erwähnt. Der Zustand der Patientin verschlechterte sich postoperativ. Zudem bestand, kurz bevor die Patientin verstarb, der Verdacht auf eine Pneumonie. Es wurde geröntgt und eine Pleurasonografie durchgeführt. Eine antibiotische Behandlung wurde begonnen. Eine Obduktion wurde durchgeführt. Hier zeigte sich kein Hinweis auf eine Pneumonie, sondern eine beginnende Lymphangiosis carcinomatosa der Lunge, histologisch vereinbar mit einem Mammakarzinom. Ist die Kodierung der nachfolgenden Nebendiagnosen sachgerecht? J18.9 <i>Pneumonie, nicht näher bezeichnet,</i> C78.0 <i>Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge.</i>
Kodierempfehlung:	Im Rahmen einer Obduktion festgestellte Diagnosen, die aus retrospektiver Sicht während des stationären Aufenthaltes das Patientenmanagement beeinflusst haben, können kodiert werden, auch wenn die Diagnosebestätigung oder -stellung erst im Rahmen einer Obduktion erfolgt. Demzufolge ist nur die Kodierung von C78.0 <i>Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge</i> sachgerecht. Der Verdacht auf eine Pneumonie hat sich nicht bestätigt.

Kodierempfehlung:	378
Schlagworte:	Verbrennung, Folgebehandlung
Erstellt:	16.12.2010
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	1. Was ist die Hauptdiagnose bei Aufnahme zur geplanten Folgebehandlung nach Verbrennungen wie z. B. zur Transplantation oder zum Debridement? 2. Was ist die Hauptdiagnose bei Aufnahme zur Behandlung von Spätfolgen/Folgezuständen nach Verbrennungen wie z. B. Narbenkontrakturen?
Kodierempfehlung:	Ad 1. Hauptdiagnose ist gemäß DKR D005 die Verbrennung als die ursprüngliche Erkrankung, z. B. T22.32 <i>Verbrennung 3. Grades der Schulter und des Armes, ausgenommen Handgelenk und Hand, (Ober-) Arm und Schulterregion</i> Ad 2. Hauptdiagnose ist gemäß DKR D002 und DKR D005 der aktuelle Krankheitszustand, z. B. L90.5 <i>Narben und Fibrosen der Haut</i> für Narbenkontrakturen, gefolgt von T95.2 <i>Folgen einer Verbrennung, Verätzung oder Erfrierung der oberen Extremität</i>. Aufnahmegrund ist nicht die nachfolgende Behandlung der aktuellen Verbrennung oder ein geplanter Folgeeingriff, sondern die Behandlung einer Komplikation bzw. Spätfolge der Verbrennung. Anmerkung: Erfolgt die Aufnahme zur Nachbehandlung der Narben aus rein kosmetischen Gründen, ist DKR 1205 zu beachten.

Kodierempfehlung:	380
Schlagworte:	Wirbelkörperersatz, Osseofix™
Erstellt:	15.02.2011
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Ist für die Implantation eines Osseofix™-Systems 5-837.0 <i>Wirbelkörperersatz durch Implantat</i> oder 5-839.a <i>Implantation von Material in einen Wirbelkörper mit intravertebraler, instrumenteller Wirbelkörperaufrichtung</i> anzugeben?
Kodierempfehlung:	Es handelt sich um eine Variante der Kyphoplastie. Minimalinvasiv wird zunächst eine Aufrichtung des Wirbelkörpers vorgenommen und dann Knochenzement in ein flexibles Titanmesh eingebracht. Ein Wirbelkörper wird weder entfernt noch ersetzt. 5-839.a <i>Implantation von Material in einen Wirbelkörper mit intravertebraler, instrumenteller Wirbelkörperaufrichtung</i> ist der korrekte Code. Siehe hierzu Hinweis zum Wirbelkörperersatz ab OPS, Version 2012, unter dem Kode 5-837.0. Für Fälle ab 2016 lautet der Kode 5-839.a <i>Implantation von Material in einen Wirbelkörper mit Verwendung eines Systems zur intravertebralen, instrumentellen Wirbelkörperaufrichtung</i>.

Kodierempfehlung:	381
Schlagworte:	Komplexbehandlung, palliativmedizinisch, Chemotherapie
Erstellt:	17.10.2013
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Ein 50-jähriger Patient mit zerebral und ossär metastasiertem Bronchialkarzinom wird mit einer Lähmung des linken Arms und starken Rückenschmerzen stationär aufgenommen. Der Patient erhält im Rahmen einer palliativmedizinischen Komplexbehandlung über 10 Tage eine medikamentöse Schmerztherapie, Physiotherapie und Entspannungstherapie. Parallel hierzu wird eine palliative Chemotherapie durchgeführt. Schließt die Chemotherapie die Kodierung eines Kodes aus 8-982 <i>Palliativmedizinische Komplexbehandlung</i> oder aus 8-98e <i>Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung</i> aus?
Kodierempfehlung:	Eine palliative Chemotherapie ohne kurative Intention erfolgt im Allgemeinen zur Symptomkontrolle und nicht zur Beeinflussung der Grunderkrankung. Sie ist somit kein Ausschlussgrund für die Kodierung der OPS-Kodes 8-982 oder 8-98e, sofern deren weitere Mindestmerkmale erfüllt sind. Für Fälle ab 2017 ist eine palliative Chemotherapie auch kein Ausschlussgrund für die Kodierung des OPS-Kodes 8-98h <i>Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst</i> sofern dessen weitere Mindestmerkmale erfüllt sind.

Kodierempfehlung:	382
Schlagworte:	Myomenukleation, Wundverschluss
Erstellt:	12.04.2011
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Bei einer 34-jährigen Frau mit primärer Sterilität wird im Rahmen einer Bauchspiegelung ein intramural gelegenes Myom mit einem Durchmesser von 4,5 cm komplett ausgeschält. Der entstandene Defekt in der Uteruswand wird mehrschichtig laparoskopisch übernäht. Darf neben dem OPS-Kode 5-681.22 <i>Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus, Enukleation eines Myoms, endoskopisch (laparoskopisch)</i> der OPS-Kode 5-695.12 <i>Rekonstruktion des Uterus, Plastische Rekonstruktion, endoskopisch (laparoskopisch)</i> kodiert werden?
Kodierempfehlung:	Für Fälle bis einschließlich 2014: In diesem Fall handelt es sich nicht um eine plastische Rekonstruktion des Uterus. Der Wundverschluss ist bei jedem operativen Eingriff integraler Bestandteil der Operation. Gemäß den DKR P001 und P003 sind Prozedurenkomponenten nicht zusätzlich zu kodieren, sofern die DKR bzw. der OPS nichts Abweichendes regeln. Für Fälle ab 2015 ist in diesem Fall ausschließlich 5-681.82 <i>Entfernung eines oder mehrerer Myome ohne ausgedehnte Naht des Myometriums, endoskopisch (laparoskopisch)</i> zu kodieren.

Kodierempfehlung:	383
Schlagworte:	Aszites
Erstellt:	12.04.2011
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	1. Bei einer Patientin mit Ovarialkarzinom werden 3 l intraabdominelle Flüssigkeit intraoperativ abgesaugt und ein Teil davon zytologisch untersucht. Es finden sich maligne Zellen darin. 2. Eine junge Frau mit akuten Unterbauchschmerzen wird notfallmäßig laparoskopiert. Als Ergebnis findet sich der Verdacht auf eine rupturierte Ovarialzyste, 15 ml blutig tingierte Flüssigkeit (ehemaliger Zysteninhalt) im Douglas'schen Raum werden intraoperativ abgesaugt. 3. Im Rahmen einer Bauchspiegelung bei (nicht bestätigtem) Verdacht auf Endometriose wird ein unauffälliger gynäkologischer Situs beschrieben. Das Peritoneum ist spiegelnd glatt. Im Rahmen des Eingriffs wird eine Spülzytologie gewonnen und aufbereitet. In der Spülflüssigkeit finden sich keine pathologischen Zellen. In welchen Fällen kann der ICD-Kode R18 <i>Aszites</i> als Nebendiagnose verschlüsselt werden?
Kodierempfehlung:	1. Hier liegt ein Aszites im medizinischen Sinne vor, der auch die Nebendiagnosendefinition erfüllt. R18 ist zu kodieren. 2. In dieser Konstellation liegt kein Aszites vor, sondern eine Flüssigkeitsansammlung nicht peritonealen Ursprungs nach Zystenruptur. Somit ist R18 hier nicht zu kodieren. 3. Auch in diesem Fall liegt kein Aszites vor. R18 kann nicht kodiert werden.

Kodierempfehlung:	384
Schlagworte:	Reanimationsmaßnahmen, andere, Wiederbelebung
Erstellt:	12.04.2011
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Nach Übernahme aus einem anderen Krankenhaus zum herzchirurgischen Eingriff wird die begonnene Therapie mit Beatmung, intraaortaler Ballonpumpe (IABP) und kontinuierlicher gleichzeitiger Gabe dreier Katecholamine fortgesetzt. Sind die genannten therapeutischen Maßnahmen mit dem OPS-Kode 8-779 <i>Andere Reanimationsmaßnahmen</i> zu verschlüsseln?
Kodierempfehlung:	8-779 <i>Andere Reanimationsmaßnahmen</i> ist nicht zu kodieren, da keine Wiederbelebung nach Eintritt eines plötzlichen Herz-Kreislauf-Stillstands durchgeführt wurde.

Kodierempfehlung:	386
Schlagworte:	Anastomositis – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	12.04.2011
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	11.11.2020
Problem / Erläuterung:	Bei einem Patienten mit einem Billroth II-Magen (Operation vor drei Jahren) wird gastrokopisch eine Anastomositis an der gastrojejunalen Anastomose mit Ulcera im Jejunum beschrieben. Können hier als Nebendiagnose der ICD-Kode T81.8 <i>Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert</i> oder der ICD-Kode K91.88 <i>Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert</i> angegeben werden?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	Ein spezifischer Code für eine Anastomositis existiert nicht. Da hier morphologisch neben den Ulcera eine Gastritis und eine Enteritis vorlagen, sind folgende Codes, da spezifischer als die oben genannten, zu verwenden: K29.6 <i>Sonstige Gastritis,</i> K28.9 <i>Ulcus pepticum jejuni, weder als akut noch chronisch bezeichnet, ohne Blutung oder Perforation</i> und K52.9 <i>Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet.</i>
Entscheidung Schlichtungsausschuss	Wird ein Patient wegen einer Anastomositis an einer gastrojejunalen Anastomose bei zurückliegender Billroth II Operation (Operation vor drei Jahren) und mit Ulcera im Jejunum behandelt, ist dies mit den nachfolgend zutreffenden Codes oder Codes aus K29.6 <i>Sonstige Gastritis</i> K28.- <i>Ulcus pepticum jejuni</i> K52.9 <i>Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet</i> K91.88 <i>Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems nach medizinischen Maßnahmen, andernorts nicht klassifiziert</i> zu kodieren.

Der Kode K91.88 *Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems nach medizinischen Maßnahmen, andernorts nicht klassifiziert* dient der Kodierung der Anastomositis und stellt gleichzeitig den Zusammenhang zwischen der Anastomositis und der vorangegangenen Billroth II-Operation her.

Kodierempfehlung:	389
Schlagworte:	Zustand nach Transplantation, Folgeeingriff, geplant
Erstellt:	12.04.2011
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Aufnahme des Versicherten zur Linksherzkatheteruntersuchung im Rahmen des Transplantationsprotokolls bei Z. n. Herztransplantation wegen schwerer therapieresistenter kongestiver Kardiomyopathie. Hierbei Ausschluss einer Transplantatvaskulopathie. Es konnte eine diffuse Koronarsklerose nachgewiesen werden ohne hämodynamisch relevante Koronarstenosen. Was ist die Hauptdiagnose? I25.10 <i>Chronische ischämische Herzkrankheit, atherosklerotische Herzkrankheit, ohne hämodynamisch wirksame Stenosen</i> oder I42.0 <i>Dilatative Kardiomyopathie</i>
Kodierempfehlung:	I25.10 <i>Chronische ischämische Herzkrankheit, atherosklerotische Herzkrankheit, ohne hämodynamisch wirksame Stenosen</i> ist als Hauptdiagnose zuzuweisen. Diese Diagnose wurde im Rahmen der Linksherzkatheteruntersuchung festgestellt. Die Schlüsselnummer I42.0 ist nicht begründet, da bei Z. n. Transplantation die kongestive Kardiomyopathie nicht mehr vorliegt und die Koronarangiografie nicht als geplante Folgebehandlung im Sinne der DKR D005 zu werten ist.

Kodierempfehlung:	391
Schlagworte:	Prothrombinkomplex, PPSB, Transfusion
Erstellt:	16.06.2011
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Bei der Transfusion von PPSB (Prothrombinkomplex) werden verschiedene Blutgerinnungsfaktoren verabreicht. Der OPS-Katalog bietet die Möglichkeit, die Menge der Faktoren bis zur 6. Stelle über den Kode 8-812.5 <i>Transfusion von anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen, Prothrombinkomplex</i> anzugeben. Können die einzelnen Faktoren summiert werden oder richtet sich die Anzahl der verabreichten Einheiten nach nur einem bestimmten Faktor?
Kodierempfehlung:	Über die 6. Stelle des OPS-Kodes 8-812.5 können nur die Einheiten des Faktors IX abgebildet werden. Die Bildung einer Summe aus allen in PPSB enthaltenen Faktoren ist nicht korrekt. PPSB-Konzentrate sind hinsichtlich ihres Faktor-IX-Gehaltes standardisiert. Die übrigen Faktoren sind herstellungsbedingt variabel und werden deshalb chargenspezifisch oder als Mittelwerte deklariert.

Kodierempfehlung:	392
Schlagworte:	Thrombozytopenie – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	16.06.2011
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	19.08.2020
Problem / Erläuterung:	Ein Patient mit Heparin-induzierter Thrombozytopenie Typ II (HIT II) in der Anamnese bedarf einer parenteralen antithrombotischen Prophylaxe. Das Blutbild des Patienten ist unauffällig und die Gerinnungsparameter liegen im Normbereich. Die Klinik verabreicht deshalb ein Danaparoid-Natrium - Heparinoid. Ist D69.53 <i>Sekundäre Thrombozytopenie, Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ II</i> als Nebendiagnose zu kodieren?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	Zum Zeitpunkt des stationären Aufenthaltes lag keine HIT II, d. h. keine manifeste Thrombozytopenie vor. Der Behandlungsaufwand begründet die Kodierung von Z86.2 <i>Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe</i> sowie <i>bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems in der Eigenanamnese</i> , aber nicht die Kodierung von D69.53
Entscheidung Schlichtungsausschuss	Wird eine heparininduzierte Thrombozytopenie bei bekannter HIT II durch prophylaktische Maßnahmen verhindert, ist der Code Z86.2 <i>Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe</i> sowie <i>bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems in der Eigenanamnese</i> zu kodieren. Der Code D69.53 <i>Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ II</i> ist nur dann zu kodieren, wenn die heparininduzierte Thrombozytopenie tatsächlich auftritt.

Kodierempfehlung:	393
Schlagworte:	Magenblutung, Teerstuhl – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	16.06.2011
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	11.11.2020
Problem / Erläuterung:	Zwei Tage nach endoskopischer Polypektomie am Magen wird ein Patient mit Teerstuhl stationär aufgenommen. Ursächlich wird eine Blutung aus der Polypabtragungsstelle festgestellt. Was ist die Hauptdiagnose? K92.2 <i>Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet</i> oder T81.0 <i>Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffs, anderenorts nicht klassifiziert</i>
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	K92.2 <i>Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet</i> ist als Hauptdiagnose zu verschlüsseln, optional mit Y84.9! <i>Zwischenfälle durch medizinische Maßnahmen, nicht näher bezeichnet</i> als Nebendiagnose. K92.2 ist der spezifische Code in Bezug auf die Erkrankung. Siehe auch Kodierempfehlung 559.
Entscheidung Schlichtungsausschuss	Wird ein Patient zwei Tage nach endoskopischer Polypektomie am Magen mit Teerstuhl stationär aufgenommen und wird die Polypabtragungsstelle als ursächlich für die Blutung festgestellt, ist der Code K92.2 <i>Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet</i> als Hauptdiagnose anzugeben.

Kodierempfehlung:	395
Schlagworte:	Multiresistente Erreger, MRE
Erstellt:	16.06.2011
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Ein Patient mit nachgewiesener MRSA-Besiedelung wird isoliert und wegen abgeschlossener Behandlung seiner Grunderkrankung aus der Isolierung nach Hause entlassen. Der Nachweis von drei negativen Abstrichen erfolgt nicht. Darf bei Erfüllung der übrigen Mindestmerkmale der OPS-Kode 8-987 <i>Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]</i> kodiert werden?
Kodierempfehlung:	Der OPS 8-987 <i>Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]</i> darf kodiert werden. Das Mindestmerkmal <i>“Die Isolierung wird aufrechterhalten, bis in drei negativen Abstrichen/Proben von Prädilektionsstellen der MRE nicht mehr nachweisbar ist“</i> bezieht sich auf die Dauer einer notwendigen Isolierung und ist keine Voraussetzung für die Kodierung des OPS 8-987.

Kodierempfehlung:	398
Schlagworte:	Fettgewebe, Transplantation, Eigenfett
Erstellt:	16.06.2011
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Aufnahme einer Patientin zur Gewebeaugmentation (autologe Fettgewebstransplantation) im Gesicht. Hierzu wird mit einer Spritze Fettgewebe aus der Bauch- bzw. Flankenregion entnommen, teils wenige Milliliter, teils bis zu 60 ml, anschließend zentrifugiert und transplantiert. Wie ist die Fettgewebstransplantation zu kodieren, z. B. 5-909.x <i>Andere Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut, Sonstige?</i>
Kodierempfehlung:	Die erbrachte Leistung ist derzeit nicht kodierbar, da im OPS für die Eigenfettgewebstransplantation kein Code zur Verfügung steht. 5-909.x <i>Andere Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut, Sonstige</i> bildet den Sachverhalt nicht korrekt ab. Erfolgte der Eingriff aus rein kosmetischen Gründen, ist DKR 1205 zu beachten.

Kodierempfehlung:	400
Schlagworte:	Megaureter, Kontrolluntersuchung – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	16.06.2011
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	25.11.2020
Problem / Erläuterung:	Ein Neugeborenes wird wegen persistierendem Ikterus ins Krankenhaus aufgenommen. Bei der Sonografie erfolgt auch eine Beurteilung der ableitenden Harnwege. Dabei wird ein bekannter Megaureter bestätigt. Während des Aufenthaltes erfolgen diesbezüglich keine weiteren diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen. Kann hier der ICD-Kode Q62.2 <i>Angeborener Megaureter</i> als Nebendiagnose angegeben werden?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	Allein die nochmalige Kontrolle der bekannten Harntransportstörung im Sinne eines abnormen Befundes ohne weitergehende Diagnostik ist gemäß DKR D003 nicht als Nebendiagnose zu kodieren.
Entscheidung Schlichtungsausschuss	Wenn ein Neugeborenes wegen persistierendem Ikterus in ein Krankenhaus aufgenommen wird und eine sonographische Beurteilung der ableitenden Harnwege bei bekanntem Megaureter erfolgt, anschließend in Bezug auf den Megaureter aber keine weiteren diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen während des stationären Aufenthaltes erfolgen, ist der Code Q62.2 <i>Angeborener Megaureter</i> gemäß DKR D003 <i>Nebendiagnosen</i> als Nebendiagnose anzugeben.

Kodierempfehlung:	401
Schlagworte:	Megaureter, Diagnostik
Erstellt:	16.06.2011
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Ein Neugeborenes wird auf Grund einer pränatal diagnostizierten Harntransportstörung am Tag nach der Geburt in die Kinderklinik verlegt und dort gezielt sonografiert. Aktuell findet sich ein Megaureter links. Während des postnatalen Aufenthaltes erfolgen sonst keine weiteren diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen. Kann hier der ICD-Kode Q62.2 <i>Angeborener Megaureter</i> als Hauptdiagnose angegeben werden?
Kodierempfehlung:	Die pränatal bekannte Harntransportstörung ist nach DKR 1601 mit Q62.2 als Hauptdiagnose zu verschlüsseln.

Kodierempfehlung:	403
Schlagworte:	Intubation, schwierige, prophylaktische, fiberoptische – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	16.08.2011
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	19.08.2020
Problem / Erläuterung:	Bei zu erwartender schwieriger Intubation wegen einer Säbelscheidentrachea mit inspiratorischem Stridor und begleitender Adipositas permagna wird zur Struma-Operation elektiv eine komplikationslose fiberoptische Intubation der wachen Patientin durchgeführt. Ist als Nebendiagnose T88.4 <i>Sonstige Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert, Mislungene oder schwierige Intubation</i> zu kodieren?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	Als Nebendiagnose ist J39.80 <i>Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der oberen Atemwege, Erworbene Stenose der Trachea</i> zu kodieren, da diese Erkrankung die Nebendiagnosendefinition erfüllt. T88.4 <i>Sonstige Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert, Mislungene oder schwierige Intubation</i> ist nicht zu kodieren, da eine Komplikation bei der primär gewählten fiberoptischen Intubation nicht eingetreten ist. Hinweis: Im Jahr 2012 wurde T88.4 aus der CCL-Matrix gestrichen. Siehe auch Kodierempfehlung 53.
Entscheidung Schlichtungsausschuss	Erfolgt bei einer zu erwartenden schwierigen Intubation beispielsweise wegen einer Säbelscheidentrachea, Struma oder Adipositas per magna eine primär geplante und komplikationslose fiberoptische Intubation, so ist der Kode T88.4 <i>Mislungene oder schwierige Intubation</i> nicht zu kodieren. Diejenigen Erkrankungen/Störungen, die den erschwerten Intubationsbedingungen zugrunde liegen, sind zusätzlich zu kodieren (hier Säbelscheidentrachea, Struma, Adipositas per magna).

Kodierempfehlung:	404
Schlagworte:	Strahlenschutzschiene, Abformung, Bestrahlungsvorbereitung – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	16.08.2011
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	11.11.2020
Problem / Erläuterung:	Bei einem Patienten wird während des stationären Krankenhausaufenthaltes durch Laserresektion ein Zungenkarzinom lokal in sano entfernt und es erfolgt eine Neck dissection links. Es ist nun eine adjuvante Radiatio geplant. Während des aktuellen Aufenthaltes wird der Patient dem Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen vorgestellt, welcher eine "Abformung" von Oberkiefer und Unterkiefer für die spätere Anfertigung einer Strahlenschutzschiene vornimmt. Die Strahlenschutzschienen werden weder während des stationären Aufenthaltes noch nachstationär innerhalb der OGVD angefertigt. Der Patient soll sich 12 Tage nach Entlassung zum Planungs-CT vorstellen. Ist die Kodierung des OPS 8-527.6 <i>Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie, Behandlungshilfen</i> korrekt?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	Während des stationären Aufenthaltes erfolgte weder die Konstruktion noch die Anpassung einer Fixations- oder Behandlungshilfe. Die Anfertigung eines Kieferabdruckes ist im OPS-Katalog nicht abbildbar und daher nicht zu kodieren.
Entscheidung Schlichtungsausschuss	Wird bei einem Patienten während des stationären Krankenhausaufenthaltes durch Laserresektion ein Zungenkarzinom lokal in sano entfernt und eine Neck dissection links durchgeführt sowie eine adjuvante Radiatio geplant (der Patient soll sich 12 Tage nach Entlassung zum Planungs-CT vorstellen) und wird der Patient während des aktuellen Aufenthaltes dem Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen zur "Abformung" von Oberkiefer und Unterkiefer für die spätere Anfertigung einer Strahlenschutzschiene vorgestellt, die Strahlenschutzschienen jedoch weder während des stationären Aufenthaltes noch danach vom Krankenhaus angefertigt, ist für die Abformung von Ober- und Unterkiefer in diesem Fall (KDE-404) der OPS 8-527.6 <i>Konstruktion und Anpassung von Fixations- und</i>

	<i>Behandlungshilfen bei Strahlentherapie, Behandlungshilfen nicht zu kodieren.</i>
--	---

Kodierempfehlung:	407
Schlagworte:	Pfannendachplastik
Erstellt:	25.10.2011
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Im Rahmen der Implantation einer Hüft-TEP wird in Bezug auf die Präparation im Operationsbericht ausgewiesen, dass noch verbliebene Zysten im Bereich des Pfannendaches mit Spongiosa aus dem resezierten Kopf aufgefüllt werden. Ist die Kodierung des Codes 5-829.1 <i>Andere gelenkplastische Eingriffe, Pfannendachplastik am Hüftgelenk</i> korrekt?
Kodierempfehlung:	Die Kodierung einer Pfannendachplastik ist nicht korrekt. Die Auffüllung der Zysten mit Spongiosa dient der besseren Osteointegration der Pfanne. Eine Pfannendachplastik hingegen erfolgt in Zielrichtung einer Verbesserung der knöchernen Überdachung eines Hüftgelenkes, d. h. einer Konturveränderung, z. B. bei dysplastischer Hüfte. Mit der Anlagerung von Knochen wird hiermit eine zusätzliche Überdachung erreicht. Somit ist Voraussetzung, dass eine entsprechende präoperative Deformität der Pfanne besteht, die durch eine solche Maßnahme nachweisbar behoben wird. Für Fälle ab 2016 findet sich unter dem Code 5-829.1 ein Hinweistext zur Definition der Pfannendachplastik.

Kodierempfehlung:	408
Schlagworte:	Diabetes mellitus, Fettleber, Manifestation
Erstellt:	16.08.2011
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Patient mit entgleistem Diabetes mellitus Typ II wird stationär aufgenommen. Bisherige Therapie mit Metformin und Diabetesdiät. Jetzt Umstellung auf Insulintherapie erforderlich. Bei der körperlichen Untersuchung V. a. Lebervergrößerung. Alkoholanamnese negativ. Die Sonografie zeigt typische Veränderungen im Sinne einer Fettleber. Ist die Kodierung von E11.61 <i>Diabetes mellitus, Typ 2, mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen, als entgleist bezeichnet</i> in Verbindung mit K77.8* <i>Leberkrankheiten bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten</i> korrekt?
Kodierempfehlung:	Die Fettleber ist mit dem spezifischen Kode K76.0 <i>Fettleber [fettige Degeneration]</i>, <i>anderenorts nicht klassifiziert</i> zu kodieren. Die Fettleber ist keine Manifestation des Diabetes mellitus und somit nicht über das Kreuz-Stern-System abzubilden. Auch wenn die nichtalkoholische Fettlebererkrankung (NAFLD) gehäuft in Zusammenhang mit einem Diabetes mellitus auftritt, ist sie keine typische Komplikation des Diabetes mellitus und auch nicht - nach der Systematik der ICD-10-GM - über die 4. Stelle abzubilden. Siehe auch Kodierempfehlungen 9, 35, 56, 170, 458, 578, 579 und 600.

Kodierempfehlung:	409
Schlagworte:	Bronchialkarzinom, Diagnosesicherung
Erstellt:	16.08.2011
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Ein 81-jähriger Patient wird zur Abklärung rezidivierenden Erbrechens und unklarer Gewichtsabnahme stationär aufgenommen. Nach einem auffälligen Röntgenbild der Lunge zeigen sich im daraufhin veranlassten Thorax-CT nach bildmorphologischen Kriterien ein Bronchialkarzinom im rechten Oberlappen mit mediastinalen Lymphknotenmetastasen und im Anschnitt des oberen Abdomens jeweils eine Metastase der Nebennieren beidseits. Diese werden in der Abdomen-Sonografie bestätigt. In einer während der Bronchoskopie gewonnenen Zytologie können keine malignen Zellen nachgewiesen werden. Auf Grund der infausten Prognose wird der Patient ohne weitere Therapie nach Hause entlassen. Was ist die Hauptdiagnose? Dürfen die Metastasen als Nebendiagnosen kodiert werden?
Kodierempfehlung:	C34.1 <i>Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge, Oberlappen (-Bronchus)</i> ist zu kodieren, da das Vorliegen des metastasierten Bronchialkarzinoms auf Grund der Befundlage plausibel ist. C79.7 <i>Sekundäre bösartige Neubildung der Nebenniere</i> und C77.1 <i>Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten, Intrathorakale Lymphknoten</i> erfüllen die Nebendiagnosendefinition. Siehe auch Kodierempfehlungen 544 und 557.

Kodierempfehlung:	410
Schlagworte:	Scheidenstumpffixation, Hysterektomie, vaginale – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	16.08.2011
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	11.11.2020
Problem / Erläuterung:	Bei einer vaginalen Hysterektomie werden eine hohe Peritonealisierung und Scheidenecknähte als prophylaktische Maßnahme durchgeführt. Darf in diesem Fall zusätzlich 5-704.43 <i>Scheidenstumpffixation, vaginal</i> verschlüsselt werden?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	In diesen Fällen ist die Prozedur 5-704.43 nicht zusätzlich zu kodieren, da sie Bestandteil der vaginalen Hysterektomie ist. Voraussetzung für die zusätzliche Kodierung ist, dass sie nicht im Rahmen des Wundverschlusses durchgeführt wird, sondern eine zusätzliche Präparation erforderlich ist wie z. B. bei der Sacrospinalen Fixation nach Amreich und Richter bei Prolapshysterektomien. Für Fälle ab 2016 ist das operative Vorgehen bei Scheidenstumpffixationen nach der Art des Zuganges, der Art der Fixation und der Verwendung von alloplastischem Material abbildbar. Für Fälle ab 2018 findet sich unter der Kategorie 5-68 <i>Inzision, Exzision und Extirpation des Uterus</i> und der Prozedur 5-704 <i>Operationen an Vagina und Douglasraum, Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik</i> der Hinweis: Die Durchführung einer spezifischen Scheidenstumpffixation im Rahmen einer Vorder- und/oder Hinterwandplastik ist gesondert zu kodieren (5-704.46 bis 5-704.4p). Die Kodierung einer spezifischen Scheidenstumpffixation setzt voraus, dass eine Prozedur aus 5-704.46 bis 5-704.4p inhaltlich operativ erbracht wurde.
Entscheidung Schlichtungsausschuss	Die Frage, ob der Code 5-704.43 in dem genannten Fall (KDE-410) zusätzlich kodiert werden darf, kann nicht beantwortet werden, da der Code nicht mehr existiert und im OPS der Code-Bereich zur Abbildung von Scheidenstumpffixationen umstrukturiert wurde. Ob und welcher Code für eine Scheidenstumpffixation zu verwenden ist, ergibt sich aus den

	einschlägigen Regelungen der DKR und den entsprechenden Kodes und Hinweisen im OPS.
--	---

Kodierempfehlung:	413
Schlagworte:	Spondylodese, Wirbelsäule
Erstellt:	15.12.2011
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Wegen einer Lumbalkanalstenose mit Bandscheibenprolaps erfolgt eine Dekompressions-Operation mit Bandscheibenausräumung und Spondylodese L4/L5, (Titan cage und Spongiosa sowie dorsales Schrauben-Stabsystem L4/L5). Kann hier neben dem OPS-Code für die Spondylodese (5-836.30 <i>Spondylodese, Dorsal, 1 Segment</i>) der OPS-Code 5-835.5 <i>Osteosynthese und Knochenersatz an der Wirbelsäule, Durch dorsales Schrauben-Stabsystem</i> zusätzlich kodiert werden?
Kodierempfehlung:	Für Fälle bis einschließlich 2011 gilt: Dem Hinweis unter dem Viersteller 5-836 <i>Spondylodese</i> zufolge ist eine durchgeführte Osteosynthese mit einem Code aus 5-835 zu kodieren. Die OPS-Kodes aus 5-835 <i>Osteosynthese und Knochenersatz an der Wirbelsäule</i> sind anzugeben, wenn zusätzlich zu einer Prozedur eine Osteosynthese erfolgt. Im vorliegenden Fall ist somit dem Code für die Spondylodese der OPS-Code 5-835.5 <i>Osteosynthese und Knochenersatz an der Wirbelsäule, Durch dorsales Schrauben-Stabsystem</i> hinzuzufügen. Der Cage und die Spongiosatransplantation sind gesondert zu kodieren. Für Fälle ab 2012 sind die Änderungen im OPS zu berücksichtigen. Dem Hinweis unter dem Viersteller 5-836 <i>Spondylodese</i> zufolge ist eine zusätzlich („zusätzlich“ ist ab 2016 in dem Hinweis ergänzt) durchgeführte Osteosynthese oder eine dynamische Stabilisierung gesondert mit einem Code aus 5-83b <i>Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule</i> zu kodieren. Bei Kombination von unter 5-83b genannten Verfahren während eines Eingriffs sind alle Komponenten einzeln zu kodieren, so dass im vorliegenden Fall neben dem Code für die Spondylodese die OPS-Kodes 5-83b.50 <i>Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule, durch Schrauben-Stab-System, 1 Segment</i> und 5-83b.70 <i>Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule durch intervertebrale Cages, 1 Segment</i> anzugeben sind. Zusätzlich ist die Transplantation von Spongiosa mit 5-835.9 <i>Knochenersatz an der Wirbelsäule, Transplantation von Spongiosa(spänen) oder kortikospongiösen Spänen (autogen)</i> und die Transplantatentnahme zu verschlüsseln. Für Fälle ab 2017 sind die Hinweise unter 5-83b zu beachten. Für die vorliegende Fallkonstellation ergibt sich aus den Hinweisen keine Änderung der Kodierung.

Hinweis: Die für den OPS 2021 vorgenommene Überarbeitung der Codes für die Operationen an der Wirbelsäule haben keine Auswirkung auf die Kodierung der o.g. Fallkonstellation.

Kodierempfehlung:	415
Schlagworte:	Extrakorporale Membranoxygenation, ECMO-Therapie
Erstellt:	25.10.2011
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Am Ende eines kardiochirurgischen Eingriffes mit HLM wird intraoperativ die Indikation zur Extrakorporalen Membranoxygenation (ECMO-Therapie) gestellt. Kann in diesem Fall ein OPS aus 5-376.2 <i>Extrakorporale Pumpe (z. B. Kreislumppe oder Zentrifugalpumpe)</i> , univentrikulär verwendet werden, um die ECMO-Therapie im Rahmen eines operativen Eingriffes zu kodieren?
Kodierempfehlung:	Die Anwendung der ECMO ist im OPS 5-376 <i>Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch</i> als Exklusivum aufgeführt. Somit ist ein Kode aus 8-852 <i>Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) und Prä-ECMO-Therapie</i> anzugeben. Im OPS findet sich der Hinweis, dass der Anschluss der ECMO im Kode enthalten ist. Für Fälle ab 2013 wurde das Exklusivum unter 5-376 durch den Hinweis ersetzt, dass die Anwendung der ECMO gesondert zu kodieren ist. Für Fälle ab 2016 lautet der Kode 8-852 <i>Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie</i>.

Kodierempfehlung	416
Schlagworte:	Intensivaufnahmestatus, Wechsel Intensivstation
Erstellt:	14.02.2012
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Ein Patient wird auf einer medizinischen Intensivstation im Lungenödem aufgenommen. Nach zwei Wochen intensivmedizinischer Behandlung wird die Indikation geplant im Krankenhaus zur Bypass-OP gestellt. Der Patient wird 48 Stunden nach Indikationsstellung operiert und wird auf die chirurgische Intensivstation des Hauses verlegt und dort mehrere Wochen weiterbehandelt. Welcher Aufnahmestatus ist für die Berechnung der Aufwandspunkte für die Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Erwachsenen postoperativ zu wählen?
Kodierempfehlung:	Der Aufnahmestatus auf der Intensivstation ist als durchgehend medizinisch anzusehen, da der Aufenthalt auf Intensivstation lediglich durch eine Operation unterbrochen ist. Dies gilt auch bei einem Wechsel der Intensivstation innerhalb eines Krankenhauses.

Kodierempfehlung:	417
Schlagworte:	Phlegmone, Hand
Erstellt:	25.10.2011
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Ein Patient kommt zur Behandlung einer Handphlegmone nach Katzenbiss zur Aufnahme. Was ist die Hauptdiagnose?
Kodierempfehlung:	Da es sich um die Komplikation einer offenen Wunde handelt, ist gemäß DKR 1905 zunächst S61.80 <i>Offene Wunde des Handgelenkes und der Hand: Nicht näher bezeichnete offene Wunde sonstiger Teile des Handgelenkes und der Hand</i> anzugeben, gefolgt von T89.02 <i>Sonstige näher bezeichnete Komplikationen eines Traumas, Infektion</i> und L03.10 <i>Phlegmone an der oberen Extremität</i>. Daraus ergibt sich als Hauptdiagnose S61.80. Ab 2013 ist gemäß DKR 1905 der ICD-Kode L03.10 als Hauptdiagnose anzugeben (siehe Beispiel 2 in DKR 1905).

Kodierempfehlung:	418
Schlagworte:	Primärtumor, Nebendiagnose
Erstellt:	25.10.2011
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Aufnahme zur stationären Behandlung einer schweren Harnwegsinfektion. Bekannte Lebermetastasen nach einem vor fünf Jahren vollständig entfernten Sigmakarzinom. Nach erfolgreicher Therapie der Harnwegsinfektion Entschluss zur Durchführung der für diesen Zeitraum vorgesehenen Chemotherapie der Lebermetastasen. Während des stationären Aufenthaltes keine Maßnahmen bezüglich des Primärtumors. Kein Lokalrezidiv. Darf C18.7 <i>Bösartige Neubildung des Kolons, Colon sigmoideum</i> für den Primärtumor als Nebendiagnose kodiert werden?
Kodierempfehlung:	Hauptdiagnose ist die Harnwegsinfektion. Als Nebendiagnose ist C78.7 <i>Sekundäre bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge</i> zu kodieren. C18.7 <i>Bösartige Neubildung des Kolons, Colon sigmoideum</i> ist ebenfalls anzugeben. Gemäß DKR 0201 ist das primäre Malignom selbst einige Jahre nach der Resektion des Primärtumors Nebendiagnose, da der Patient nach wie vor wegen dieses Malignoms behandelt wird.

Kodierempfehlung:	420
Schlagworte:	Atherosklerose, Gangrän
Erstellt:	15.12.2011
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Können bei einer pAVK 1. rechts mit Gangrän am Unterschenkel, links mit Ulzeration am Unterschenkel 2. rechts mit Gangrän und mit einer zusätzlichen Ulzeration am Unterschenkel die ICD-Kodes I70.25 <i>Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Gangrän</i> I70.24 <i>Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration</i> gemeinsam angegeben werden?
Kodierempfehlung:	Wird sowohl die Gangrän als auch das Ulcus behandelt (an einem oder an beiden Unterschenkeln), können auch beide ICD-Kodes sowohl bei einseitiger, als auch bei beidseitiger Erkrankung angegeben werden. Die Voraussetzungen aus DKR D011 liegen nicht vor. Es handelt sich nicht um dieselbe Schlüsselnummer. Eine eigene Schlüsselnummer für die doppelseitige Erkrankung gibt es nicht.

Kodierempfehlung:	421
Schlagworte:	Mikrohämaturie, Harnwegsinfekt
Erstellt:	15.12.2011
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Kann bei einem Harnwegsinfekt mit Mikrohämaturie der ICD-Kode R31 <i>Nicht näher bezeichnete Hämaturie</i> als Nebendiagnose angegeben werden?
Kodierempfehlung:	Es handelt sich um einen abnormen Befund im Sinne der DKR D003. Dieser ist nicht zu kodieren, da keine therapeutische Konsequenz oder weiterführende Diagnostik folgt. Kodierbar ist – als Haupt- oder Nebendiagnose – die Erkrankung, welche behandelt wird.

Kodierempfehlung:	424
Schlagworte:	Thrombose, anamnestische
Erstellt:	15.12.2011
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Stationäre Aufnahme zur Lungenoberlappenteilresektion wegen eines Lungenrundherdes. In der Vorgeschichte war nach Implantation einer Hüftendoprothese eine Thrombose der Vena tibialis posterior aufgetreten, die medikamentös behandelt worden war. Aktuell keine therapeutischen Maßnahmen bezüglich der Thrombose. In Vorbereitung auf die Lungenoperation wurden eine Phlebasonografie und eine Echokardiografie zur Risikoabklärung durchgeführt. Eine Thrombose war in der Phlebasonografie nicht mehr nachweisbar. Ist die Kodierung von I80.28 <i>Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten</i> als Nebendiagnose korrekt?
Kodierempfehlung:	Die Kodierung von I80.28 ist nach DKR D003 nicht begründet, da keine Thrombose vorliegt und somit die Voraussetzungen der Nebendiagnosendefinition nicht erfüllt sind. Z86.7 <i>Krankheiten des Kreislaufsystems in der Eigenanamnese</i> ist als Nebendiagnose zu kodieren. Aus der Anamnese ist eine frühere tiefe Beinvenenthrombose bekannt, die das Patientenmanagement durch diagnostische Maßnahmen beeinflusste.

Kodierempfehlung	425
Schlagworte:	Mastoidektomie, radikal
Erstellt:	14.02.2012
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Wegen eines Cholesteatoms erfolgte eine radikale Mastoidektomie. Bei hierdurch entstandener Radikalhöhle wird in einem zweiten Schritt retroauriculär entnommene Spalthaut übertragen, um eine Epithelialisierung und Verkleinerung der Höhle zu erreichen. Darf für den zweiten Operationsschritt neben dem Code 5-204.0 <i>Rekonstruktion des Mittelohrs: Verkleinerung der Radikalhöhle</i> der Code 5-902.04 <i>Operative Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut: Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut, kleinflächig: sonstige Teile Kopf</i> zusätzlich kodiert werden?
Kodierempfehlung:	Die Verwendung des Codes 5-902.04 ist neben 5-204.0 nicht korrekt, da es sich nicht um einen Eingriff mit operativer Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut handelt; die "Einlage" der Spalthaut in die Radikalhöhle ist im Code für die Verkleinerung der Radikalhöhle enthalten.

Kodierempfehlung	428
Schlagworte:	Seelsorger, Palliativmedizin – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	14.02.2012
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	25.11.2020
Problem / Erläuterung:	Können die durch einen Seelsorger erbrachten Leistungen z. B. bei den OPS-Komplexkodes 8-982 <i>Palliativmedizinische Komplexbehandlung</i> und 8-98e <i>Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung</i> für die Therapiezeit berücksichtigt werden?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	Die Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengespräche können von allen Berufsgruppen des Behandlungsteams durchgeführt werden. Der Seelsorger gehört nicht zur Gruppe der Therapeuten. Somit sind die Leistungen eines Seelsorgers nicht bei der Therapiezeit zu berücksichtigen. Für Fälle ab 2017 gilt dies auch für den OPS-Komplexcode 8-98h <i>Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst</i>.
Entscheidung Schlichtungsausschuss	Die von einem Seelsorger/ einer Seelsorgerin erbrachten Leistungen sind nicht im Rahmen der OPS-Kodes 8-982 Palliativmedizinische Komplexbehandlung und 8-98e Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung bei der Ermittlung der pro Patient erbrachten Leistungen/Therapiezeit zu berücksichtigen <u>Begründung:</u> Unter Berücksichtigung der vorgebrachten Überlegungen hinsichtlich der Finanzierung von Seelsorgeleistungen über die Gemeinkosten eines Krankenhauses bzw. durch andere Kostenträger, der Heterogenität des Begriffs der Seelsorge, eines potenziellen Verdrängungseffektes zu Lasten

der in den Mindestmerkmalen des OPS genannten Berufsgruppen sowie einer konsistenten Anwendung des Begriffs des palliativmedizinischen Behandlungsteams im OPS ist der Schlichtungsausschuss mehrheitlich zu dem Ergebnis gekommen, dass die von einem Seelsorger/einer Seelsorgerin erbrachten Leistungen nicht zu berücksichtigen sind.

Kodierempfehlung:	430
Schlagworte:	Prothesenwechsel, Mamma, prophylaktisch – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	19.04.2012
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	16.12.2020
Problem / Erläuterung:	Ablatio mammae rechts wegen Mammakarzinom. Nach abgeschlossener Chemotherapie erfolgte der Brustaufbau mit Mammaprothese. Auf Grund einer fehlerhaft hergestellten Mammaprothese wurde der Versicherten angeraten, das Implantat vorsorglich entfernen zu lassen. Die Untersuchungen einschließlich bildgebender Verfahren sind ohne pathologischen Befund. Es erfolgt eine Reoperation mit Prothesenwechsel. Bei der histologischen Untersuchung des periprothetischen Gewebes Fremdkörperreaktionen ohne Hinweis auf Prothesendefekt. Was ist die Hauptdiagnose?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	Z40.8 <i>Sonstige prophylaktische Operation</i> ist als Hauptdiagnose zuzuweisen. Der Prothesenwechsel erfolgte aus Gründen der Prophylaxe. Eine Komplikation lag nicht vor. Die Behandlung des Mammakarzinoms war mit dem Brustaufbau abgeschlossen. Bei der aktuellen Reoperation handelt es sich auch nicht um eine geplante Folgeoperation.
Entscheidung Schlichtungsausschuss	Wenn bei einer Patientin mit Zustand nach Ablatio mammae rechts wegen Mammakarzinom nach abgeschlossener Chemotherapie sowie nach Brustaufbau mit Mammaprothese nunmehr aufgrund einer fehlerhaft hergestellten Mammaprothese der Patientin angeraten wird das Implantat vorsorglich entfernen zu lassen, die diesbezüglichen Untersuchungen einschließlich bildgebender Verfahren ohne pathologischen Befund sind, eine Reoperation mit Prothesenwechsel erfolgt und bei der histologischen Untersuchung des periprothetischen Gewebes Fremdkörperreaktionen ohne Hinweis auf einen Prothesendefekt bzw. eine eingetretene Komplikation gefunden werden, wird der Code Z40.8 <i>Sonstige prophylaktische Operation</i> als Hauptdiagnose angegeben.

Kodierempfehlung:	433
Schlagworte:	Organtransplantation, Registrierung – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	19.04.2012
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	16.12.2020
Problem / Erläuterung:	Bei dem Patienten wurde im Rahmen eines Voraufenthaltes die Indikation zur Herztransplantation gestellt und für die Transplantation angemeldet (Krankenhaus A). Aktuell Aufnahme in ein heimatnahes Krankenhaus (B) wegen kardialer Dekompensation. Ist die Kodierung der Schlüsselnummer U55.- <i>Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation</i> durch das Krankenhaus B korrekt, obwohl die Diagnostik und der Aufwand bereits im Rahmen eines anderen Krankenhausaufenthaltes erfolgten.
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	Die Kodierung einer Schlüsselnummer aus U55.- <i>Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation</i> durch das Krankenhaus B ist nicht korrekt. Die Registrierung ist durch das Krankenhaus A erfolgt. Das Krankenhaus B hat bezüglich der Schlüsselnummer keinen erkennbaren Aufwand.
Entscheidung Schlichtungsausschuss	Der Kode U55.- <i>Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation</i> sagt aus, dass bei dem Patienten eine Registrierung zur Organtransplantation erfolgt ist. Diese Registrierung muss nicht im aktuellen stationären Aufenthalt erfolgt sein. Der Kode ist zu verwenden, wenn die erfolgte Registrierung weiterhin Gültigkeit besitzt.

Kodierempfehlung:	436
Schlagworte:	Eisenmangel, chronisch
Erstellt:	19.04.2012
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Bei einem Patienten wurde eine Eisenmangelanämie im Rahmen eines chronischen Blutverlustes diagnostiziert. Es wurde sowohl Eisen parenteral substituiert als auch eine Transfusion mit Erythrozytenkonzentraten durchgeführt. Kann neben D50.0 <i>Eisenmangelanämie, Eisenmangelanämie nach Blutverlust (chronisch)</i> auch E61.1 <i>Mangel an sonstigen Spurenelementen, Eisenmangel</i> kodiert werden?
Kodierempfehlung:	Im vorliegenden Fall handelt es sich um einen manifesten Eisenmangel mit Eisenmangelanämie, somit ist nur D50.0 <i>Eisenmangelanämie, Eisenmangelanämie nach Blutverlust (chronisch)</i> zu kodieren. Der vorliegende Eisenmangel ist durch diese Kombinations-Schlüsselnummer (s. DKR D010) abgebildet.

Kodierempfehlung:	438
Schlagworte:	Herzinsuffizienz, Schlafapnoe, Cheyne-Stokes-Atmung
Erstellt:	19.04.2012
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Die Ehefrau des Patienten berichtet über auffallende nächtliche Atempausen bei ihrem Mann. Eine Herzinsuffizienz ist bekannt. Er wird zur Diagnostik bei Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörung aufgenommen. Die Diagnostik ergibt eine Zentrale Schlafapnoe mit Cheyne-Stokes-Atmungsmuster bei Herzinsuffizienz NYHA IV. Was ist die Hauptdiagnose?
Kodierempfehlung:	G47.30 <i>Zentrales Schlafapnoe-Syndrom</i> ist als Hauptdiagnose zuzuweisen. Zu den Diagnosekriterien einer Zentralen Schlafapnoe mit Cheyne-Stokes-Atmungsmuster gehört die mögliche Assoziation mit schweren internistischen/neurologischen Erkrankungen, z. B. der Herzinsuffizienz. Eine Kodierung des Zentralen Schlafapnoe-Syndroms (Manifestation) mit der Herzinsuffizienz (Ätiologie) über die Kreuz-Stern-Systematik ist nicht möglich. Die Zentrale Schlafapnoe ist die dem Cheyne-Stokes-Atmungsmuster zu Grunde liegende Erkrankung, die durch die Diagnostik nachgewiesen wurde.

Kodierempfehlung:	442
Schlagworte:	Bronchialkarzinom, Chemotherapie, palliativ
Erstellt:	11.06.2012
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Bekanntes Bronchialkarzinom des Hauptbronchus. Z. n. Radiochemotherapie. Aktuell Aufnahme wegen heftiger Schmerzen im rechten Oberbauch. Ursächlich wird ein Tumorprogress mit ausgedehnter Lebermetastasierung angesehen. Neben einer Schmerztherapie mit Opioiden Durchführung einer palliativen systemischen Chemotherapie. Was ist die Hauptdiagnose? a) C34.0 <i>Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge, Hauptbronchus</i> b) C78.7 <i>Sekundäre bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge</i> c) R10.1 <i>Schmerzen im Bereich des Oberbauches</i>
Kodierempfehlung:	C34.0 <i>Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge, Hauptbronchus</i> ist als Hauptdiagnose zuzuweisen. Die Aufnahme erfolgte nicht speziell zur Schmerzbehandlung. Auf Grund der systemischen Chemotherapie in palliativer Absicht ist das primäre Malignom als Hauptdiagnose korrekt.

Kodierempfehlung:	444
Schlagworte:	Tumor, neuroendokrin, CUP-Syndrom
Erstellt:	11.06.2012
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Die Tumordiagnostik ergab den Nachweis eines neuroendokrinen Karzinoms mit disseminierten Metastasen (Knochen, Lunge, Nebennieren, Weichteile, Schilddrüse, Ovar); Somatostatinrezeptor 2 und 5 positiv; es erfolgte die Octreotid-LAR-Behandlung (LAR: Long Acting Release) bei unbekannter Primärlokalisation. Was ist die Hauptdiagnose? C80.0 <i>Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation, Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet</i> oder dem Alphabetischen Verzeichnis folgend C75.9 <i>Bösartige Neubildung endokrine Drüse, nicht näher bezeichnet</i>
Kodierempfehlung:	C80.0 <i>Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet</i> ist als Hauptdiagnose zuzuweisen. Über den Tumor stehen zwar spezifische Informationen zur Verfügung, jedoch keine Angaben über die Primärlokalisation. Nach DKR 0201 ist weder ein Kode aus C76.- <i>Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen</i> noch C75.9 <i>Bösartige Neubildung endokrine Drüse, nicht näher bezeichnet</i> zu verwenden. Das Alphabetische Verzeichnis führt zwar zur Schlüsselnummer C75.9 <i>Bösartige Neubildung endokrine Drüse, nicht näher bezeichnet</i>, die DKR und das Systematische Verzeichnis der ICD-10-GM sind jedoch vorrangig vor dem Alphabetischen Verzeichnis. Ab 2016 führt das Alphabetische Verzeichnis zwar zur Schlüsselnummer C80.9 <i>Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation, Bösartige Neubildung, nicht näher bezeichnet</i>, aber C80.0 ist spezifischer.

Kodierempfehlung:	447
Schlagworte:	Behandlungstage, Belegungstage, Komplexbehandlung
Erstellt:	11.06.2012
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Kann der OPS-Kode 8-983.1 <i>Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung, mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage</i> bei einer Gesamtbehandlungsdauer von 15 Belegungstagen auch dann angegeben werden, wenn an Wochenendtagen keine spezifische Behandlung aus den genannten Therapiebereichen erfolgt, so dass zusammengekommen an weniger als 14 Tagen diese Behandlungsmaßnahmen zur Anwendung kommen?
Kodierempfehlung:	Entsprechend den Ausführungen des BfArM zur Kodierfrage OPS- 8019 umfasst die Anzahl der Behandlungstage bei Frührehabilitationen und Komplexbehandlungen alle Tage (auch Wochenend- und Feiertage) ab dem dokumentierten Beginn bis zum Ende dieser Behandlung des Patienten bei Erfüllung der spezifischen Bedingungen des jeweiligen Kodes. Tage, an denen keine spezifische Behandlung erfolgt, sind daher als Behandlungstage zu zählen. Lediglich bei zwischenzeitlicher Verlegung (intern oder extern), bei der es zu einer Behandlungsunterbrechung kommt, zählen die Tage, an denen dann keine Frührehabilitation oder Komplexbehandlung erfolgt, nicht mit.

Kodierempfehlung:	449
Schlagworte:	Duraplastik
Erstellt:	11.06.2012
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Bei einem Patienten wird ein akutes traumatisches subdurales Hämatom über eine frontotemporale Kraniotomie entleert. Bei erheblicher Hirnschwellung wird ein Galeaperiostlappen präpariert, auf das angeschwollene Gehirn aufgelegt und mit einigen Haltenähten an der Dura befestigt. Der Knochendeckel wird nicht wieder eingesetzt. Es werden folgende Prozeduren kodiert: 5-010.10 <i>Schädeleröffnung über die Kalotte, Kraniektomie, Kalotte</i> 5-013.1 <i>Inzision von Gehirn und Hirnhäuten, Entleerung eines subduralen Hämatoms</i> Ist zusätzlich 5-021.0 <i>Rekonstruktion der Hirnhäute, Duraplastik an der Konvexität</i> zu kodieren?
Kodierempfehlung:	Die Kodierung des OPS-Kodes 5-021.0 <i>Duraplastik an der Konvexität</i> ist korrekt, da der zusätzliche Leistungsinhalt erfüllt ist.

Kodierempfehlung:	451
Schlagworte:	Perikardiotomie, Taschenperforation, Herzschrittmacher
Erstellt:	16.08.2012
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Zustand nach Implantation eines Defibrillators mit biventrikulärer Stimulation. Aufnahme auf Grund einer Taschenperforation, Entfernung des Aggregates und der Sonden. An den Sonden Nachweis von Staphylococcus epidermidis, antibiotische Behandlung. Bei Schrittmacherabhängigkeit erfolgen • Implantation eines Herzschrittmachers, Einkammersystem im Subcutangewebe des linken Oberbauches (OPS 5-377.1) und • Implantation einer isolierten Sonde, epikardial, rechtsventrikulär, offen chirurgisch (OPS 5-377.c1). Kann der OPS-Kode 5-370.1 <i>Perikardiotomie</i> zusätzlich zum OPS-Kode 5-377.c1 kodiert werden?
Kodierempfehlung:	Nein, der Zugang ist integraler Bestandteil der Prozedur (OPS 5-377.c1) und somit nicht zusätzlich zu kodieren.

Kodierempfehlung:	454
Schlagworte:	Cholestase – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	16.08.2012
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	21.07.2020
Problem / Erläuterung:	Ist bei Vorliegen einer extrahepatischen Cholestase durch ein präpapilläres Konkrement, welche durch Papillotomie behandelt wurde, neben dem ICD-Kode K80.51 <i>Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis, mit Gallenwegsobstruktion</i> zusätzlich der ICD-Kode K71.0 <i>Toxische Leberkrankheit mit Cholestase</i> anzugeben?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	Die Inklusiva zum ICD-Kode K71.0 beinhalten neben der Cholestase, die in Verbindung mit toxischen Leberzellschädigungen auftritt, auch eine „reine“ Cholestase. Ätiopathogenetisch und klassifikatorisch sind diese Zustände von der extrahepatischen Cholestase abzugrenzen (siehe hierzu K83.1). Entsprechend der Bezeichnung des ICD-Kodes K71.0 <i>Toxische Leberkrankheit mit Cholestase</i> werden hiermit toxische Leberschäden erfasst, die eine Cholestase zur Folge haben, nicht umgekehrt. Die Einteilung toxischer Leberschäden nach dem betroffenen Zelltyp beinhaltet u. a. Schäden vom hepatitischen Typ und Verfettung (Zielzelle: Hepatozyt), und Schäden vom cholestatischen Typ (Zielzellen: Cholangiozyt und Hepatozyt). Als so genannte „reine“ Cholestase wird eine toxisch bedingte Störung des Galleflusses ohne eine begleitende Entzündung bezeichnet. Der ICD-Kode K71.0 <i>Toxische Leberkrankheit mit Cholestase</i> ist somit bei Vorliegen einer nicht toxisch bedingten, extrahepatischen Gallen(wegs-)stauung nicht anzugeben.
Entscheidung Schlichtungsausschuss	Der Code K71.0 <i>Toxische Leberkrankheit mit Cholestase</i> ist nur dann anzuwenden, wenn eine durch Giftstoffe ausgelöste toxische Leberkrankheit mit nachfolgender, zumeist intrahepatischer Cholestase vorliegt.

Kodierempfehlung:	455
Schlagworte:	Hypotonie, postoperativ
Erstellt:	16.08.2012
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Bei einer 75-jährigen Patientin wird wegen einer Coxarthrose links die Implantation einer nicht zementierten Hüft-TEP vorgenommen. Der intraoperative Blutverlust wird auf ca. 1.500 ml geschätzt. Zum postoperativen Verlauf ist im ITS-Verlegungsbericht vermerkt: „hämodynamische Verhältnisse sind hypoton-instabil“ bei suffizienter Spontanatmung. Behandlung mit zwei Erythrozytenkonzentraten, Infusion in Kombination mit Gabe eines kurzwirksamen β-Sympathomimetikums. Wie ist die postoperative Hypotonie zu kodieren? Trifft der Code I97.8 (seit 2017 I97.89) <i>Sonstige Kreislaufigkomplikationen nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert</i> zu?
Kodierempfehlung:	Entsprechend DKR D002 (ab 2013 D015) ist der Code I97.8- <i>Sonstige Kreislaufigkomplikationen nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert</i> nur dann zu verschlüsseln, wenn kein spezifischerer Code in Bezug auf die Erkrankung bzw. Störung existiert. Als spezifischerer Code für die postoperative Hypotonie steht der ICD-Code I95.8 <i>Sonstige Hypotonie</i> zur Verfügung. Somit ist der weniger spezifische Code I97.8- nicht anzugeben. Soll der Zusammenhang mit der medizinischen Maßnahme zum Ausdruck gebracht werden, kann optional ein geeigneter ICD-Code aus Y40-Y84 <i>Komplikationen bei der medizinischen und chirurgischen Behandlung</i> verwendet werden. Siehe auch Kodierempfehlung 590.

Kodierempfehlung:	456
Schlagworte:	Perikardinzision, Bypass-Operation
Erstellt:	16.08.2012
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Bei koronarangiografisch gesicherter KHK wird die Indikation zur Myokardrevaskularisation gestellt. Hierbei Anlegen eines aortokoronaren Bypass in minimal-invasiver Technik am schlagenden Herzen mit A. mammaria dextra auf RCA und A. mammaria sinistra auf LAD. Im Rahmen der Präparation der verwendeten Arterien erfolgt die Inzision des Perikards unter sorgfältiger Darstellung und Schonung des N. phrenicus. Am Ende des Eingriffes Einbringen einer perikardialen und substernalen Drainage. Ist neben dem OPS 5-362.33 <i>Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik, Bypass zweifach, durch Sternotomie, Mit autogenen Arterien</i> zusätzlich die Kodierung des OPS-Kodes 5-372.x <i>Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Perikardes und Perikardektomie, Sonstige</i> begründet?
Kodierempfehlung:	Die gesonderte Verschlüsselung des OPS-Kodes 5-372.x <i>Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Perikardes und Perikardektomie, Sonstige</i> ist nicht korrekt. Das Eröffnen des Perikards im Rahmen einer Myokardrevaskularisations-Operation ist integraler Bestand des operativen Eingriffes, sei es offen-chirurgisch oder minimal-invasiv. Die Inzision des Perikards ist eine Prozedurenkomponente im Sinne der DKR P001 und im Kode 5-362.33 abgebildet.

Kodierempfehlung:	458
Schlagworte:	Diabetes mellitus, Neurologische Komplikationen, Polyneuropathie
Erstellt:	30.10.2012
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Ein Patient mit Diabetes mellitus Typ 1 wird mit rezidivierenden hyperglykämischen Entgleisungen und mit bekannten neurologischen Komplikationen stationär aufgenommen. Die bereits ambulant eingeleitete Behandlung einer vorbestehenden autonomen Polyneuropathie und einer peripheren asymmetrischen Polyneuropathie wird fortgesetzt. Was ist die Hauptdiagnose?
Kodierempfehlung:	Hauptdiagnose ist E10.61 <i>Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen, als entgleist bezeichnet</i>. Es wird für die 4. Stelle des Diabetes-Kodes -.6 gewählt, weil in diesem Fall ausschließlich neurologische Komplikationen vorliegen. Durch diese Kodierung wird die Behandlung eines entgleisten Diabetes mellitus von der Behandlung der neurologischen Manifestation unterschieden. Siehe auch Kodierempfehlungen 9, 35, 56, 170, 408, 578, 579 und 600.

Kodierempfehlung:	459
Schlagworte:	Intensivaufnahmestatus, Verlegung
Erstellt:	30.10.2012
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Nach einer lange im Voraus geplanten Herzoperation wird ein Patient am dritten postoperativen Tag zur postoperativen Weiterbehandlung auf die Intensivstation eines anderen Krankenhauses verlegt. Mit welchem Aufnahmestatus im Hinblick auf SAPS II wird der Patient aufgenommen?
Kodierempfehlung:	Die stationäre Aufnahme auf die Intensivstation des aufnehmenden Krankenhauses erfolgt zur weiteren postoperativen Behandlung. Der Aufnahmestatus auf diese Intensivstation ist „geplant chirurgisch“. Bei Bestimmung des Aufnahmestatus auf eine Intensivstation nach Verlegung aus einem anderen Krankenhaus, sind operative Eingriffe der letzten sieben Tage im verlegenden Krankenhaus zu berücksichtigen.

Kodierempfehlung:	463
Schlagworte:	Rektumresektion, tubuläre – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	08.01.2013
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	06.10.2020
Problem / Erläuterung:	Bei Vorliegen eines inneren Rektumprolaps wird eine zirkuläre Stapler-Vollwandexzision der überschüssigen Rektumwand vorgenommen. Ist hierfür der OPS-Code 5-484.27 <i>Rektumresektion unter Sphinktererhaltung, Tubuläre Resektion unter Belassen des Paraproktiums, Peranal</i> zutreffend?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	Im vorliegenden Fall erfolgte die Exzision der zirkulär überschüssigen, gefalteten Rektumwand entsprechend dem OPS-Code 5-482.b0 <i>Peranale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums, Vollwandexzision, mit Stapler, peranal, Zirkulär [Manschettenresektion]</i>. Eine tubuläre Resektion setzt das zirkuläre, wandnahe Freipräparieren des Rektums (unter Belassen des paraproktischen Gewebes) mit anschließender Entfernung des schlauchförmigen Abschnittes und Reanastomosierung voraus. Ab 2015 sind die Hinweise zu den Codes 5-482.b0 und 5-484.2 zu beachten: Demnach wird bei einer peranal zirkulären Vollwandexzision mittels Stapler entsprechend dem OPS-Code 5-482.b0 eine Rektummanschette von weniger als 4 cm Länge reseziert beziehungsweise ist eine perianale tubuläre Resektion einer Rektummanschette von weniger als 4 cm Länge als perianale lokale Exzision zu kodieren (5-482.90, 5-482.a, 5-482.b0).
Entscheidung Schlichtungsausschuss	Bei einer zirkulären Vollwandexzision von überschüssiger Rektumwand bei einem inneren Rektumprolaps mit Sphinktererhaltung unter Anwendung eines Staplers (perianale tubuläre Resektion) ist für die Auswahl des entsprechenden OPS-Kodes (in diesem Fall (KDE-463) entweder OPS 5-484.27 oder OPS 5-482.b0) die Länge der resezierten Rektummanschette ausschlaggebend. Beträgt die Länge der resezierten Rektummanschette ≥ 4 cm, so ist der OPS-Code 5-484.27 <i>Rektumresektion unter Sphinktererhaltung: Tubuläre Resektion unter Belassen des Paraproktiums; Peranal</i> anzuwenden.

Beträgt die Länge der resezierten Rektummanschette hingegen < 4 cm so ist der OPS-Kode 5-482.b0 *Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums: Vollwandexzision, mit Stapler, peranal: Zirkulär [Manschettenresektion]* zu kodieren.

Kodierempfehlung:	464
Schlagworte:	Harnstauungsniere, Hydronephrose, Ureterstein
Erstellt:	30.10.2012
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Wie ist das Vorliegen einer Harnstauungsniere infolge eines Ureterkonkrementes zu verschlüsseln?
Kodierempfehlung:	Das Vorliegen eines Ureterkonkrementes mit Harnstauungsniere ist mit N13.2 <i>Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie, Hydronephrose bei Obstruktion durch Nieren- und Ureterstein</i> zu kodieren. Da es sich um eine Kombinations-Schlüsselnummer handelt, ist N20.1 <i>Nieren- und Ureterstein, Ureterstein</i> nicht zusätzlich zu kodieren (siehe auch Exklusivum. unter N20.-).

Kodierempfehlung:	466
Schlagworte:	Shuntkomplikation, Shuntverschluss, Shuntneuanlage, Nativshunt, Prothesenshunt, Niereninsuffizienz – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	08.01.2013
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	16.12.2020
Problem / Erläuterung:	Fallkonstellation 1 (bis 2012 Kodierempfehlung Nr. 15) Stationäre Aufnahme elektiv zur geplanten Revision eines Shunts wegen Knickstenose (Shunt aus alloplastischem Material) bei dialysepflichtiger Nierenkrankheit. Diagnostik und Indikationsstellung ambulant erfolgt, erfolgreicher Revisionseingriff. Fallkonstellation 2 Stationäre Aufnahme elektiv zur geplanten Revision eines Shunts wegen Knickstenose bei dialysepflichtiger Nierenkrankheit (Shunt aus alloplastischem Material). Diagnostik und Indikationsstellung ambulant erfolgt, Revisionseingriff nicht erfolgreich, deshalb Indikation zur Shuntneuanlage. Fallkonstellation 3 (bis 2012 Kodierempfehlung Nr. 20) Stationäre Aufnahme elektiv zur Thrombektomie wegen Thrombose eines AV-Shunts (Shunt aus körpereigenem Material) bei dialysepflichtiger Nierenkrankheit. Diagnostik und Indikationsstellung ambulant erfolgt, erfolgreiche Thrombektomie. Fallkonstellation 4 Stationäre Aufnahme elektiv zur Thrombektomie wegen Thrombose eines Shunts (Shunt aus alloplastischem Material) bei dialysepflichtiger Nierenkrankheit. Diagnostik und Indikationsstellung ambulant erfolgt, erfolgreiche Thrombektomie.

	Fallkonstellation 5 (bis 2012 Kodierempfehlung Nr. 245) Stationäre Aufnahme zur geplanten Shuntneuanlage bei Shuntverschluss (AV-Shunt aus körpereigenem Material oder Shunt mit alloplastischem Material) mit bekannter dialysepflichtiger Nierenkrankheit. Diagnostik und Indikationsstellung ambulant erfolgt. Was ist jeweils die Hauptdiagnose?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	zu Fall 1: Wenn der liegende Shunt (Shunt aus alloplastischem Material) auf Grund einer Komplikation nicht mehr funktionsfähig ist und die Aufnahme speziell zur Revision des Shunts erfolgt, ist als Hauptdiagnose die Schlüsselnummer T82.5 <i>Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen</i> zuzuweisen. Es handelt sich hier um den spezifischen Kode, da neben der Information des verwendeten alloplastischen Materials noch zusätzlich der Organbezug und die Art der Komplikation abgebildet sind. Siehe hierzu auch die Hinweise und Beispiele unter dem Kode. Nach DKR D002 ist hier ausnahmsweise der T-Kode der spezifischere Kode und somit vorrangig vor einem unspezifischen Kode aus dem Organkapitel. Zu Fall 2: Wenn der liegende Shunt (Shunt aus alloplastischem Material) auf Grund einer Komplikation nicht mehr funktionsfähig ist und die Aufnahme speziell zur Revision des Shunts erfolgt, ist als Hauptdiagnose die Schlüsselnummer T82.5 <i>Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen</i> zuzuweisen. Die Shuntkomplikation hat den stationären Aufenthalt hauptsächlich veranlasst. Es war bei Indikationsstellung nicht absehbar, dass eine Shuntneuanlage erfolgen muss. Es handelt sich hier um den spezifischen Kode, da neben der Information des verwendeten alloplastischen Materials noch zusätzlich der Organbezug und die Art der Komplikation abgebildet sind. Siehe hierzu auch die Hinweise und Beispiele unter dem Kode. Nach DKR D002 ist hier ausnahmsweise der T-Kode der spezifischere Kode und somit vorrangig vor einem unspezifischen Kode aus dem Organkapitel. zu Fall 3: Für einen Patienten, der bereits vorher einen Shunt erhielt und bereits regelmäßig dialysiert wird, ist als Hauptdiagnose die Krankheit zu kodieren, die den stationären Aufenthalt hauptsächlich veranlasst hat. Dies ist die Thrombose im AV-Shunt, der in diesem Fall aus körpereigenem Material (Vene/Arterie) besteht. Nach DKR D002 sind die Kodes aus dem Organkapitel vorrangig vor den Kodes für Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Maßnahmen und vor den T-Kodes zu verwenden.

Da es sich in der Regel um eine Thrombose des venösen Schenkels handelt, ist als Hauptdiagnose die Schlüsselnummer I80.80 *Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis oberflächlicher Gefäße der oberen Extremitäten* zuzuweisen. 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* abgebildet werden.

Zu Fall 4:

Die Shuntthrombose hat den stationären Aufenthalt hauptsächlich veranlasst. Wenn der liegende Shunt aus alloplastischem Material auf Grund einer Thrombose nicht mehr funktionsfähig ist und die Aufnahme speziell zur Thrombektomie erfolgt, ist als Hauptdiagnose die Schlüsselnummer T82.5 *Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen* zuzuweisen, da hierfür kein spezifischer Kode aus den Organkapiteln der ICD existiert.

Es handelt sich hier um den spezifischen Kode, da neben der Information des verwendeten alloplastischen Materials noch zusätzlich der Organbezug und die Art der Komplikation abgebildet sind. Siehe hierzu auch die Hinweise und Beispiele unter dem Kode.

zu Fall 5:

Ab 2007 ist in der speziellen Kodierrichtlinie 0912 der Passus *Chirurgisch angelegte arterio-venöse Fistel/Shunt* gestrichen worden und somit für die Zuweisung der Hauptdiagnose die Regelung der DKR D002 anzuwenden. Verantwortlich für den stationären Krankenhausaufenthalt ist die Shuntneuanlage bei dialysepflichtiger Nierenkrankheit. Die Shuntneuanlage erfolgt in Zielrichtung der Behandlung der dialysepflichtigen Nierenkrankheit. Die Schlüsselnummer N18.5 ist somit Hauptdiagnose.

Die Shuntneuanlage erfolgt weder zur Behebung einer Komplikation eines nicht mehr funktionsfähigen Shunts noch stellt sie einen Revisionseingriff dar. Die Neuanlage ist bei fehlender Revisionsmöglichkeit wie die Shunterstanlage bei dialysepflichtiger Nierenkrankheit zu werten. Die Aufnahme erfolgt explizit nicht zur Durchführung gezielter Maßnahmen am nicht mehr funktionsfähigen Shunt. Die Indikationsstellung zur Neuanlage war bereits ambulant gestellt worden und somit die Ursache des Shuntversagens und die Revisionsmöglichkeit abgeklärt.

**Entscheidung
Schlichtungsausschuss**

Wird wie in dem vorliegende Fall (KDE-466 ehemals KDE-20) ein Patient mit dialysepflichtiger Nierenkrankheit ausschließlich zur Thrombektomie bei Thrombose eines AV-Shunts (Shunt aus körpereigenem Material) elektiv aufgenommen, so ist für die Thrombose des AV-Shunts der Kode T82.8 *Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen* als Hauptdiagnose zu kodieren.

**Kommentar SEG 4 zur
Entscheidung des
Schlichtungs-
ausschusses**

Die Entscheidung des Schlichtungsausschusses bezieht sich nur auf die
Fallkonstellation 3.

Kodierempfehlung:	467
Schlagworte:	Wirbelkörperersatz, Cage
Erstellt:	30.10.2012
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Auf Grund einer gesicherten hochgradigen lumbalen Spinalkanalstenose mit nicht beherrschbaren Schmerzen wird die Indikation zum operativen Vorgehen gestellt. Hierbei erfolgt u. a. nach Bandscheibenentfernung und Planierung (Entfernung von Wirbelkörperknochenanteilen) der angrenzenden Grund- und Deckplatten von LWK 4/5 die Stabilisierung in diesem Bereich unter Verwendung eines intervertebralen Cages. Ist für dieses Implantat die Verwendung des OPS-Kodes 5-837.00 <i>Wirbelkörperersatz, Wirbelkörperersatz durch Implantat, 1 Wirbelkörper</i> korrekt?
Kodierempfehlung:	Nein. Der intervertebral verwendete Cage ist eine Osteosynthese im Rahmen einer Spondylodese. Es handelt sich nicht um einen Wirbelkörperersatz. Siehe hierzu für Fälle ab 2012 den Hinweis zum OPS 5-837. Für Fälle ab 2021 sind weitere Hinweistexte zum OPS 5-837 zu beachten.

Kodierempfehlung:	468
Schlagworte:	Karpaltunnelsyndrom, Neurolyse, Dekompression – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	08.01.2013
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	19.08.2020
Problem / Erläuterung:	Aufnahme zur Durchführung einer Neurolyse bei Karpaltunnelsyndrom. Ist zusätzlich zu einem OPS-Code aus 5-056.4 <i>Neurolyse und Dekompression eines Nerven, Nerven Hand</i> der OPS-Code 5-056.3 <i>Neurolyse und Dekompression eines Nerven, Nerven Arm</i> kodierbar?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	Nur ein OPS-Code aus 5-056.4 <i>Neurolyse und Dekompression eines Nerven, Nerven Hand</i> ist zu verwenden. Auch das Alphabetische Verzeichnis des OPS führt unter den Suchbegriffen "Karpaltunnel, Dekompression und Neurolyse" zum OPS-Code 5-056.4. Die Dekompression des N. medianus erfordert bei Vorliegen eines Karpaltunnelsyndroms in der Regel die Präparation bis in den Bereich des proximalen Handgelenks. Das Alphabetische Verzeichnis verweist ausschließlich auf die Operation an der Hand. Hinweise bezüglich einer anatomischen Grenzziehung "Hand/proximales Handgelenk" finden sich zu diesem Code nicht, sondern nur bei anderen OPS-Kodes, z. B. bei 5-85 <i>Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln</i> .
Entscheidung Schlichtungsausschuss	Die einfache Neurolyse und Dekompression des Nervus medianus mit Durchtrennung des Retinaculum flexorum bei Karpaltunnelsyndrom wird mit einem Code aus 5-056.4 <i>Neurolyse und Dekompression eines Nerven, Nerven Hand</i> kodiert. Nach proximal erweiterte Eingriffe über die Beugefalte am Handgelenk hinaus mit Dekompression des Nervus medianus am Unterarm werden zusätzlich mit dem Code 5-056.3 <i>Neurolyse und Dekompression eines Nerven, Nerven Arm</i> kodiert.

Kodierempfehlung:	471
Schlagworte:	24-Stunden-Monitoring, 8-981
Erstellt:	08.01.2013
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Ein Mindestmerkmal des OPS 8-981 <i>Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls</i> fordert ein 24-Stunden-Monitoring von mindestens sechs der folgenden Parameter: Blutdruck, Herzfrequenz, EKG, Atmung, Sauerstoffsättigung, Temperatur, intrakranieller Druck, EEG, evozierte Potenziale. Welche Anforderungen beinhaltet dieses Mindestmerkmal für die Leistungserbringung und die Dokumentation?
Kodierempfehlung:	Monitoring bezeichnet eine (dis)kontinuierliche klinische Überwachung, in der Regel mit technischen Hilfsmitteln: zum Beispiel Blutdruckmessung, Langzeit-EKG, Urinproduktion während einer Narkose (Quelle: Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch 2012, 263. Auflage). Kontinuierlich bedeutet: "durchgehend, fortlaufend, lückenlos, ohne Unterbrechung" (Duden, 7. Auflage). Monitoring ist eine Sonderform der Protokollierung, mit sowohl einem überwachenden als auch einem dokumentierenden Element. Der OPS-Kode 8-981 konkretisiert in seinem Mindestmerkmal, dass die Überwachung sowohl rund um die Uhr (24-Stunden-Monitoring) als auch kontinuierlich durchzuführen ist. Die Maßgabe „kontinuierlich“ ergibt sich aus dem letzten Satz des Mindestmerkmals, wonach das Monitoring nur zur Durchführung spezieller Untersuchungen oder Behandlungen unterbrochen werden darf. Die zu überwachenden Parameter ergeben sich aus der medizinischen Notwendigkeit des Einzelfalles. Der OPS-Kode gibt nicht vor, mit welchen technischen Hilfsmitteln die Überwachung des einzelnen Parameters zu erfolgen hat. Die Erbringung der Leistung der kontinuierlichen Überwachung rund um die Uhr ist gemäß DKR D001 nachvollziehbar zu dokumentieren. Die Nachvollziehbarkeit der Leistungserbringung entsprechend dem Mindestmerkmal ist gegeben, wenn eine kontinuierliche Überwachung angeordnet wurde und die überwachten Parameter mit einem maximalen Abstand von vier Stunden als Ausdruck oder in der Kurve dokumentiert sind. Im Intervall der medizinisch begründeten Unterbrechung zur Durchführung spezieller Untersuchungen oder Behandlungen kann die Dokumentation entfallen. Hierfür ist die Unterbrechung mit Begründung zu dokumentieren. Ab 2016 ist im Hinweistext zum OPS-Kode 8-981 konkretisiert, dass Blutdruck, Temperatur und evozierte Potenziale auch nichtautomatisiert bestimmt

werden können und dass alle Parameter im Abstand von 4 Stunden oder häufiger erhoben und dokumentiert werden müssen.

2021 wurde das Mindestmerkmal „24-Stunden-Monitoring von mindestens 6 der folgenden Parameter: Blutdruck, Herzfrequenz, EKG, Atmung, Sauerstoffsättigung, Temperatur, intrakranieller Druck, EEG, evozierte Potenziale“ gestrichen.

Kodierempfehlung:	473
Schlagworte:	Mehretagenfraktur, Osteosynthese
Erstellt:	16.04.2013
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Ein Patient zog sich eine Mehretagenfraktur des Oberarmes (subcapitale Fraktur und Schaftfraktur) zu. Es erfolgte eine einzeitige Versorgung beider Frakturen mit einem langen Humerusschaftnagel. Wie ist der erbrachte Leistungskomplex zu kodieren?
Kodierempfehlung:	Nur ein OPS-Kode, z. B. 5-790.52 <i>Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese, Durch Marknagel mit Gelenkkomponente, Humerusschaft</i> ist zu verwenden, da nur eine Osteosynthese durchgeführt wurde, auch wenn hiermit die Versorgung von zwei Frakturen erfolgte.

Kodierempfehlung:	474
Schlagworte:	Hirnblutung, Frühgeborenes
Erstellt:	16.04.2013
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Bei einem eutrophen Frühgeborenen (32. Schwangerschaftswoche) zeigt die erste Schädelsonographie im Alter von 28 Lebensstunden eine subependymale Blutung (Grad I) rechts und eine intraventrikuläre Blutung (Grad III) links. Unter klinischer Kontrolle entwickelt sich das Bild eines posthämorrhagischen Hydrocephalus internus. Am 20. Lebenstag erfolgen ein kinderneurochirurgisches Konsil und die Verlegung in ein anderes Krankenhaus zur operativen Therapie. Sind als Nebendiagnosen P52.0 <i>Intrakranielle nichttraumatische Blutung beim Feten und Neugeborenen, Intraventrikuläre (nichttraumatische) Blutung 1. Grades beim Fetus und Neugeborenen</i> und P52.2 <i>Intrakranielle nichttraumatische Blutung beim Feten und Neugeborenen, Intraventrikuläre (nichttraumatische) Blutung 3. Grades beim Fetus und Neugeborenen</i> zu kodieren?
Kodierempfehlung:	Nur P52.2 <i>Intraventrikuläre (nichttraumatische) Blutung 3. Grades beim Fetus und Neugeborenen</i> ist zu kodieren. Siehe hierzu das Inklusivum „Subependymblutung mit intraventrikulärer und intrazerebraler Ausdehnung gleichzeitig“.

Kodierempfehlung:	475
Schlagworte:	Wirbelkörperfraktur, Plasmozytom
Erstellt:	16.04.2013
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Die stationäre Aufnahme erfolgte wegen einer LWK-Kompressionsfraktur. Ursächlich hierfür ließen sich Osteolysen bei fortgeschrittenem Myelom nachweisen. Neben der Versorgung mit einem Korsett erfolgte die Einleitung einer Chemotherapie. Was ist als Haupt- und Nebendiagnose zu kodieren?
Kodierempfehlung:	Die Kodierung erfolgt über das Kreuz-Stern-System. Als Hauptdiagnose ist C90.00† <i>Plasmozytom und bösartige Plasmazell-Neubildungen, Multiples Myelom, ohne Angabe einer kompletten Remission</i> zuzuweisen, als Nebendiagnose ein Code aus M49.5-* <i>Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten</i>. Das Exklusivum zu M90.7-* <i>Knochenfraktur bei Neubildungen (C00-D48†)</i> verweist für die Wirbelkörperkompression bei Neubildung auf die Schlüsselnummer M49.5-*.

Kodierempfehlung:	476
Schlagworte:	Diarrhoe, Chemotherapie, Karzinom
Erstellt:	16.04.2013
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Die Aufnahme des Patienten erfolgte wegen ausgeprägter akuter Diarrhoe. Beim Aufenthalt zuvor war der letzte Zyklus einer Chemotherapie bei bekanntem Bronchialkarzinom durchgeführt worden. Ursächlich für die akute Diarrhoe wurde die Chemotherapie angesehen, deshalb nur symptomatische Behandlung. Weitere diagnostische und/oder therapeutische Maßnahmen in Bezug auf die Tumorerkrankung erfolgten nicht. Wie sind Haupt- und Nebendiagnosen zu kodieren?
Kodierempfehlung:	Die Diarrhoe hat die stationäre Behandlung hauptsächlich veranlasst und ist deshalb Hauptdiagnose. Diese wird nach DKR 1917 mit der Schlüsselnummer K52.1 <i>Toxische Gastroenteritis und Kolitis</i> kodiert. Als Nebendiagnose wird Y57.9! <i>Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen</i> optional ergänzt. Die Kodierung des Primärtumors ist nicht begründet, da die Vorgaben der Nebendiagnosendefinition nicht erfüllt sind. Für Fälle nach dem Beschluss des Schlichtungsausschuss Bund vom 04.07.2016 (veröffentlicht am 27.07.2016) gilt: Wenn - wie im beschriebenen Fall - ausschließlich die einzelne Erkrankung oder Komplikation als Folge einer Tumorthherapie behandelt wird (hier: Diarrhoe infolge Chemotherapie), wird diese als Hauptdiagnose angegeben (wie oben beschrieben K52.1, optional mit Y57.9!). Der Tumor wird in diesem Fall als Nebendiagnose angegeben. Werden dagegen weitere diagnostische oder therapeutische Maßnahmen in direktem Zusammenhang mit der Tumorerkrankung durchgeführt, wird die Tumorerkrankung Hauptdiagnose.

Kodierempfehlung:	477
Schlagworte:	Dyspnoe, Wespenstich, Anaphylaxie
Erstellt:	16.04.2013
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Die stationäre Aufnahme erfolgte wegen zunehmender Dyspnoe. Die Symptomatik trat unmittelbar nach einem Wespenstich auf. Eine Behandlung mit intravenöser Gabe von Glucocorticoiden und Antihistaminika wurde durchgeführt. Was ist die Hauptdiagnose?
Kodierempfehlung:	<i>T78.2 Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert, Anaphylaktischer Schock, nicht näher bezeichnet</i> ist als Hauptdiagnose zuzuweisen. Es handelt sich um eine anaphylaktische Reaktion und nicht um eine toxische Wirkung. Im Kode ist die anaphylaktische Reaktion enthalten, siehe hierzu die Inklusiva zur Schlüsselnummer. Siehe auch Kodierempfehlung 31.

Kodierempfehlung:	478
Schlagworte:	Arthroskopie, Resektion
Erstellt:	06.06.2013
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Während einer Hüftgelenksarthroskopie bei Labrumabriss wird arthroskopisch Knochengewebe im Bereich des Kopf-Hals-Überganges reseziert. Ist die arthroskopische Knochenresektion mit 5-819.xg <i>Andere arthroskopische Operationen, Sonstige, Hüftgelenk</i> oder 5-782.0f <i>Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe, Partielle Resektion, Femur proximal</i> zu kodieren?
Kodierempfehlung:	Für Fälle bis einschließlich 2015 gilt: 5-819.xg <i>Andere arthroskopische Operationen, Sonstige, Hüftgelenk</i> ist der korrekte Code. Gemäß DKR P006 ist die Art des Eingriffes (arthroskopisch) zu verschlüsseln, da hierfür ein spezieller Code existiert. Für Fälle ab 2016 steht der Code 5-782.be <i>Operation an anderen Knochen, Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe, partielle Resektion endoskopisch, Schenkelhals</i> zur Verfügung.

Kodierempfehlung:	482
Schlagworte:	Barrett-Ösophagus
Erstellt:	06.06.2013
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Es wurde vor zwei Jahren ein Barrett-Frühkarzinom diagnostiziert bei Short Barrett-Ösophagus. Das Frühkarzinom war endoskopisch in zwei Sitzungen reseziert worden. Danach hat sich kein Hinweis mehr auf eine Neoplasie ergeben. Vier Monate nach Resektion des Frühkarzinoms erfolgte eine Argon-Plasma-Coagulation (APC)-Therapie der Rest-Barrett-Schleimhaut. In den nachfolgenden Verlaufskontrollen ergab sich kein Hinweis auf maligne Zellen oder eine Metastasierung. Eine weitere Therapie war nicht mehr geplant. Jetzt wurde der beschwerdefreie Patient erneut stationär aufgenommen zu einer Kontrolluntersuchung. Es erfolgte erneut eine Ablation von Rest-Barrett-Mukosa mittels APC-Therapie. Es ergab sich kein Hinweis auf Malignität. Was ist die Hauptdiagnose?
Kodierempfehlung:	Hauptdiagnose ist K22.7 <i>Sonstige Krankheiten des Ösophagus, Barrett-Ösophagus</i> . Die Therapie des Ösophaguskarzinoms war endgültig abgeschlossen. Beim Barrett-Ösophagus handelt es sich um eine Präkanzerose, so dass wegen des möglichen Entartungsrisikos die restliche Barrett-Schleimhaut entfernt wird. Im Rahmen der Untersuchung fanden sich jedoch keine Tumorzellen.

Kodierempfehlung:	486
Schlagworte:	Abszessspaltung, Debridement
Erstellt:	06.06.2013
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Laut Operationsbericht finden bei kleinem Abszess am Oberarm eine „Abszessspaltung und ein Debridement“ statt. Dabei wird infektiöses Gewebe durch Auskratzen mit dem scharfen Löffel entfernt und eine Drainage eingelegt. Ist neben 5-892.17 <i>Andere Inzision an Haut und Unterhaut, Drainage, Oberarm und Ellenbogen</i> auch 5-896.07 <i>Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut, Kleinflächig, Oberarm und Ellenbogen</i> zu verschlüsseln?
Kodierempfehlung:	Nur 5-892.17 <i>Andere Inzision an Haut und Unterhaut, Drainage, Oberarm und Ellenbogen</i> ist zu verschlüsseln, da der OPS 5-896 gemäß Hinweis zu diesem Kode nicht im Zusammenhang mit einer Abszessspaltung zu verwenden ist.

Kodierempfehlung:	488
Schlagworte:	CPAP, Kind
Erstellt:	06.06.2013
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Ein Kind, 14 Jahre alt, kommt zur stationären Aufnahme mit schwerer Atemnot bei ausgeprägter akuter Bronchitis. Eine chronische Lungenschädigung ist bekannt. Die Behandlung erfolgt auf der Intensivstation. Dort wird zur Atemunterstützung ausschließlich CPAP angewendet. Ist die Erfassung von Beatmungsstunden gerechtfertigt?
Kodierempfehlung:	CPAP erfüllt nicht die Definition der maschinellen Beatmung im Sinne der DKR 1001. Somit entfällt die Berechnung der Dauer der Beatmung. Die Leistung ist über den OPS-Kode 8-712.0 <i>Atemunterstützung mit kontinuierlichem positivem Atemwegsdruck (CPAP)</i> zu kodieren. Siehe hierzu auch den Hinweis zu diesem Kode.

Kodierempfehlung:	490
Schlagworte:	Pneumonitis
Erstellt:	06.06.2013
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Im Voraufenthalt Diagnose und Resektion eines Lungenkarzinoms des Unterlappens, Stadium IA; Unterlappenresektion mit Lymphadenektomie. Wegen Verdacht auf postoperative interstitielle Pneumonitis Einleitung einer Kortikoidtherapie mit gutem Ansprechen auf die Therapie. Jetzt Aufnahme wegen ausgeprägter Dyspnoe und allgemeinem Unwohlsein. Anamnestisch ist zu eruieren, dass die Kortikoidtherapie unterbrochen worden war. Nach Wiederaufnahme der Kortisontherapie prompte Besserung. Keine weiteren Maßnahmen erfolgt. Was ist die Hauptdiagnose? J84.8 <i>Sonstige näher bezeichnete interstitielle Lungenkrankheiten</i> oder J95.88 <i>Sonstige Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen</i>
Kodierempfehlung:	Die Schlüsselnummer J84.8 ist als Hauptdiagnose zuzuweisen. Es handelt sich um einen Organkode, der die interstitielle Lungenerkrankung spezifisch abbildet. Diese Schlüsselnummer ist nach DKR D015 vorrangig vor J95.88.

Kodierempfehlung:	493
Schlagworte:	Bronchialschleimhaut, Biopsie, Blutstillung – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	20.08.2013
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	19.08.2020
Problem / Erläuterung:	Im Rahmen einer Bronchoskopie wird eine Biopsie aus der Bronchialschleimhaut entnommen. Bei der abschließenden Inspektion zeigt sich eine Sickerblutung an der Biopsiestelle. Diese wird mittels Adrenalinlösung gestillt. Ist in diesem Fall die Blutstillung gesondert zu kodieren?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	Die Biopsie der Bronchialschleimhaut ist mit dem OPS-Kode 1-430.1- <i>Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen, Bronchus</i> zu verschlüsseln. Dies beinhaltet gemäß DKR P001, Abschnitt Prozedurenkomponenten, die dabei notwendigen Maßnahmen zur Blutstillung. Diese ist somit nicht zusätzlich zu kodieren.
Entscheidung Schlichtungsausschuss	Erfolgt in einer, im Rahmen einer Bronchoskopie durchgeführten Biopsie aus der Bronchialschleimhaut, eine Blutstillung mittels Adrenalinlösung, so ist diese in den Codes aus 1-430.1- <i>Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen, Bronchus</i> enthalten.

Kodierempfehlung:	494
Schlagworte:	Diabetisches Fußsyndrom, Osteitis
Erstellt:	20.08.2013
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Ein Patient wird wegen diabetischen Fußsyndroms mit über zwei Monate bestehendem Ulcus an der Fußaußenseite und darunter freiliegendem 5. Metatarsaleköpfchen stationär aufgenommen. Röntgenologisch werden Osteolysen im Bereich des Os metatarsale-V-Köpfchens beschrieben, die auch bereits zwei Monate zuvor nachgewiesen waren. Stärkere Entzündungszeichen liegen nicht vor. Wegen Nachweises von <i>Staphylococcus aureus</i> (auf alle Antibiotika sensibel) erfolgt zunächst antibiotische und Lokalbehandlung des Ulcus, dann wegen „progredienter Osteomyelitis“ die Strahlresektion V. Kann im vorliegenden Fall neben der Hauptdiagnose E11.74 <i>Diabetes mellitus, Typ 2, Mit multiplen Komplikationen, Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet</i> als Nebendiagnose ein ICD-Code aus M86.- <i>Osteomyelitis</i> in Verbindung mit B95.6! <i>Staphylococcus aureus als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind</i> kodiert werden?
Kodierempfehlung:	Neben dem diabetischen Fußsyndrom als Hauptdiagnose kann auch eine Osteitis entsprechend dem histologischen Befund mit Angabe des Erregers kodiert werden, da die Voraussetzungen für die Kodierung als Nebendiagnose gegeben sind und nicht davon auszugehen ist, dass der Code für das diabetische Fußsyndrom die Osteitis impliziert.

Kodierempfehlung:	495
Schlagworte:	Tonsillitis, Mononukleose
Erstellt:	20.08.2013
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Stationäre Aufnahme zur Tonsillektomie bei Tonsillitis. Ursache der Tonsillitis ist eine Mononukleose-Infektion. Was ist die Hauptdiagnose? J03.8 <i>Akute Tonsillitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger</i> oder B27.0 <i>Mononukleose durch Gamma-Herpesviren</i>
Kodierempfehlung:	Die Schlüsselnummer B27.0 <i>Mononukleose durch Gamma-Herpesviren</i> ist als Hauptdiagnose zuzuweisen. In dieser Schlüsselnummer ist die Monozytenangina enthalten; siehe hierzu Inklusiva zu B27.-. Es handelt sich somit um eine spezifische Schlüsselnummer, die alle relevanten Informationen enthält.

Kodierempfehlung:	496
Schlagworte:	Rhizarthrose, Sehneninterposition
Erstellt:	15.01.2014
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Aufnahme zur Durchführung einer Resektionsarthroplastik bei Rhizarthrose. Hierbei erfolgte nach Entfernung des Os trapezium eine Sehnenaufhängung des ersten Mittelhandknochens mittels APL-Sehne (Abductor-Pollicis-Longus-Sehne). Ist neben dem OPS-Kode 5-847.12 <i>Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand, Rekonstruktion mit autogenem Material und Sehneninterposition, Daumensattelgelenk</i> zusätzlich 5-852.f3 <i>Exzision an Muskel, Sehne und Faszie, Entnahme von Sehngewebe zur Transplantation, Unterarm</i> zu kodieren?
Kodierempfehlung:	Nur der OPS-Kode 5-847.12 <i>Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand, Rekonstruktion mit autogenem Material und Sehneninterposition, Daumensattelgelenk</i> ist zu verwenden. Dieser Kode bildet die für den Eingriff relevanten Komponenten ab. Die Verwendung einer Sehne als autogenes Material, welche für die Sehnenaufhängung eine notwendige Voraussetzung darstellt, ist im Kode beschrieben und somit integraler Bestandteil des Kodes. Es findet sich kein Hinweis zum Kode 5-847.12, wonach die Sehnenentnahme noch zusätzlich zu kodieren ist.

Kodierempfehlung:	497
Schlagworte:	Bronchoskopie, Reoperation, Operationsgebiet
Erstellt:	17.10.2013
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Ein Patient mit liegendem Bronchialstent bei Bronchialkarzinom wird zur Kontrollbronchoskopie aufgenommen. Hierbei zeigt sich an den Enden des Stents überschießendes Gewebe, welches bronchoskopisch abgetragen wird. Kann neben dem OPS-Kode 5-320.0 <i>Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe eines Bronchus, durch Bronchoskopie</i> der OPS-Kode 5-349.6 <i>Reoperation an Lunge, Bronchus, Brustwand, Pleura, Mediastinum oder Zwerchfell</i> angegeben werden?
Kodierempfehlung:	Bronchoskopische Verfahren erfolgen über einen natürlich vorgegebenen Zugangsweg. Das Operationsgebiet wird somit nicht eröffnet bzw. wiedereröffnet (siehe DKR P013) und der OPS-Kode 5-349.6 ist nicht zusätzlich kodierbar.

Kodierempfehlung:	498
Schlagworte:	Hüftkopfanbohrung, Hüftkopfnekrose
Erstellt:	20.08.2013
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Bei einem Patienten mit einer Hüftkopfnekrose wird eine klassische Hüftkopfanbohrung (Femur unterhalb des Trochanter major über den Schenkelhals in den Hüftkopf) durchgeführt. Wie wird die Prozedur kodiert?
Kodierempfehlung:	OPS 5-780.1f <i>Inzision am Knochen, septisch und aseptisch, Knochenbohrung, Femur proximal</i> ist der korrekte Kode. Für die Lokalisation Hüftkopf gibt es unter 5-78 <i>Operationen an anderen Knochen</i> keine eigene 6. Stelle, der Hüftkopf ist jedoch anatomisch dem proximalen Femur zuzuordnen.

Kodierempfehlung:	499
Schlagworte:	Tumor, multilokulär, Harnblase, C97!
Erstellt:	17.10.2013
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Wie ist ein multilokulärer Tumor in der Harnblase zu kodieren, wenn alle Tumore behandelt bzw. reseziert werden?
Kodierempfehlung:	Bei Behandlung/Resektion eines multilokulären Blasentumors, bei dem keine Überlappung der Lokalisationsgrenzen besteht, sind die Tumoren einzeln nach ihrer Lokalisation zu kodieren, also z. B. C67.3 <i>Bösartige Neubildung der Harnblase, Vordere Harnblasenwand</i> und C67.4 <i>Bösartige Neubildung der Harnblase, Hintere Harnblasenwand</i>. Bei Behandlung/Resektion eines multilokulären Blasentumors, bei dem eine Überlappung der Lokalisationsgrenzen besteht, ist C67.8 <i>Bösartige Neubildung der Harnblase, Harnblase, mehrere Teilbereiche überlappend</i> zu kodieren. In beiden Fällen ist zusätzlich C97! <i>Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen</i> zu kodieren (obligater Zusatzcode nach DKR D012). Siehe auch Hinweis unter C97!: „Die einzelnen Tumoren sind separat zu kodieren. Die Schlüsselnummer C97! kann auch dann verwendet werden, wenn die einzelnen Primärtumoren nur durch eine einzige Schlüsselnummer (z. B. C43.5 <i>Bösartiges Melanom des Rumpfes</i>) kodiert werden.“ Das bedeutet, dass auch histologisch identische Tumore an unterschiedlichen Lokalisationen den Zusatzcode erhalten.

Kodierempfehlung:	503
Schlagworte:	Medikamentenpumpe, Wechsel, Batterieerschöpfung
Erstellt:	17.10.2013
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Ein Patient wird zum Wechsel einer Medikamentenpumpe gefüllt mit Morphin bei Batterieerschöpfung aufgenommen. Er leidet an chronischen Kreuzschmerzen. Was ist die Hauptdiagnose?
Kodierempfehlung:	Mit der Medikamentenpumpe wird der Kreuzschmerz behandelt. Nach DKR 1806 ist somit M54.5 <i>Rückenschmerzen, Kreuzschmerz</i> die Hauptdiagnose.

Kodierempfehlung:	506
Schlagworte:	Betreuung Mutter, O36.5, Wachstumsretardierung
Erstellt:	12.06.2014
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Darf der ICD-Kode O36.5 <i>Betreuung der Mutter wegen sonstiger festgestellter oder vermuteter Komplikationen beim Fetus, Betreuung der Mutter wegen fetaler Wachstumsretardierung</i> bei folgenden Konstellationen angegeben werden? Fallkonstellation 1: Eine Schwangere in der 32. Schwangerschaftswoche (SSW) wird mit sonografisch wachstumsretardiertem Feten (Fetometrie < 10. Perzentile) aufgenommen, erhält eine rheologische Therapie sowie Bettruhe. Bei darunter gutem Wachstum und dopplersonografisch guten Kriterien Entlassung der Schwangeren nach acht Tagen. Fallkonstellation 2: Eine Schwangere in der 32. SSW wird mit sonografisch wachstumsretardiertem Feten (Fetometrie < 10. Perzentile) aufgenommen, erhält eine rheologische Therapie sowie Bettruhe. Im selben stationären Aufenthalt Geburt drei Wochen nach Aufnahme. Größe und Gewicht des Neugeborenen liegen tatsächlich nur knapp unter dem Durchschnitt (25.-50. Perzentile). Fallkonstellation 3: Aufnahme einer Erstgebärenden in der 39. Schwangerschaftswoche mit Blasensprung, Muttermund von 4 cm und einem geschätzten Gewicht des Feten von 2.600 g (Fetometrie < 10. Perzentile). Im weiteren Verlauf rascher Geburtsfortschritt und Entbindung in Anwesenheit eines Pädiaters. Fallkonstellation 4: Eine Schwangere der 39. SSW (Drittgebärende) kommt mit Blasensprung und Muttermund von 6 cm. Aufnahmeultraschall nur zur Lagekontrolle (Schädellage). Rascher Geburtsfortschritt und Entbindung innerhalb von zwei Stunden. Das Kind (Mädchen) wiegt 2.200g (< 3. Perzentile) und wird in ein Perinatalzentrum verlegt.

Kodierempfehlung:

zu Fallkonstellation 1:

Ja, der Betreuungsaufwand für die Mutter begründet die Kodierung von O36.5.

zu Fallkonstellation 2:

Ja, auch wenn es sich in diesem Fall bei der Geburt nicht mehr um ein wachstumsretardiertes Kind handelt (25. bis 50. Perzentile), wird ein Betreuungsaufwand für die Mutter erbracht, der die Kodierung von O36.5 begründet.

zu Fallkonstellation 3:

Nein, die Kodierung von O36.5 ist nicht begründet. Die Anwesenheit des Pädiaters bei der Geburt dient nicht der Betreuung der Mutter, sondern erfolgt prospektiv im Hinblick auf die Betreuung des Neugeborenen.

zu Fallkonstellation 4:

Nein, die Kodierung von O36.5 ist nicht begründet. Trotz nachgewiesener Wachstumsretardierung des Kindes erfolgt kein Betreuungsaufwand für die Mutter.

Kodierempfehlung:	509
Schlagworte:	Psoasabszess
Erstellt:	15.01.2014
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Stationäre Aufnahme mit zunehmenden Rückenschmerzen ohne neurologische Ausfälle. Im MRT Nachweis eines Abszesses im M. iliacus. Daraufhin über ilioinguinalen Zugang Präparation zwischen Os ilium und M. iliacus und Ausräumung des Abszesses. Was ist die Hauptdiagnose?
Kodierempfehlung:	Es lag ein auf den M. iliacus begrenzter Abszess vor. Dieser ist mit dem Kode M60.05 <i>Infektiöse Myositis, Beckenregion und Oberschenkel</i> zu kodieren. K65.0 <i>Akute Peritonitis</i> ist nicht zu kodieren. Die Ausdehnung des Abszesses reichte nicht bis in die subseröse Bindegewebsschicht zwischen Fascia abdominis interna (bzw. ihrer gesondert bezeichneten Abschnitte) und dem Peritoneum im Bereich der hinteren Bauchwand. Ein Retroperitonealabszess lag somit nicht vor. Für Fälle ab 2021 gilt: K65.09 <i>Sonstige und nicht näher bezeichnete akute Peritonitis</i> ist nicht zu kodieren.

Kodierempfehlung:	511
Schlagworte:	Spondylodese, Cage
Erstellt:	09.10.2014
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Bei einem Patienten werden bei einer degenerativen Spondylolisthese L5/S1 ein Schrauben-Stab-System L5 bis S1 (5-83b.50 <i>Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule, durch Schrauben-Stab-System, 1 Segment</i>) und auf der gleichen Höhe ein intervertebraler Cage eingebracht (5-83b.70 <i>Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule, durch intervertebrale Cages, 1 Segment</i>). Ist neben den beiden Codes für die Osteosyntheseverfahren zusätzlich 5-836.40 <i>Spondylodese, dorsal und ventral kombiniert, interkorporal, 1 Segment</i> zu kodieren?
Kodierempfehlung:	5-836.40 ist nur dann zu kodieren, wenn Facettengelenke reseziert oder angefrischt und Spongiosa sowohl dorsal als auch ventral angelagert worden sind. Das Einbringen eines Cages allein stellt keine Spondylodese dar. Für Fälle ab 2019 findet sich der Hinweis, dass eine Spondylodese nur vorliegt bei Verwendung von Knochenersatzmaterialien oder Knochentransplantaten, aber nicht bei alleiniger Instrumentierung oder Osteosynthese (5-83b ff.).

Kodierempfehlung:	513
Schlagworte:	Refluxösophagitis, GERD (Gastroesophageal reflux disease) – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	15.01.2014
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	19.08.2020
Problem / Erläuterung:	Stationäre Aufnahme wegen retrosternalem Brennen und rezidivierendem Brechreiz. Gastroskopisch Nachweis einer Hiatusgleithernie mit ausgeprägter Refluxösophagitis Stadium IV mit mehreren cardianahen Ulcera, jedoch ohne Blutungszeichen. Wie ist die Refluxösophagitis Stadium IV zu kodieren?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	K21.0 <i>Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis</i> . Das Systematische Verzeichnis der ICD-10-GM unterscheidet zwischen peptischem Ulcus und refluxbedingtem Ulcus (siehe hierzu Exklusivum zur Schlüsselnummer K20 <i>Ösophagitis</i>). Für die gastroösophageale Refluxkrankheit steht eine eigene Kategorie in der ICD-10-GM zur Verfügung. Über die 4. Stelle ist hierbei eine Differenzierung der Refluxkrankheit mit oder ohne Ösophagitis möglich. Das Stadium der Refluxösophagitis kann jedoch derzeit nicht über eine zusätzliche Schlüsselnummer abgebildet werden.
Entscheidung Schlichtungsausschuss	Das Stadium IV einer Gastroösophagealen Refluxkrankheit (GERD) ist mit einem Code aus K21.- <i>Gastroösophageale Refluxkrankheit</i> und den im Einzelfall zutreffenden Codes für die Komplikationen, z. B. K22.1 <i>Ösophagusulkus</i> , K22.2 <i>Ösophagusverschluss</i> , K22.7 <i>Barrett-Ösophagus</i> , K22.81 <i>Ösophagusblutung</i> zu kodieren.

Kodierempfehlung:	517
Schlagworte:	Parkinson, Stadien, Hoehn und Yahr
Erstellt:	12.06.2015
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Ein Patient mit primärem Morbus Parkinson im Stadium 3 bis 4 nach Hoehn und Yahr wird zur Modifizierung der medikamentösen Behandlung aufgenommen, da vor der stationären Aufnahme wiederholt unerwartete Zustände von Unbeweglichkeit und Mobilitätsverlust aufgetreten sind („OFF-Zustand“). Was ist die Hauptdiagnose?
Kodierempfehlung:	Die OFF-Zustände sind durch die Wirkungsfluktuation begründet. Für die Kodierung entscheidend ist das schwerste Stadium während des stationären Aufenthaltes. Als Hauptdiagnose ist G20.11 <i>Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung, mit Wirkungsfluktuation</i> zu kodieren.

Kodierempfehlung:	518
Schlagworte:	Chemotherapie, Metastasen, Port-Katheter
Erstellt:	12.06.2014
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Stationäre Aufnahme zur Durchführung einer systemischen Chemotherapie bei bekannter Metastasierung (pulmonal und lymphogen) bei Zustand nach Nephrektomie wegen Nierenkarzinom im Rahmen eines Voraufenthaltes. Am Aufnahmetag Implantation eines Ports. Wegen neu aufgetretener Hämaturie Abbruch des stationären Aufenthaltes ohne Durchführung einer Chemotherapie. Können die sekundären bösartigen Neubildungen als Nebendiagnosen C78.0 <i>Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge</i> und C77.1 <i>Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten; Intrathorakale Lymphknoten</i> kodiert werden?
Kodierempfehlung:	Die Kodierung der Schlüsselnummern für die sekundären Neubildungen ist begründet. Die Aufnahme erfolgte gezielt zur Durchführung einer systemischen Chemotherapie als Folgebehandlung des Malignoms. Die Portanlage ist als integraler Bestandteil der Chemotherapie und somit als Beeinflussung des Patientenmanagements bezüglich der sekundären Neubildungen zu werten.

Kodierempfehlung:	520
Schlagworte:	Krise, hypertensive, Herzkrankheit
Erstellt:	12.06.2014
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Die stationäre Aufnahme erfolgte auf Grund einer hypertensiven Krise mit Blutdruckwerten von 250/120 mm Hg bei langjähriger Hypertonie. Die Echokardiografie ergab eine hypertensive Herzerkrankung ohne Vorliegen einer Herzinsuffizienz. Was ist die Hauptdiagnose?
Kodierempfehlung:	I11.91 <i>Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz, mit Angabe einer hypertensiven Krise</i> ist zu kodieren. Die Schlüsselnummer ist als Kombinationsschlüsselnummer zu werten, die alle relevanten Informationen enthält.

Kodierempfehlung:	521
Schlagworte:	Neurostimulator, Aggregatwechsel
Erstellt:	12.06.2014
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Aufnahme des Patienten zum Aggregatwechsel eines Neurostimulators wegen Batterieerschöpfung im zu erwartenden Zeitfenster. Die Indikation des Neurostimulators ist ein chronisches neuropathisches Schmerzsyndrom der linken Hand. Was ist als Hauptdiagnose zu kodieren?
Kodierempfehlung:	Das Schmerzsyndrom, hier M79.64 <i>Schmerzen in den Extremitäten, Hand (Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen)</i> ist als Hauptdiagnose zuzuweisen. Die Implantation des Neurostimulators erfolgte in Zielrichtung der Schmerzbehandlung. Die Verwendung eines Z-Kodes analog der DKR 0911 ist nicht zulässig. Eine Batterieerschöpfung im zu erwartenden Zeitfenster ist keine Komplikation im medizinischen Sinne. Siehe auch Kodierempfehlung 503.

Kodierempfehlung:	524
Schlagworte:	High-flow-Nasenkanülen, HFNC
Erstellt:	12.06.2014
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Nach anfänglicher kontrollierter Beatmung eines Neugeborenen und anschließender Atemunterstützung mit kontinuierlichem positivem Atemwegsdruck (CPAP) erfolgt dann noch eine Atemunterstützung durch Anwendung von High-flow-Nasenkanülen (HFNC-System). Ist die Anwendung der High-flow-Nasenkanüle bei der Berechnung der Beatmungsdauer im Rahmen der Entwöhnung zu berücksichtigen, d. h. zur gesamten Beatmungsdauer dazuzurechnen?
Kodierempfehlung:	Für die Berechnung der Beatmungsdauer gilt als Ende der Entwöhnung das Ende der letzten maschinellen Unterstützung der Atmung. Bei Atemunterstützung durch Anwendung von High-flow-Nasenkanülen (HFNC-System) handelt es sich nicht um eine maschinelle Unterstützung der Atmung. Die Anwendung ist deshalb bei der Berechnung der Beatmungsdauer im Rahmen der Entwöhnung nicht zu berücksichtigen. Für Fälle ab 2020 gilt: Gemäß DKR 1001 ist die Dauer der Atemunterstützung mit HFNC bei Neugeborenen und Säuglingen (bis zum vollendeten 1. Lebensjahr) für die Ermittlung der Beatmungsdauer zu berücksichtigen, sofern diese intensivmedizinisch versorgt sind. Siehe auch Kodierempfehlungen 317 und 563.

Kodierempfehlung:	525
Schlagworte:	Patientenschulungen
Erstellt:	12.06.2014
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Sind Schulungen in einem Vortragsraum mit mehreren Patienten und einem Vortragenden als Therapieminuten/Behandlungsminuten im Sinne des OPS-Kodes 8-975.2 <i>Naturheilkundliche Komplexbehandlung</i> oder des OPS-Kodes 8-983 <i>Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung</i> zu werten?
Kodierempfehlung:	Schulungen werden nicht als Therapieminuten/Behandlungsminuten im Sinne des OPS 8-975.2 oder des OPS 8-983 anerkannt, weil sie weder bei der naturheilkundlichen noch bei der multimodalen rheumatologischen Komplexbehandlung unter den Hinweisen aufgeführt werden. Schulungen sind mit Kodes aus 9-500 <i>Patientenschulung</i> kodierbar. Siehe auch Kodierempfehlung 111.

Kodierempfehlung:	526
Schlagworte:	Blutung, peranal, Hämorrhoiden
Erstellt:	09.10.2014
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Stationäre Aufnahme eines Patienten mit perianaler Blutung. Als Blutungsquelle werden Hämorrhoiden ersten Grades festgestellt. Ist neben dem Kode K64.0 <i>Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose, Hämorrhoiden 1. Grades</i> ein zusätzlicher Kode für die Blutung anzugeben?
Kodierempfehlung:	Ausschließlich K64.0 <i>Hämorrhoiden 1. Grades</i> ist zu kodieren. Hiermit steht ein Kode mit der Modifikation „mit einer Blutung“ zur Verfügung (DKR 1105), da blutende Hämorrhoiden unter diesem Kode als Inklusivum aufgeführt sind.

Kodierempfehlung:	528
Schlagworte:	Querschnittlähmung, Rückenmarkschädigung
Erstellt:	17.12.2014
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Stationäre Aufnahme akut mit Massenprolaps L4/5. Klinisch neben Schmerzexacerbation hochgradige Fußheberpareesen bds. KG1/5, Taubheitsgefühl. Sofortige operative Therapie des Bandscheibenvorfalls. Kann zusätzlich zu den Diagnosen M51.1† <i>Sonstige Bandscheibenschäden, Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie (G55.1*)</i> und G55.1* <i>Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei Bandscheibenschäden (M50-M51†)</i> der ICD-Kode G82.01 <i>Schlaffe Paraparese und Paraplegie, Akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese</i> angegeben werden?
Kodierempfehlung:	Die Kodes aus G82.- mit den fünften Stellen 0 bis 3 dienen der Verschlüsselung von Paresen und Plegien bei Querschnittlähmungen (Querschnittlähmungen sind Folge von Schädigungen des Rückenmarks oder der Cauda equina). In dem beschriebenen Fall liegt eine Rückenmarkschädigung nicht vor, so dass der Kode G82.01 nicht zusätzlich angegeben werden kann. Vielmehr ist zusätzlich die Schlüsselnummer G82.09 <i>Schlaffe Paraparese und Paraplegie, Nicht näher bezeichnet</i> zu verwenden. Über die 5. Stelle sind mit dem Endsteller „9“ die Zustände ohne Querschnittslähmung abbildbar. Siehe auch Kodierempfehlung 570.

Kodierempfehlung:	533
Schlagworte:	Klappenvitien, Aortenstenose, Mitralsuffizienz – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	17.12.2014
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	21.07.2020
Problem / Erläuterung:	Bei einem Patienten liegen eine leichte Aortenstenose und eine höhergradige Mitralsuffizienz vor. Die Genese der Klappenvitien ist nicht bekannt. Sind die Vitien jeweils spezifisch nach der Art des Vitiums zu kodieren oder ist eine Schlüsselnummer aus I08.- <i>Krankheiten mehrerer Herzklappen</i> zu verwenden?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	Die Schlüsselnummer I08.0 <i>Krankheiten der Mitralklappe und Aortenklappe, kombiniert</i> ist zu verwenden. Das Inklusivum beim Code I08.0 besagt, dass hier Krankheiten der Mitralklappe und der Aortenklappe zu kodieren sind, unabhängig ob als rheumatisch bezeichnet oder nicht näher bezeichnet. Dieser Kombinationscode ist vorrangig vor den Einzelcodes.
Entscheidung Schlichtungsausschuss	Liegen gleichzeitig Vitien mehrerer Herzklappen vor, so ist für jede betroffene Herzklappe jeweils der Code, welcher Art und Ursache des Vitiums zutreffend beschreibt, zu kodieren. Kombinations-Schlüsselnummern dürfen nur verwendet werden, wenn sie die genannten Informationen klappenspezifisch genau beschreiben.

Kodierempfehlung:	535
Schlagworte:	Down-Syndrom, Nebendiagnose – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	04.05.2015
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	25.11.2020
Problem / Erläuterung:	Stationäre Behandlung eines fünf Monate alten Säuglings wegen einer länger bestehenden Otitis media mit purulenter Otorrhoe und Nachweis von <i>Pseudomonas aeruginosa</i>. Es erfolgt eine intravenöse Antibiotikatherapie. Anamnestisch ist ein Down-Syndrom bekannt, ein Herzfehler liegt nicht vor. Trinkverhalten und Nahrungsaufnahme sind altersentsprechend unauffällig. In Bezug auf das bekannte Down-Syndrom entsteht kein Aufwand. Ist ein Kode aus Q90.- <i>Down-Syndrom</i> als Nebendiagnose zu kodieren?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	Q90.- <i>Down-Syndrom</i> ist nicht als Nebendiagnose zu kodieren, da diese Erkrankung das Patientenmanagement nicht beeinflusst hat (DKR D003). Die im Vordergrund stehende Otitis media ist keine Manifestation des Down-Syndroms. Deshalb ist DKR D004 hier nicht anzuwenden.
Entscheidung Schlichtungsausschuss	Erfolgt wie in dem vorliegenden Fall (KDE-535), eine stationäre Behandlung eines fünf Monate alten Säuglings mit Down-Syndrom wegen einer länger bestehenden Otitis media mit purulenter Otorrhoe und Nachweis von <i>Pseudomonas aeruginosa</i>, die mit einer intravenösen Antibiotikatherapie behandelt wird, ist gemäß DKR D004 Syndrome der zutreffende Kode aus Q90.- <i>Down-Syndrom</i> als Nebendiagnose zu kodieren. Die Otitis media stellt eine spezifische Manifestation des Down-Syndroms dar.

Kodierempfehlung:	537
Schlagworte:	Transmissionsprophylaxe, HIV, Neugeborenes – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	24.06.2015
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	15.10.2020
Problem / Erläuterung:	Unmittelbar nach geplanter Schnittentbindung wird bei einem klinisch gesunden Reifgeborenen einer HIV-positiven Mutter, welche in der Schwangerschaft eine antiretrovirale Behandlung erhalten hat, eine antiretrovirale Transmissionsprophylaxe oral begonnen. Was ist die Hauptdiagnose?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	Als Hauptdiagnose ist Z20.6 <i>Kontakt mit und Exposition gegenüber HIV [Humanes Immundefizienz-Virus]</i> zu kodieren.
Entscheidung Schlichtungsausschuss	Kann eine HIV-Infektion bei einem klinisch gesunden Neugeborenen, dass unmittelbar nach geplanter Schnittentbindung eine antiretrovirale Transmissionsprophylaxe erhalten hat (HIV-positive Mutter mit erfolgter ausreichender antiretroviraler Behandlung in der Schwangerschaft), nicht nachgewiesen werden, ist für das Neugeborene der Kode Z20.6 <i>Kontakt mit und Exposition gegenüber HIV</i> als Hauptdiagnose zu kodieren.

Kodierempfehlung:	538
Schlagworte:	Verbrennung, Volumenmangel
Erstellt:	17.12.2014
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Eine Patientin (Körpergewicht 60 kg) mit IIa- bis III-gradiger Verbrennung an Rücken, Mammae und linkem Arm (insgesamt 20 % der Körperoberfläche) wird in einem Brandverletztzentrum behandelt und operativ versorgt. Ab dem Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme erfolgt eine leitliniengerechte Volumensubstitution nach Parkland-Baxter-Schema mit 4,8 l Vollelektrolytlösung/24 Stunden. Zu keinem Zeitpunkt tritt eine messbare Hypovolämie ein. Ist E86 <i>Volumenmangel</i> als Nebendiagnose zu kodieren?
Kodierempfehlung:	E86 <i>Volumenmangel</i> ist nicht als Nebendiagnose zu kodieren, da zu keinem Zeitpunkt ein Volumenmangel nachgewiesen wurde. Durchgeführt wurde eine Volumengabe aus prophylaktischen Gründen. Die sich anbahnende oder drohende Krankheit ist nicht zu kodieren (DKR D001).

Kodierempfehlung:	539
Schlagworte:	Heimbeatmung, Beatmungsgerät, Wechsel
Erstellt:	04.05.2015
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Stationäre Aufnahme eines 52-jährigen Patienten, der wegen einer neurologischen Erkrankung seit drei Jahren heimbeatmet wird. Da der Hersteller angekündigt hat, in Kürze den Service und die Ersatzteillieferungen für das verwendete Beatmungsgerät einzustellen, erfolgt während stationärer Behandlung die Umstellung auf ein anderes Heimbeatmungsgerät. Welcher OPS ist zu kodieren?
Kodierempfehlung:	8-716.1 <i>Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung, Kontrolle oder Optimierung einer früher eingeleiteten häuslichen Beatmung</i> ist zu kodieren. Es handelt sich nicht um eine Ersteinstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung. Auch die Umstellung auf ein anderes Beatmungsgerät stellt eine Optimierung dar.

Kodierempfehlung:	540
Schlagworte:	Vorhofflimmern, paroxysmal, Hauptdiagnose
Erstellt:	04.05.2015
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Aufnahme eines Patienten wegen erstmals akut aufgetretenem Vorhofflimmern mit Frequenzen um 140/min. Es erfolgt die medikamentöse Kardioversion. Im Verlauf klagt der Patient über perianale Blutabgänge, die er bereits seit einem halben Jahr bemerkt. Die Diagnostik ergibt ein Rektumkarzinom. Verlegung in die Chirurgie zur abdomino-perinealen Rektumresektion. Was ist die Hauptdiagnose?
Kodierempfehlung:	I48.0 <i>Vorhofflimmern, paroxysmal</i> ist als Hauptdiagnose zuzuweisen, da die Rhythmusstörung den stationären Aufenthalt hauptsächlich veranlasst hat. Die bösartige Neubildung war nicht bekannt und wurde erst im Verlauf diagnostiziert. Sie war nicht der Aufnahmehinweis des Aufenthaltes.

Kodierempfehlung:	541
Schlagworte:	Hyperkaliämie, Nierenkrankheit – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	04.05.2015
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	15.10.2020
Problem / Erläuterung:	Aufnahme wegen starker Überwässerung und Hyperkaliämie bei bekannter terminaler Nierenkrankheit mit Dialysepflichtigkeit. Es erfolgt eine Nierenersatztherapie (CVVH) mit Flüssigkeitsentzug und Ausgleich der Elektrolyte. Bei akuter respiratorischer Insuffizienz erfolgt noch am Aufnahmetag die Intubation und invasive Beatmung. Im Verlauf Tracheotomie. Multiple Komplikationen (Pneumonie, Sepsis, Multiorganversagen), intensivmedizinische und antibiotische Therapie. Beatmung bis zum Tod der Patientin nach 28 Behandlungstagen. Was ist die Hauptdiagnose?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	N18.5 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5 ist die korrekte Hauptdiagnose. Aufnahmeanlass ist die dekompensierte chronische Niereninsuffizienz/Nierenkrankheit, die sowohl die Überwässerung als auch die Hyperkaliämie beinhaltet. Das Alphabetische Verzeichnis führt unter dem Suchbegriff „Niere, Insuffizienz, dekompensiert“ zur Schlüsselnummer N18.89 Sonstige chronische Nierenkrankheit, Stadium nicht näher bezeichnet. Da aber in diesem Fallbeispiel das Stadium bekannt ist, ist N18.5 der spezifische Code.
Entscheidung Schlichtungsausschuss	In dem beschriebenen Fall (KDE-541), bei dem die Patientin wegen starker Überwässerung und Hyperkaliämie bei bekannter terminaler Nierenkrankheit mit Dialysepflichtigkeit aufgenommen wird, eine Nierenersatztherapie (CVVH) mit Flüssigkeitsentzug und Ausgleich der Elektrolyte bei akuter respiratorischer Insuffizienz erfolgt und noch am Aufnahmetag die Intubation und invasive Beatmung begonnen und im Verlauf die Patientin tracheotomiert wird, multiple Komplikationen (Pneumonie, Sepsis, Multiorganversagen) auftreten, intensivmedizinische und antibiotische Therapie und Beatmung bis zum Tod der Patientin nach 28 Behandlungstagen erfolgen, ist für die Auswahl der Hauptdiagnose der Abschnitt „Zwei oder mehr Diagnosen, die gleichermaßen der Definition der Hauptdiagnose entsprechen“ der DKR D002 Hauptdiagnose anzuwenden. Demnach gilt:

*„Zwei oder mehr Diagnosen, die gleichermaßen der Definition der Hauptdiagnose entsprechen
Wenn zwei oder mehrere Diagnosen in Bezug zu Aufnahme, Untersuchungsbefunden und/oder der durchgeführten Therapie gleichermaßen die Kriterien für die Hauptdiagnose erfüllen und ICD 10-Verzeichnisse und Kodierrichtlinien keine Verschlüsselungsanweisungen geben, 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. Hierbei ist es unerheblich, ob die Krankheiten verwandt sind oder nicht.“*

Die Hauptdiagnose ist danach abhängig vom Ressourcenverbrauch zu kodieren, welcher sich jedoch an Hand der hier zum Sachverhalt vorliegenden Informationen allein nicht abschließend sicher bestimmen lässt.

Kodierempfehlung:	542
Schlagworte:	Exsikkose, Malignom, palliativ
Erstellt:	04.05.2015
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Aufnahme wegen massiver Verschlechterung des Allgemeinzustands mit Volumenmangel, Übelkeit, Erbrechen, Schmerzen, Exsikkose und Kachexie bei metastasiertem und progredientem Kolonkarzinom (Erstdiagnose drei Jahre zuvor, seinerzeit Hemikolektomie und adjuvante Radio-Chemotherapie, aktuell progrediente Leber- und Knochenmetastasen). Es erfolgen Infusionstherapie, parenterale Ernährung, analgetische und supportive Therapie. Keine kausale Tumorthherapie. Der Patient verstirbt nach drei Behandlungstagen. Was ist die Hauptdiagnose?
Kodierempfehlung:	Ursächlich für die komplexe Symptomatik ist die Progression der Grunderkrankung. Als Hauptdiagnose ist C18.9 <i>Bösartige Neubildung des Kolons, Kolon, nicht näher bezeichnet</i> zu kodieren. Aufnahmeanlass ist die palliative Therapie des Malignoms. Siehe auch Kodierempfehlungen 175 und 176.

Kodierempfehlung:	543
Schlagworte:	Metastase, Lymphangiosis carcinomatosa
Erstellt:	04.05.2015
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Wegen Mamma-Tumor erfolgte eine brusterhaltende Operation ohne Sentinel-Lymphknoten-Biopsie. Die Histologie ergab ein ductales Mammakarzinom in situ (DCIS) mit invasivem Karzinomanteil von 0,4 cm und Lymphgefäßeinbruch, Tumorstadium pT1a pNx, Mx, L1. Ist auf Grund des Lymphgefäßeinbruches die Kodierung der Schlüsselnummer <i>C79.88 Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger näher bezeichneter Lokalisationen</i> als Nebendiagnose korrekt?
Kodierempfehlung:	Die Kodierung der Schlüsselnummer C79.88 als Nebendiagnose ist nicht begründet. Eine Tumorabsiedlung im Sinne einer Metastase bez. sekundären Neubildung liegt nicht vor. Der Lymphgefäßeinbruch ist nur innerhalb des entfernten Primärtumors nachweisbar. Eine Lymphangiosis carcinomatosa liegt nicht vor.

Kodierempfehlung:	544
Schlagworte:	Ovarialcarcinom, Metastasen, Bauchfell, Peritonealkarzinose
Erstellt:	04.05.2015
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Bei einer Patientin mit bekanntem Ovarialcarcinom wird im Rahmen der Primäroperation das metastatisch durchsetzte Bauchfell subtotal entfernt und mit dem OPS 5-543.41 <i>Exzision und Destruktion von peritonealem Gewebe, Parietale Peritonektomie, (Sub-) total</i> verschlüsselt. Hauptdiagnose ist unstrittig C56 <i>Bösartige Neubildung des Ovars</i>. Ist C78.6 <i>Sekundäre bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums</i> als Nebendiagnose zu kodieren?
Kodierempfehlung:	C78.6 <i>Sekundäre bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums</i> wird als Nebendiagnose kodiert, da die Peritonealkarzinose therapeutische (operative) Maßnahmen erforderte. Siehe auch Kodierempfehlungen 409 und 557.

Kodierempfehlung:	545
Schlagworte:	Aufwandspunkte, Metastasen, OPS 8-980 – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	24.06.2015
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	19.08.2020
Problem / Erläuterung:	Für die Berechnung der Aufwandspunkte im Rahmen der intensivmedizinischen Komplexbehandlung (8-980) werden für die „Neoplasie mit Metastase“ täglich Punkte berücksichtigt. Gilt dies auch, wenn im Einzelfall Metastasen nach den Regelungen der DKR nicht zu kodieren sind?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	Metastasen können für die Berechnung der Aufwandspunkte nach den TISS- und SAPS II-Scores nur berücksichtigt werden, wenn sie nach den Regelungen der DKR korrekt kodiert sind. Diese Feststellung ergibt sich aus dem Wortlaut der Fußnote 3 der „Dokumentationsvorgaben zur Erfassung der Intensivmedizinischen Komplexbehandlung“ des DIMDI. https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/kodierfrage/Wie-berechnet-und-dokumentiert-man-die-Aufwandspunkte-fuer-die-Intensivmedizinische-Komplexbehandlung-SAPS-TISS-OPSnbNr.nbsp8009/ Hiernach "muss ein entsprechender ICD-10-GM-Code als Haupt- oder Nebendiagnose kodiert sein".
Entscheidung Schlichtungsausschuss	Sind Metastasen gemäß den Deutschen Kodierrichtlinien entweder als Haupt- oder als Nebendiagnose zu kodieren, sind sie für die Ermittlung der SAPS-Punkte bei der Kodierung der intensivmedizinischen Komplexbehandlung unter der Kategorie „Chronische Leiden, metastasierende Neoplasie“ entsprechend den „Dokumentationsvorgaben zur Erfassung der Intensivmedizinischen Komplexbehandlung“ des BfArM zu berücksichtigen.

Kodierempfehlung:	546
Schlagworte:	Knochengewebe, Metallentfernung
Erstellt:	24.06.2015
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Im Rahmen einer geplanten Metallentfernung wird Knochengewebe entfernt, welches sich um das einliegende Osteosynthesematerial gebildet hatte. Ist ein OPS-Kode aus 5-782.- <i>Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe</i> zusätzlich zu kodieren?
Kodierempfehlung:	Die Kodierung eines Kodes aus 5-782.- <i>Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe</i> ist nicht begründet. Die Abtragung von Knochengewebe erfolgte in Zielrichtung des Zugangs für die Metallentfernung und ist als integraler Bestandteil des Kodes 5-787.- <i>Entfernung von Osteosynthesematerial</i> zu werten.

Kodierempfehlung:	547	
Schlagworte:	Analfistel, transsphinkitär	
Erstellt:	27.08.2015	
Aktualisiert:	01.01.2021	
Problem / Erläuterung:	Ein Patient wurde mit einer transsphinkitären Fistel (Typ II nach Parks) stationär aufgenommen. Primär erfolgte die Exzision der Fistel. Hierfür war eine teilweise Durchtrennung von intermediären Sphinkteranteilen notwendig, so dass eine Rekonstruktion des Spinkters notwendig wurde. Wie ist der Eingriff zu kodieren?	
Kodierempfehlung:	5-491.12	<i>Operative Behandlung von Analfisteln: Exzision, transsphinkitär</i>
	und	
	5-496.3	<i>Rekonstruktion des Anus und des Sphinkterapparates, Sphinkterplastik</i>

Kodierempfehlung:	548
Schlagworte:	Durchgangssyndrom, Delir, postoperativ
Erstellt:	27.08.2015
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Ein Patient erleidet postoperativ ein sich schnell entwickelndes „Durchgangssyndrom“ mit Einschränkung des Bewusstseins, Agitiertheit, gestörtem Schlafwachrhythmus. Was ist die entsprechende Nebendiagnose?
Kodierempfehlung:	Das Durchgangssyndrom ist eine mittlerweile obsolete Bezeichnung eines postoperativen Delirs. Das postoperative Delir ist mit F05.8 <i>Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt, Sonstige Formen des Delirs</i> zu verschlüsseln. Zwar verweist das alphabetische Verzeichnis unter „Durchgangssyndrom“ auf den unspezifischen Kode F09 <i>Nicht näher bezeichnete organische oder symptomatische psychische Störung</i>. Bei Verwendung der korrekten Krankheitsbezeichnung „Delir, postoperativ“ führt das alphabetische Verzeichnis auf den Kode F05.8 (mit dem Inklusivum <i>Postoperatives Delir</i>).

Kodierempfehlung:	549
Schlagworte:	Beatmung, nichtinvasiv, intermittierend – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	13.10.2015
Aktualisiert:	11.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	16.12.2020
Problem / Erläuterung:	Ein Patient wird auf der Intensivstation von Beginn an diskontinuierlich (über Maske) nichtinvasiv stundenweise beatmet. Wie ist die Dauer der Beatmung zu berechnen?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	Anzurechnen auf die Beatmungszeit sind ausschließlich die tatsächlich erbrachten Zeiten der Atemunterstützung. Bei einer von Anfang an diskontinuierlichen Maskenbeatmung werden die Phasen zwischen den tatsächlich erbrachten Beatmungszeiten für die Gesamtbeatmungszeit nicht berücksichtigt, da es sich hierbei nicht um die in den DKR geregelte Entwöhnungsphase handelt. Für Fälle ab 2020 sind die Änderungen der DKR 1001 zur Maschinellen Beatmung zu berücksichtigen.
Entscheidung Schlichtungsausschuss	Die Beatmung eines von Anbeginn an diskontinuierlich nichtinvasiv über Maske beatmeten, intensivmedizinisch versorgten Patienten richtet sich nach den Regelungen der jeweils gültigen DKR 1001 <i>Maschinelle Beatmung</i> . Diese schließen die Anrechnung von Zeiten mit Beatmung und beatmungsfreien Intervallen in dem dort geregelten Umfang mit ein.
Kommentar SEG 4 zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses	Die Entscheidung des Schlichtungsausschusses, welche auf die jeweils gültige DKR 1001 <i>Maschinelle Beatmung</i> verweist, trifft über die DKR hinaus keine weitere Regelung. Die Kodierempfehlung bleibt somit unverändert gültig.

Kodierempfehlung:	550
Schlagworte:	CPAP, Neugeborene
Erstellt:	13.10.2015
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Ein Neugeborenes wird direkt postpartal für einige Tage auf der Intensivstation intermittierend mit CPAP atemunterstützt. Wie ist die Dauer der Atemunterstützung bei der Ermittlung der Beatmungsdauer zu berücksichtigen?
Kodierempfehlung:	Anzurechnen auf die Beatmungszeit sind ausschließlich die tatsächlich erbrachten Zeiten der Atemunterstützung. Zeiten für die Unterbrechung der Atemunterstützung mit CPAP werden nicht mitgezählt. Die Atemunterstützung mit CPAP ist als Besonderheit bei Neugeborenen und Säuglingen nach DKR 1001 bei der Berechnung der Beatmungsdauer zu berücksichtigen. Für Fälle ab 2020 sind die Änderungen der DKR 1001 zur Maschinellen Beatmung zu berücksichtigen.

Kodierempfehlung:	551
Schlagworte:	Drainage, epidural
Erstellt:	24.02.2016
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Nach kaudal sequestriertem Bandscheibenvorfall LWK 4/5 wurde folgender Eingriff durchgeführt: Teilhemilaminektomie LWK 4/5 links, Entfernung mehrerer Bandscheibensequester, Teilzwischenwirbelausräumung von links sowie Dekompression und Neurolyse der Nervenwurzel L5 links und Einlage einer epiduralen Drainage. Ist zusätzlich zu den Codes für den operativen Eingriff die Kodierung des OPS-Kodes 5-033.1 <i>Inzision des Spinalkanals, Drainage sonstiger epiduraler Flüssigkeit</i> zulässig?
Kodierempfehlung:	Die zusätzliche Kodierung des OPS-Kodes 5-033.1 <i>Inzision des Spinalkanals, Drainage sonstiger epiduraler Flüssigkeit</i> ist nicht begründet. Nach der Systematik des OPS ist dieser Code bei einem eigenständig durchgeführten Eingriff zu verwenden, der in Zielrichtung einer Drainierung von epiduraler Flüssigkeit erfolgt. Die Einlage einer Drainage in den Epiduralraum im Rahmen des oben beschriebenen operativen Eingriffes hingegen ist als integraler Bestandteil, d. h. als Prozedurenkomponente zu werten.

Kodierempfehlung:	552-PEPP
Schlagworte:	Heroinkonsum
Erstellt:	24.02.2016
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Die Aufnahme in das Krankenhaus erfolgt zur Entzugsbehandlung bei Alkoholabhängigkeit. Anamnestisch ist ein Heroinkonsum bekannt, der letzte Konsum liegt elf Jahre zurück. Erhoben wird die Suchtanamnese, ein durchgeführter Drogenurintest zeigt ein negatives Ergebnis bezüglich Heroin. Nach Angaben der Klinik erfolgte eine intensive Überwachung zum Ausschluss von Entzugsanfällen. Kann als Nebendiagnose F11.2 <i>Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode, Abhängigkeitssyndrom</i> kodiert werden?
Kodierempfehlung:	F11.2 <i>Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode, Abhängigkeitssyndrom</i> kann nicht als Nebendiagnose kodiert werden. Rein anamnestische Angaben über die Einnahme psychotroper Substanzen, die das Patientenmanagement nicht beeinflusst haben, sind gemäß DKR PD016 nicht zu kodieren. Die Erhebung einer ausführlichen Suchtanamnese und Drogenurintests gehören zur Standarddiagnostik bei Suchterkrankungen. Eine Überwachung ist bei jeder Alkoholentzugsbehandlung erforderlich.

Kodierempfehlung:	553
Schlagworte:	Biopsie, Harnblase, Resektoskop
Erstellt:	24.02.2016
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Die stationäre Aufnahme erfolgt zur diagnostischen Klärung, nachdem während einer ambulanten Zystoskopie ein gerötetes Areal der Harnblasenwand von 2 x 3 cm Größe festgestellt wurde. Mit dem Resektoskop werden daraus transurethral zwei Schleimhautbiopsien (Größe in der Histologie je 2 mm Durchmesser, Ergebnis: chronisch-unspezifische Zystitis) entnommen. Ist der Eingriff mit 1-460.2 <i>Transurethrale Biopsie an Harnorganen und Prostata, Harnblase</i> oder 5-573.40 <i>Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase, Resektion, nicht fluoreszenzgestützt</i> zu kodieren?
Kodierempfehlung:	Zu kodieren ist 1-460.2 <i>Transurethrale Biopsie an Harnorganen und Prostata, Harnblase</i>. Nicht die Wahl des Instrumentes ist hier ausschlaggebend, sondern der tatsächlich durchgeführte Eingriff (Biopsie zur Diagnosesicherung).

Kodierempfehlung:	554
Schlagworte:	Flüssigkeitsersatz
Erstellt:	24.02.2016
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Bei der Berechnung der Aufwandspunkte für die OPS-Kodes 8-980 <i>Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)</i> und 8-98f <i>Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)</i> wird als Leistung ein „Flüssigkeitsersatz in hohen Mengen (> 5 l/24 Std.)“ erfasst. Schließt die Berechnung auch die Flüssigkeitsmengen ein, die oral oder enteral (über Sonde) verabreicht werden?
Kodierempfehlung:	Oral oder enteral verabreichte Flüssigkeiten werden nicht für die Berechnung herangezogen. Es ist nur der parenterale Ersatz von Flüssigkeiten zu berücksichtigen. Siehe hierzu „Dokumentationsvorgaben zur Erfassung der Intensivmedizinischen Komplexbehandlung“ des DIMDI. https://www.dimdi.de/static/.downloads/deutsch/ops-anleitung-intensivmedizin-8009.pdf

Kodierempfehlung:	555
Schlagworte:	Wunde, offen, infiziert – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	20.06.2016
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	25.11.2020
Problem / Erläuterung:	Aufnahme eines Patienten bei Zustand nach großflächiger Kontaktverbrennung II. Grades am Rumpf, welche er sich Tage zuvor zugezogen hatte. Die Wunde zeigte sich infiziert. Im Wundabstrich Nachweis von Streptokokkus agalactiae, Staphylokokkus aureus, Serratia marcescens und Serratia ureilytica. Als Wundmanagement erfolgten eine antibiotische Therapie, wiederholt chirurgische Eingriffe sowie aufwändige Verbandswechsel. Was ist die Hauptdiagnose?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	L08.8 <i>Sonstige näher bezeichnete lokale Infektionen der Haut und der Unterhaut</i> ist für die infizierte Wunde zu kodieren. Es handelt sich um eine offene Wunde, welche sich infiziert hat. Für die Kodierung von Komplikationen bei offenen Wunden ist die Regelung der DKR 1905 <i>Komplikationen offener Wunden</i> anzuwenden. Hierbei ist zuerst der spezifische Code für die Komplikation anzugeben, hier L08.8, da die Infektion mit einem spezifischen Code der ICD-10-GM abbildbar ist. Der Code für die offene Wunde ist als Nebendiagnose anzugeben.
Entscheidung Schlichtungsausschuss	Wird ein Patient bei Zustand nach großflächiger Kontaktverbrennung II. Grades am Rumpf, welche er sich Tage zuvor zugezogen hat und die sich infiziert zeigt, aufgenommen sowie im Wundabstrich Streptokokkus agalactiae, Staphylokokkus aureus, Serratia marcescens und Serratia ureilytica nachgewiesen und erfolgen als Wundmanagement eine antibiotische Therapie, wiederholt chirurgische Eingriffe sowie aufwändige Verbandswechsel, ist als Hauptdiagnose die Verbrennung zu kodieren.

Kodierempfehlung:	556
Schlagworte:	Achondroplasie, Syndrom, angeboren, Wundheilungsstörung – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	25.04.2016
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	25.11.2020
Problem / Erläuterung:	Wiederaufnahme eines Patienten wegen einer Wundheilungsstörung im Bereich des Rückens nach knöcherner Dekompression bei schwerer Spinalkanalstenose bei Achondroplasie. Aktuell erfolgt eine Wundrevision und Verschluss eines Liquorlecks. Ist Q77.4 <i>Achondroplasie</i> als Nebendiagnose zu kodieren?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	Q77.4 ist nicht zusätzlich zu kodieren. Weder die Wundheilungsstörung noch das Liquorleck sind Manifestationen des zu Grunde liegenden Syndroms. Auch verursacht das Syndrom keine Beeinflussung des Patientenmanagements.
Entscheidung Schlichtungsausschuss	In dem vorliegenden Fall (KDE 556) der Aufnahme eines Patienten wegen einer Wundheilungsstörung im Bereich des Rückens nach vorheriger knöcherner Dekompression bei schwerer Spinalkanalstenose bei Achondroplasie, bei dem aktuell eine Wundrevision und Verschluss eines Liquorlecks erfolgt, ist weder die Wundheilungsstörung noch das Liquorleck eine spezifische Manifestation der Achondroplasie. Die Kodierung der Achondroplasie richtet sich daher nach DKR D003 <i>Nebendiagnosen</i>. Die Nebendiagnose ist danach abhängig vom Aufwand zu kodieren, welcher sich jedoch an Hand der hier zum Sachverhalt vorliegenden Informationen allein nicht abschließend sicher bestimmen lässt.

Kodierempfehlung:	557
Schlagworte:	Knochenmetastasen, Schmerzen, Nebendiagnose
Erstellt:	20.06.2016
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Aufnahme eines Patienten mit Tumoranämie bei bekanntem metastasiertem Prostatakarzinom mit Knochenmetastasen. Es erfolgt die Gabe von Erythrozytenkonzentraten. Eine Antiandrogentherapie erfolgt während dieses Aufenthaltes nicht. Bei anhaltender diffuser Schmerzsymptomatik wird die orale Schmerzmedikation intensiviert. Ist C79.5 <i>Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes</i> als Nebendiagnose zu kodieren?
Kodierempfehlung:	C79.5 <i>Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes</i> ist als Nebendiagnose zu kodieren. Die Knochenmetastasierung ist die der Schmerzsymptomatik zu Grunde liegende Erkrankung. Die Regelung der DKR 1806 ist nicht anzuwenden, da nicht ausschließlich die Schmerzen behandelt wurden. Siehe auch Kodierempfehlungen 409 und 544.

Kodierempfehlung:	558
Schlagworte:	ECMO/ECLS, Intervention, spezielle – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	20.06.2016
Aktualisiert:	11.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	25.11.2020
Problem / Erläuterung:	Ist die tägliche Erfassung des Betriebs einer/s Extrakorporalen Membranoxygenierung (ECMO) / Extracorporeal Life Support System (ECLS) als spezielle Intervention auf der Intensivstation im Rahmen der intensivmedizinischen Komplexbehandlung korrekt?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	Der Betrieb einer ECMO/ECLS (nicht die Anlage) kann bei einem Patienten auf einer Intensivstation nicht täglich als spezielle Intervention im Rahmen der intensivmedizinischen Komplexbehandlung erfasst werden. Der Betrieb der ECMO/ECLS ist nicht als spezielle Intervention zu werten. Für Fälle ab 2020 ist der Betrieb einer ECMO gemäß OPS eine spezielle Intervention.
Entscheidung Schlichtungsausschuss	Die Extrakorporale Membranoxygenierung (ECMO) / Extracorporeal Life Support System (ECLS) gehören zu den speziellen Interventionen auf der Intensivstation. Im Rahmen einer intensivmedizinischen Komplexbehandlung ist nur die Anlage der ECMO/ECLS bei der Ermittlung der diesbezüglichen Aufwandspunkte für den TISS zu berücksichtigen.

Kodierempfehlung:	559
Schlagworte:	Abszess, subphrenisch, Komplikation
Erstellt:	20.06.2016
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Nach einem operativen Eingriff im Abdomen tritt als Komplikation ein subphrenischer Abszess auf. Ist der subphrenische Abszess mit K65.0 <i>Akute Peritonitis</i> oder T81.4 <i>Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert</i> zu kodieren?
Kodierempfehlung:	Der subphrenische Abszess ist gemäß DKR D015 mit K65.0 <i>Akute Peritonitis</i> als Kode mit direktem Organbezug zu verschlüsseln (siehe Inklusiva). T81.4 beschreibt zwar die Infektion, aber ohne Organbezug. Um den Zusammenhang mit einer medizinischen Maßnahme zu beschreiben, kann der Kode Y84.9! <i>Chirurgische und sonstige medizinische Maßnahmen als Ursache einer abnormen Reaktion eines Patienten oder einer späteren Komplikation, ohne Angabe eines Zwischenfalls zum Zeitpunkt der Durchführung der Maßnahme, Zwischenfälle durch medizinische Maßnahmen, nicht näher bezeichnet</i> zusätzlich angegeben werden. Für Fälle ab 2021 ist K65.09 <i>Sonstige und nicht näher bezeichnete akute Peritonitis</i> der zutreffende Kode. Siehe auch Kodierempfehlung 78.

Kodierempfehlung:	560
Schlagworte:	Endoprothese, Kniegelenk, Sonderprothese, CAD-CAM
Erstellt:	20.06.2016
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Bei einer knöchernen Deformierung mit durch Standardimplantate nicht ausgleichbaren Defektzonen erfolgt die Implantation einer zementierten bikompartimentellen Teilgelenkersatzprothese am Kniegelenk, welche patientenindividuell unter Verwendung eines CAD-CAM-Systems hergestellt wurde. Ist neben dem Kode 5-822.91 <i>Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk, Sonderprothese, zementiert</i> zusätzlich der Kode 5-822.k1 <i>Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk, Bikompartimentelle Teilgelenkersatzprothese, zementiert</i> zu kodieren?
Kodierempfehlung:	Es ist nur 5-822.91 <i>Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk, Sonderprothese, zementiert</i> zu kodieren. Im Inklusivum zum Kode 5-822.91 ist ausdrücklich die CAD-CAM-Prothese aufgeführt. Der OPS-Kode 5-822.k1 ist kein Zusatzkode. Für Fälle ab 2017 gilt: Der Hinweis zum Kode 5-822 ist zu beachten. Danach ist der Kode 5-822.k1 <i>Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk, Bikompartimentelle Teilgelenkersatzprothese, zementiert</i> zu verwenden zusammen mit dem Zusatzkode 5-829.m <i>Implantation von oder (Teil-)Wechsel in ein patientenindividuell angefertigtes Implantat bei knöcherner Defektsituation oder angeborener oder erworbener Deformität.</i>

Kodierempfehlung:	561
Schlagworte:	Mastektomie, prophylaktische, Familienanamnese – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	20.06.2016
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	06.10.2020
Problem / Erläuterung:	Der stationäre Aufenthalt einer 35-jährigen Frau mit nachgewiesener BRCA1-Mutation und positiver Familienanamnese erfolgt zur prophylaktischen Mastektomie. Was ist die Hauptdiagnose? Kann Q99.8 <i>Sonstige näher bezeichnete Chromosomenanomalien</i> als Nebendiagnose angegeben werden?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	Hauptdiagnose ist gemäß DKR 1205 der „Zustand“ Brustkrebs in der Familienanamnese, also Z80.3 <i>Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma] in der Familienanamnese</i>. Q99.8 <i>Sonstige näher bezeichnete Chromosomenanomalien</i> als Nebendiagnose ist nicht korrekt, da eine Genmutation und keine Chromosomenanomalie vorliegt.
Entscheidung Schlichtungsausschuss	Erfolgt die Aufnahme zur prophylaktischen Operation der Brust bei nachgewiesener BRCA1-Mutation und positiver Familienanamnese und findet sich im Resektat keine maligne Neubildung ist Z80.3 <i>Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma] in der Familienanamnese</i> als Hauptdiagnose anzugeben. Der Code Q99.8 <i>Sonstige näher bezeichnete Chromosomenanomalien</i> kann im vorliegenden Fall nicht als Nebendiagnose angegeben werden.

Kodierempfehlung:	562
Schlagworte:	SIB, Simultan Integrierter Boost – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	25.08.2016
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	11.11.2020
Problem / Erläuterung:	Eine strahlentherapeutische Behandlung bei Mammakarzinom erfolgt mit simultan integriertem Boost (SIB), d. h., dass der Drüsenkörper eine unterschiedliche Dosis während der Bestrahlung erhält, nämlich eine höhere im Boostgebiet. Die Patientin wird einmal gelagert, es wird nur eine unterschiedliche Dosisverteilung erzielt. Vor Anwendung des SIB erfolgte die Boostbestrahlung klassischerweise im Anschluss an die Bestrahlung des primären Zielvolumens im Rahmen einer zweiten Strahlentherapeutischen Sitzung mit Umlagerung. Wie ist die Bestrahlung mit SIB zu kodieren?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	Jede Fraktion einer Strahlentherapie ist einzeln zu kodieren. Eine Fraktion umfasst alle Einstellungen und Bestrahlungsfelder für die Bestrahlung eines Zielvolumens. Da das Zielvolumen das Körpervolumen ist, das ohne Patientenumlagerung oder Tischverschiebung mit festgelegter Dosis nach einem bestimmten Dosiszeitmuster bestrahlt werden kann, ist die Bestrahlung mit SIB mit nur einem OPS-Code zu verschlüsseln. Ein spezifischer OPS-Code, der die spezielle Dosis-Zeitverteilung (Boost) im Zielvolumen abbildet, steht nicht zur Verfügung, die Bestrahlung mit SIB ist deshalb mit dem OPS-Code 8-522.91 <i>Strahlentherapie, Hochvoltstrahlentherapie, Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie mit bildgestützter Einstellung</i> zu verschlüsseln.
Entscheidung Schlichtungsausschuss	Gemäß OPS 8-52 <i>Strahlentherapie</i> ist jede Fraktion einer Strahlentherapie einzeln zu kodieren. Eine Fraktion umfasst alle Einstellungen und Bestrahlungsfelder für die Bestrahlung eines Zielvolumens. Ein Zielvolumen ist das Körpervolumen, welches ohne Patientenumlagerung oder Tischverschiebung über zweckmäßige Feldanordnungen erfasst und mit einer festgelegten Dosis nach einem bestimmten Dosiszeitmuster bestrahlt werden kann. In dem vorliegenden Fall (KDE-562), in dem bei der Patientin mit Mammakarzinom während der strahlentherapeutischen Behandlung der

	Drüsenkörper mit simultan integriertem Boost (SIB) eine höhere Dosis im Boostgebiet erfährt, die Patientin für die eine Sitzung aber nur einmal gelagert wird und nur eine Dosisverteilung erzielt wird, ist der Boost in diesem Fall nicht gesondert zu kodieren, da der Aufwand pro Bestrahlungssitzung dem bei der Bestrahlung eines Zielvolumens entspricht.
--	--

Kodierempfehlung:	563
Schlagworte:	High-Flow-Nasenbrille (HFNC/HHHFNC-System), Neugeborene
Erstellt:	25.08.2016
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Bei einem Neugeborenen wird im Rahmen einer intensivmedizinischen Behandlung über 96 Stunden eine High-Flow-Nasenbrille angewandt. Sind die 96 Stunden als Beatmung im Sinne der DKR 1001 anzuerkennen?
Kodierempfehlung:	Die Anwendung der High-Flow-Nasenbrille (HFNC/HHHFNC-System) ist keine Beatmung im Sinne der Definition der DKR 1001 (Maschinelle Beatmung). Diese setzt voraus, dass Gase mittels einer mechanischen Vorrichtung in die Lunge bewegt werden. Die Atmung wird unterstützt durch das Verstärken oder Ersetzen der eigenen Atemleistung des Patienten. Dieser Sachverhalt ist hier nicht gegeben. Weder aus dem Kategorietitel 8-711 <i>Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen</i> noch aus dem Titel des OPS-Kode 8-711.4 <i>Atemunterstützung durch Anwendung von High-Flow-Nasenkanülen</i> kann hinreichend begründet abgeleitet werden, dass es sich bei HFNC um eine maschinelle Beatmung im Sinne der DKR 1001 handelt und diese bei Neugeborenen bei der Ermittlung der Beatmungsdauer zu berücksichtigen ist. Hingegen ist CPAP nach DKR 1001 bei Neugeborenen und Säuglingen bei der Ermittlung der Beatmungsdauer zu berücksichtigen. Siehe auch Kodierempfehlungen 317 und 524. Für Fälle ab 2020 sind die Änderungen der DKR 1001 zur Maschinellen Beatmung zu berücksichtigen.

Kodierempfehlung:	564
Schlagworte:	Katarakt-Operation, Druckerhöhung, intraokulär
Erstellt:	25.08.2016
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Im Rahmen einer Katarakt-Operation (Phakoemulsifikation) wird bei abgeflachter beziehungsweise aufgehobener Vorderkammer eine vorübergehende Erhöhung des Drucks in der Vorderkammer per vorhandener Infusion über die bereits vorhandene Parazentese durchgeführt. Ist zusätzlich zu dem Code für die Katarakt-Operation die Kodierung des OPS-Kodes 5-169.4 <i>Andere Operationen an Orbita, Auge und Augapfel, Temporäre intraokulare Druckerhöhung</i> zulässig?
Kodierempfehlung:	Die zusätzliche Kodierung des OPS-Kodes 5-169.4 <i>Andere Operationen an Orbita, Auge und Augapfel, Temporäre intraokulare Druckerhöhung</i> ist nicht begründet. Intraokulare Druckschwankungen treten typischerweise in unterschiedlichem Ausmaß während jeder Katarakt-OP auf und werden vom Operateur routinemäßig durch geeignete Maßnahmen ausgeglichen. Das Stellen einer abgeflachten oder aufgehobenen Vorderkammer ist hier integraler Bestandteil der Katarakt-OP und ist daher nicht gesondert zu kodieren.

Kodierempfehlung:	565
Schlagworte:	Katarakt-Operation, Punktion, Auge, perkutan
Erstellt:	25.08.2016
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Im Rahmen einer stationären Katarakt-Operation (Phakoemulsifikation) wird am Ende des Eingriffs prophylaktisch ein Antibiotikum in den vorderen Augenabschnitt, genauer in die Vorderkammer oder Hinterkammer des Auges (Raum zwischen Regenbogenhaut und Intraokularlinse), injiziert. Ist zusätzlich zu dem Code für die Katarakt-Operation die Kodierung eines Kodes aus dem Kapitel 8-151 <i>Therapeutische perkutane Punktion des Zentralnervensystems und des Auges</i> zulässig?
Kodierempfehlung:	Die zusätzliche Kodierung eines Kodes aus dem Kapitel 8-151 <i>Therapeutische perkutane Punktion des Zentralnervensystems und des Auges</i> ist nicht begründet. Es handelt sich hierbei nicht um eine therapeutische Punktion, sondern um eine prophylaktische Maßnahme über einen vorhandenen Zugangsweg.

Kodierempfehlung:	566
Schlagworte:	Gaze, jodhaltig, Medikamententräger
Erstellt:	25.08.2016
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Nach Ausräumung eines Abszesses wird die Wundhöhle mit einer jodhaltigen Gaze austamponiert. Ist für diese Maßnahme zusätzlich der OPS-Kode 5-892.3 <i>Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Implantation eines Medikamententrägers</i> zu verwenden?
Kodierempfehlung:	Der Kode 5-892.3 <i>Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Implantation eines Medikamententrägers</i> darf nicht verwendet werden, da es sich weder um eine Implantation noch um einen Medikamententräger handelt. Siehe auch Exklusivum unter 5-892.3.

Kodierempfehlung:	567
Schlagworte:	MRSA, MRE, Komplexbehandlung
Erstellt:	25.08.2016
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Ein Patient war wegen einer mit MRSA superinfizierten Wunde 13 Tage lang isoliert, davon 5 Tage mit einem täglichen Zeitaufwand von 170 Minuten und 8 Tage mit einem täglichen Zeitaufwand von 118 Minuten. Zusammen genommen handelt es sich um einen Zeitaufwand von 1794 Minuten. Hieraus ergibt sich bei 13 Tagen Isolierung ein durchschnittlicher täglicher Mehraufwand von 138 Minuten. Ist in diesem Fall die Kodierung des Kodes 8-987.11 <i>Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage</i> korrekt?
Kodierempfehlung:	Die Kodierung des Kodes 8-987.11 <i>Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage</i> ist bei Erfüllung aller übrigen Mindestmerkmale korrekt. In den Hinweisen zum Kode wird (unter anderem) ein dokumentierter durchschnittlicher Mehraufwand von mindestens 2 Stunden täglich während der Behandlungstage mit strikter Isolierung gefordert.

Kodierempfehlung:	568
Schlagworte:	Demenz, Halluzinationen, Parkinson
Erstellt:	25.08.2016
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Wie sind Halluzinationen und/oder affektive Symptome, die im Rahmen einer bekannten Parkinson-Demenz auftreten und behandelt werden, zu verschlüsseln?
Kodierempfehlung:	Eine Demenz bei primärem Parkinsonsyndrom ist nach dem Kreuz-Stern System mit einem Kode aus G20.-† <i>Primäres Parkinson-Syndrom</i> und F02.3* <i>Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom (G20.-†)</i> zu kodieren. Halluzinationen werden mit einem Kode aus R44.- <i>Sonstige Symptome, die die Sinneswahrnehmungen und das Wahrnehmungsvermögen betreffen</i>, affektive Störungen in diesem Zusammenhang mit einem Kode aus R45.- <i>Symptome, die die Stimmung betreffen</i> kodiert. Eine organische Halluzinose liegt nicht vor. Kodes aus F06.- <i>Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit</i> können nicht verwendet werden, da sich unter der Überschrift von F06.- das Exklusivum „In Verbindung mit Demenz, wie unter F00-F03 beschrieben“ findet.

Kodierempfehlung:	569
Schlagworte:	Stroke-mimics, Schlaganfall, akut, Komplexbehandlung
Erstellt:	25.08.2016
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Kann die neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls (OPS-Kode 8-981 beziehungsweise 8-98b) bei „stroke mimics“ verschlüsselt werden?
Kodierempfehlung:	Eine neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls ist nicht kodierbar, da dies das Vorliegen eines Schlaganfalls oder einer transitorisch ischämischen Attacke (TIA) voraussetzt (siehe Wortlaut des Kodes beziehungsweise Hinweis). Es handelt sich um „Schlaganfall-imitierende“ bzw. apoplektiform auftretende Symptome beziehungsweise Diagnosen, die vom Schlaganfall /der TIA abgegrenzt werden müssen (z. B. metabolische Enzephalopathie, Todd'sche Lähmung nach Krampfanfall, Hypoglykämie, Migräne mit Aura oder entzündliche Erkrankungen des zentralen Nervensystems).

Kodierempfehlung:	570
Schlagworte:	Paraparese, Guillain-Barré-Syndrom, CIDP
Erstellt:	25.08.2016
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Wie ist eine schlaffe Paraparese nach Polioinfektion, beim Guillain-Barré-Syndrom oder bei der chronischen inflammatorischen Polyneuropathie (CIDP) zu kodieren?
Kodierempfehlung:	Der zutreffende Code ist bei allen drei genannten Fallkonstellationen jeweils G82.09 <i>Schlaffe Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet</i>. Neuroanatomisch handelt es sich bei der Poliomyelitis nicht um eine Querschnittlähmung, da der Schaden nur die Vorderhornzellen des Rückenmarks betrifft. Auch beim Guillain-Barré-Syndrom und der CIDP liegt keine Erkrankung des Rückenmarks vor, sondern eine peripher-neurologische Erkrankung der Nervenbahnen. Die 5. Stellen 0-3 sind auf den Rückenmarkquerschnitt beschränkt. Siehe auch Kodierempfehlung 528.

Kodierempfehlung:	571
Schlagworte:	Diagnostische Bronchoskopie, Hämoptysen, Blutstillung – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	13.10.2016
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	06.10.2020
Problem / Erläuterung:	Stationäre Aufnahme wegen leichten, rezidivierenden Hämoptysen zur Abklärung. Im Rahmen der flexiblen Tracheobronchoskopie konnte eine leichte Sickerblutung im Unterlappenbronchus nachgewiesen werden. Zur Blutstillung erfolgte die Einlage eines resorbierbaren Hämostyptikums in den Unterlappenbronchus. Wie ist die bronchoskopische Blutstillung zu kodieren?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	Der OPS-Code 1-620.0x <i>Diagnostische Tracheobronchoskopie, Mit flexiblem Instrument, Sonstige</i> ist zu verwenden. Bei einer diagnostischen Tracheobronchoskopie kann die bronchoskopische Blutstillung nicht zusätzlich verschlüsselt werden. Die Verwendung eines Codes aus dem Codebereich 5-320 <i>Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe eines Bronchus</i> ist nicht korrekt. Das Inklusivum "Bronchoskopische Blutstillung" zum Code 5-320 bezieht sich auf die bronchoskopische Blutstillung nach erfolgter Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe eines Bronchus.
Entscheidung Schlichtungsausschuss	Wird im Rahmen einer flexiblen diagnostischen Tracheobronchoskopie eine leichte Sickerblutung nachgewiesen und wird diese Blutung durch Einlage eines resorbierbaren Hämostyptikums gestillt, so ist dies nicht zusätzlich zu kodieren.

Kodierempfehlung:	572
Schlagworte:	Monitoring, hirnvenös
Erstellt:	13.10.2016
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Während eines kardiochirurgischen Eingriffes erfolgt ein Monitoring mittels Nahinfrarotspektroskopie. Ist die Kodierung des OPS-Kodes 8-923 <i>Neurologisches Monitoring, Monitoring der hirnvenösen Sauerstoffsättigung</i> bei Messungen mittels Nahinfrarotspektroskopie zulässig?
Kodierempfehlung:	Die Kodierung des OPS-Kodes 8-923 <i>Neurologisches Monitoring, Monitoring der hirnvenösen Sauerstoffsättigung</i> bei Messungen mittels Nahinfrarotspektroskopie ist nicht sachgerecht, da die hirnvenöse Sauerstoffsättigung selbst nicht gemessen wird. Darüber hinaus ist nach DKR P005 dieser Kode im Zusammenhang mit einer Narkose nicht zusätzlich zu kodieren. Für Fälle ab 2019 steht mit dem Kode 8-923.1 <i>Neurologisches Monitoring, Monitoring der hirnvenösen Sauerstoffsättigung, Nicht invasiv</i> ein spezifischer Kode zur Verfügung.

Kodierempfehlung:	573
Schlagworte:	Enzephalopathie, hepatisch, Leberversagen
Erstellt:	13.10.2016
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Ein Patient wird wegen zunehmender Apathie und leichter Verwirrtheit bei bekannter kryptogener Leberzirrhose Child B aufgenommen. Laborchemisch erhöhte Ammoniakspiegel im Blut. Unter Infusionstherapie und Gabe von Ornithinaspartat sowie Lactulose und Rifaximin deutliche Besserung des Befundes. Was ist die Hauptdiagnose?
Kodierempfehlung:	K72.1 <i>Leberversagen, anderenorts nicht klassifiziert, chronisches Leberversagen</i> ist Hauptdiagnose. Mit K72.72! <i>Leberversagen, anderenorts nicht klassifiziert, Hepatische Enzephalopathie Grad 2</i> wird der Schweregrad der hepatischen Enzephalopathie angegeben.

Kodierempfehlung:	574
Schlagworte:	Adipositas, Bariatrische Chirurgie, Hautüberschuss
Erstellt:	12.12.2016
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Vor zwei Jahren war eine Magenbypass-OP bei morbidem Adipositas durchgeführt worden. Aktuelles Gewicht 96 kg (BMI 29) nach zwischenzeitlicher Gewichtsabnahme von 60 kg. Seit mehreren Monaten stabile Situation. Infolge der Gewichtsabnahme hat sich ein Hautüberschuss gebildet, der durch eine Straffungsoperation entfernt wurde. Was ist die Hauptdiagnose? <i>E65 Lokalisierte Adipositas oder L98.7 Überschüssige und erschlaffte Haut und Unterhaut?</i>
Kodierempfehlung:	Nach DKR D002 ist <i>L98.7 Überschüssige und erschlaffte Haut und Unterhaut</i> als Hauptdiagnose zuzuweisen. Mit dieser Schlüsselnummer steht seit 2016 ein Kode zur Verfügung, mit dem sich der Gewichtsverlust infolge eines bariatrischen Eingriffs spezifisch abbilden lässt, siehe hierzu Inklusivum. Siehe auch Kodierempfehlung 209.

Kodierempfehlung:	576
Schlagworte:	Warteliste, Transplantation, Leberzirrhose
Erstellt:	20.02.2017
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Aufnahme eines Patienten mit dekompensierter Leberzirrhose in das Krankenhaus. Während des laufenden stationären Aufenthaltes wird der Patient am 8. Behandlungstag auf die Warteliste zur Transplantation aufgenommen. Der Patient verstirbt 26 Tage nach Krankenhausaufnahme, eine Transplantation wird nicht durchgeführt. Welcher OPS-Kode ist zu verwenden? 8-97c.04 <i>Stationäre Behandlung bei erfolgter Aufnahme auf die Warteliste zur Organtransplantation, Vor einer Lebertransplantation, Mindestens 16 bis höchstens 22 Behandlungstage</i> oder 8-97c.14 <i>Stationäre Behandlung bei erfolgter Aufnahme auf die Warteliste zur Organtransplantation, Vor einer Lebertransplantation, Mindestens 23 bis höchstens 29 Behandlungstage</i>
Kodierempfehlung:	Es ist der Kode 8-97c.14 <i>Stationäre Behandlung bei erfolgter Aufnahme auf die Warteliste zur Organtransplantation, Vor einer Lebertransplantation, Mindestens 23 bis höchstens 29 Behandlungstage</i> zu wählen. Für die Berechnung der Tage ist der Hinweis unter 8-97c.- entscheidend: „Mit einem Kode aus diesem Bereich ist die stationäre Behandlungsdauer bei Patienten zu kodieren, die bereits auf der Warteliste zur Organtransplantation stehen bzw. in demselben Aufenthalt auf die Warteliste aufgenommen werden und bei denen die Transplantation nicht während desselben Aufenthaltes durchgeführt wird“.

Kodierempfehlung:	577
Schlagworte:	Nierenversagen, nach medizinischen Maßnahmen
Erstellt:	03.04.2017
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Stationäre Aufnahme bei Nierenversagen nach medizinischen Maßnahmen. Zwei Tage vor Aufnahme waren ambulant im Rahmen einer radiologischen Untersuchung große Mengen Kontrastmittel intravenös gegeben worden. Es zeigt sich ein Kreatinin-Anstieg im Sinne eines akuten Nierenversagens Stadium 3 mit Notwendigkeit einer passageren Nierenersatztherapie (ohne Vorliegen eines histologischen Befundes). Wie lautet die korrekte Kodierung?
Kodierempfehlung:	Nach DKR D015 ist N17.93 <i>Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet, Stadium 3</i> zu kodieren. Dieser Kode ist in Bezug auf die Erkrankung spezifischer als N99.0 <i>Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert, Nierenversagen nach medizinischen Maßnahmen</i> (stadiengerechte Kodierung). Optional kann Y84.9! <i>Chirurgische und sonstige medizinische Maßnahmen als Ursache einer abnormen Reaktion eines Patienten oder einer späteren Komplikation, ohne Angabe eines Zwischenfalls zum Zeitpunkt der Durchführung der Maßnahme, Zwischenfälle durch medizinische Maßnahmen, nicht näher bezeichnet</i> ergänzt werden.

Kodierempfehlung:	578
Schlagworte:	Diabetes, Hypoglykämie, Komplikation, Manifestation
Erstellt:	03.04.2017
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Ein Patient mit Diabetes mellitus Typ 2 wird bei intensivierter konventioneller Insulintherapie aufgrund zuletzt rezidivierender und symptomatischer Hypoglykämien mit erneut symptomatischer Hypoglykämie stationär aufgenommen (Blutzucker bei Aufnahme 30 mg/dl). Weitere Komplikationen des Diabetes sind nicht bekannt. Im Verlauf werden mehrfach Blutzuckerwerte < 50 mg/dl erfasst, die Insulindosis wird mehrfach angepasst. Wie sind Haupt- und Nebendiagnose zu kodieren?
Kodierempfehlung:	HD: E11.91 <i>Diabetes mellitus, Typ 2, ohne Komplikationen, als entgleist bezeichnet</i> ist als Hauptdiagnose zuzuweisen. ND: keine Die Behandlung der Grunderkrankung, hier Diabetes mellitus Typ 2, mit der Entgleisung des Stoffwechsels hat den stationären Aufenthalt hauptsächlich veranlasst. Die rezidivierenden arzneimittelinduzierten Hypoglykämien im Rahmen der intensivierten Insulintherapie vor Aufnahme ins Krankenhaus und während des stationären Aufenthaltes sind als Stoffwechselentgleisung/-dekompensation zu werten. Eine (Organ-)Komplikation des Diabetes mellitus liegt nicht vor. Die Regelung der DKR 0401, Absatz „Hauptdiagnose Diabetes mellitus mit Komplikationen“, konkretisiert mehrfach im Wortlaut des Textes durch die Klammererläuterung (<i>siehe hier „Komplikation (Manifestation)“</i>), die Komplikation als Manifestation (so auch in der Anmerkung im Beispiel 3 und dem Hinweis nach Beispiel 3). Gemäß DKR sind Manifestationen des Diabetes mellitus die (Organ-)Komplikationen. Nach DKR D012 Absatz „Reihenfolge von Diagnoseschlüsseln bei Mehrfachkodierung“ werden Manifestationscodes als Sekundär-Diagnoseschlüssel bezeichnet und mit einem Stern gekennzeichnet (Manifestation, “*”). Die DKR, welche als Abrechnungsbestimmungen Vorrang haben vor der ICD-10-GM, unterscheiden sich hier in der verwendeten Begrifflichkeit von der ICD-10-GM, die den Begriff „Manifestation“ nicht verwendet. Die Hypoglykämie ist in der ICD-10-GM bei den Kategorien E10-E14.6 nicht mit einem Stern gekennzeichnet und damit keine Manifestation bzw. (Organ-)Komplikation. Die Entgleisung des Stoffwechsels wird über die 5. Stelle kodiert.

Siehe auch Kodierempfehlungen 9, 35, 56, 170, 408, 458, 579 und 600.

Kodierempfehlung:	579
Schlagworte:	Diabetes, rezidivierende Hypoglykämie, Retinopathia diabetica, Komplikation, Manifestation
Erstellt:	26.06.2019
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Ein Patient mit Diabetes mellitus Typ 2 wird bei intensivierter konventioneller Insulintherapie aufgrund zuletzt rezidivierender und symptomatischer Hypoglykämien mit erneut symptomatischer Hypoglykämie stationär aufgenommen (Blutzucker bei Aufnahme 30 mg/dl). Zusätzlich ist als Komplikation (Manifestation) eine diabetische Retinopathie bekannt, die nicht behandelt wird. Im Verlauf werden mehrfach Blutzuckerwerte < 50 mg/dl erfasst, die Insulindosis wird mehrfach angepasst. Wie sind Haupt- und Nebendiagnose zu kodieren?
Kodierempfehlung:	Hauptdiagnose: E11.61 <i>Diabetes mellitus, Typ 2, mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen, als entgleist bezeichnet</i> ND: keine Die Behandlung der Grunderkrankung, hier Diabetes mellitus Typ 2, mit der Entgleisung des Stoffwechsels hat den stationären Aufenthalt hauptsächlich veranlasst. Die rezidivierenden arzneimittelinduzierten Hypoglykämien im Rahmen der intensivierten Insulintherapie vor Aufnahme ins Krankenhaus und während des stationären Aufenthaltes sind als Stoffwechselentgleisung/-dekompensation zu werten. Mit der bekannten diabetischen Retinopathie lag bei Aufnahme nur eine Komplikation (Manifestation) des Diabetes mellitus vor, die jedoch keinen Behandlungsaufwand zur Folge hatte (siehe hierzu Beispiel 2 in DKR 0401). Die Regelung der DKR 0401, Absatz „Hauptdiagnose Diabetes mellitus mit Komplikationen“, konkretisiert mehrfach im Wortlaut des Textes durch die Klammererläuterung (<i>siehe hier „Komplikation (Manifestation)“</i>) die Komplikation als Manifestation (so auch in der Anmerkung im Beispiel 3 und dem Hinweis nach Beispiel 3). Gemäß DKR sind Manifestationen des Diabetes mellitus die (Organ-) Komplikationen. Die Kodierung für die 4. Stelle des Diabetes Kodes mit „6“ statt mit „3“ für die Augenkomplikation gemäß der ICD-10-GM, resultiert aus der spezifischen Vorgabe der DKR, die hier eine Ausnahme als Abrechnungsbestimmung regelt. Nach DKR D012 Absatz „Reihenfolge von Diagnoseschlüsseln bei Mehrfachkodierung“ werden Manifestationskodes als Sekundär-Diagnoseschlüssel bezeichnet und mit einem Stern gekennzeichnet (Manifestation, “*”).

Die DKR, welche als Abrechnungsbestimmungen Vorrang haben vor der ICD-10-GM, unterscheiden sich hier in der verwendeten Begrifflichkeit von der ICD-10-GM, die den Begriff „Manifestation“ nicht verwendet. Die Hypoglykämie ist bei den Kategorien E10-E14.6 nicht mit einem Stern gekennzeichnet und damit keine (Organ-)Komplikation. Die Entgleisung des Stoffwechsels wird über die 5. Stelle kodiert.

Siehe auch Kodierempfehlungen 9, 35, 56, 170, 408, 458, 578 und 600.

Kodierempfehlung:	580
Schlagworte:	Reanimation, Atemstillstand, Herz-Kreislaufstillstand
Erstellt:	03.04.2017
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Bei einem Patienten kommt es während einer stationären Behandlung zu einem Herz-Kreislaufstillstand mit Atemstillstand. Der Patient wird erfolgreich reanimiert, im Rahmen der kardiopulmonalen Reanimation Intubation und vorübergehende Beatmung. Ist zu I46.0 <i>Herzstillstand, Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung</i> zusätzlich die Nebendiagnose R09.2 <i>Sonstige Symptome, die das Kreislaufsystem und das Atmungssystem betreffen, Atemstillstand</i> zu kodieren?
Kodierempfehlung:	Nach DKR 0903 ist nur der Code I46.0 <i>Herzstillstand, Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung</i> zu kodieren. R09.2 <i>Sonstige Symptome, die das Kreislaufsystem und das Atmungssystem betreffen, Atemstillstand</i> ist nicht zusätzlich zu kodieren. Ein reanimationspflichtiger Herzstillstand geht zwangsläufig mit einem Atemstillstand einher.

Kodierempfehlung:	581
Schlagworte:	Blutung, Adenotomie
Erstellt:	03.04.2017
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Es erfolgt die Aufnahme eines Kleinkindes nach ambulanter elektiver Adenotomie vor zwei Tagen mit anhaltender nicht stillbarer Nachblutung. Das Kind wird intubiert und mit blutenden Operationswunden aufgenommen; eine operative Blutstillung erfolgt. Was ist die Hauptdiagnose? R04.1 <i>Blutung aus den Atemwegen, Blutung aus dem Rachen</i> oder T81.0 <i>Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert, Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert</i>
Kodierempfehlung:	Gemäß DKR D015 ist R04.1 <i>Blutung aus den Atemwegen, Blutung aus dem Rachen</i> die spezifische Diagnose-Schlüsselnummer in Bezug auf die Erkrankung und entsprechend als Hauptdiagnose zu verwenden. Optional ist der Code Y84.9! <i>Zwischenfälle durch medizinische Maßnahmen, nicht näher bezeichnet</i> zu kodieren.

Kodierempfehlung:	582
Schlagworte:	Stuhlinkontinenz, Stoma
Erstellt:	27.06.2017
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Darf bei Trägern eines Ileo- oder Kolostomas die Schlüsselnummer R15 <i>Stuhlinkontinenz</i> in Verbindung mit einem Kode aus Z43.- für die Versorgung mit einem Stoma kodiert werden? Es wird gelegentlich argumentiert mit der Definition „Inkontinenz nennt man die fehlende oder mangelnde Fähigkeit des Körpers, den Blasen- und/oder Darminhalt sicher zu speichern und selbst zu bestimmen, wann und wo er entleert werden soll. Unwillkürlicher Urinverlust oder Stuhlabgang sind die Folgen.“ Ist diese Sichtweise gemäß DKR korrekt?
Kodierempfehlung:	Gemäß DKR 1804 ist ein Kode für die Inkontinenz nur anzugeben, wenn die Inkontinenz ein Grund für eine stationäre Behandlung darstellt oder eine klinische Bedeutung hat. Da bei Stoma-Trägern die Inkontinenz in Folge der Behandlung als „normal“ anzusehen ist, ist R15 <i>Stuhlinkontinenz</i> nicht anzugeben.

Kodierempfehlung:	583
Schlagworte:	Krampfanfall, Hirnmetastase, Bronchialkarzinom – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	27.06.2017
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	16.12.2020
Problem / Erläuterung:	Ein Patient wird wegen einer symptomatischen Epilepsie mit komplexen fokalen, sekundär generalisierenden Anfällen auf dem Boden von Hirnmetastasen eines Bronchialkarzinoms stationär aufgenommen. Ein Behandlungsaufwand bezüglich des Bronchialkarzinoms oder der Hirnmetastasen selbst besteht während des Aufenthaltes nicht. Wie sind Haupt- und Nebendiagnose zu kodieren?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	Gemäß dem Beschluss des Schlichtungsausschusses vom 25.07.2016 sind als Hauptdiagnose G40.2 <i>Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen</i> und als Nebendiagnose C34.- <i>Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge</i> zuzuweisen. Die Hirnmetastasen sind ohne Aufwand nicht zu kodieren.
Entscheidung Schlichtungsausschuss	Wird ein Patient wegen einer symptomatischen Epilepsie auf dem Boden von Hirnmetastasen bei einer Tumorerkrankung aufgenommen und wird ausschließlich die symptomatische Epilepsie behandelt, so sind gemäß DKR 0201 <i>Neubildungen</i> und Schlichtungsausschuss Bund alter Fassung (Beschluss vom 04.07.2016) die symptomatische Epilepsie als Hauptdiagnose sowie die Hirnmetastasen und der Tumor als Nebendiagnosen zu verschlüsseln.

Kodierempfehlung:	584
Schlagworte:	Weaning – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	31.08.2017
Aktualisiert:	11.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	16.12.2020
Problem / Erläuterung:	Setzt ein Weaning eine Mindestdauer einer vorangegangenen Beatmung voraus?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	Ein Weaning (Entwöhnung) gemäß DKR 1001 mit intermittierenden Phasen von Beatmung und Spontanatmung setzt eine vorherige Gewöhnung durch eine durchgehende Beatmung für mindestens 48 Stunden voraus. Für Fälle ab 2020 sind die Änderungen der DKR 1001 zur Maschinellen Beatmung zu berücksichtigen.
Entscheidung Schlichtungsausschuss	Die Berücksichtigung des Weanings bei der Ermittlung der Gesamtbeatmungsdauer richtet sich nach den Regeln der jeweils gültigen DKR 1001 <i>Maschinelle Beatmung</i> . Diese schließen die Anrechnung von Zeiten mit Beatmung und beatmungsfreien Intervallen im Rahmen des Weanings in dem dort geregelten Umfang mit ein.
Kommentar SEG 4 zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses	Die Entscheidung des Schlichtungsausschusses, welche auf die jeweils gültige DKR 1001 <i>Maschinelle Beatmung</i> verweist, trifft über die DKR hinaus keine weitere Regelung. Die Kodierempfehlung bleibt somit unverändert gültig.

Kodierempfehlung:	585
Schlagworte:	Aortenklappenstenose, bikuspidale Aortenklappe – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	31.08.2017
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	25.11.2020
Problem / Erläuterung:	78-jährige Patientin kommt geplant zur Operation einer Aortenklappenstenose. Intraoperativ findet sich eine bikuspidale Aortenklappe mit Stenose. Wie ist die Aortenklappenstenose in diesem Fall zu kodieren?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	Die Aortenklappenstenose ist in diesem Fall nur mit <i>I35.0 Aortenklappenstenose</i> zu kodieren. Es liegt zwar eine angeborene Fehlbildung der Klappe vor (bikuspidale Aortenklappe), die das Entstehen einer Aortenklappenstenose begünstigen kann, aber keine angeborene Aortenklappenstenose. Deshalb ist kein Code aus Kapitel XVII zu verwenden.
Entscheidung Schlichtungsausschuss	Bei der 78-jährigen Patientin (KDE-585), die zur geplanten Operation einer Aortenklappenstenose kommt und bei der erst intraoperativ eine bikuspidale Aortenklappe mit Stenose festgestellt wird, deren Vorhandensein nicht zu einer Änderung im geplanten Operationsablauf führt, ist der Code <i>I35.0 Aortenklappenstenose</i> als Hauptdiagnose zu kodieren. Die bikuspidale Aortenklappe wird in diesem Fall nicht mit einem Code aus Q23.- <i>Angeborene Fehlbildungen der Aorten- und der Mitralklappe</i> als Nebendiagnose kodiert.

Kodierempfehlung:	586
Schlagworte:	8-980, 8-98f, Aufnahmezustand IST – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	16.10.2017
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	25.11.2020
Problem / Erläuterung:	Elektive stationäre Aufnahme zur geplanten Leistenhernien-Operation rechts. Intraoperativ Auftreten eines reanimationspflichtigen Herz-/Kreislaufversagens im Rahmen eines Myokardinfarktes (STEMI). Vorzeitiger Abbruch der Operation, notfallmäßige Durchführung einer Herzkatheteruntersuchung mit Stentimplantation und Aufnahme auf die Intensivstation. Welches ist der richtige Aufnahmezustand bei der Berechnung für die Aufwandspunkte für die intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Erwachsenen?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	Der richtige Aufnahmezustand ist „Medizinische Aufnahme“, da die Aufnahme aus nicht-operativen Gründen erfolgte. Siehe auch DIMDI FAQ 8009 (Art der Aufnahme).
Entscheidung Schlichtungsausschuss	Für die Berechnung der Aufwandspunkte für die intensivmedizinische Komplexbehandlung gilt für die Auswahl des richtigen Aufnahmezustandes Folgendes: Die Definitionen der Kategorien „geplant chirurgisch“, „nicht geplant chirurgisch“ und „medizinisch“ stellen nur auf den Zeithorizont zum Operationstermin ab. Eine nicht geplante chirurgische Aufnahme auf die Intensivstation liegt vor, wenn der Operationstermin erst in den letzten 24 Stunden geplant war oder postoperativ eine ungeplante Aufnahme auf Intensivstation erforderlich ist. Der OPS differenziert nicht nach den Gründen, die zur postoperativen Aufnahme auf die Intensivstation geführt haben. Demnach liegt in dem vorliegenden Fall (KDE-586) eine nicht geplante chirurgische Aufnahme vor.

**Kommentar SEG 4 zur
Entscheidung des
Schlichtungs-
ausschusses**

Hinweis:
Die Entscheidung des Schlichtungsausschusses bezieht sich ausschließlich auf die beschriebene Konstellation. Es gelten ansonsten weiterhin die Hinweise des BfArM.

Kodierempfehlung:	588
Schlagworte:	Heimbeatmung, Optimierung der Beatmung, Beatmungsstunden, Intensivstation – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	04.12.2017
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	19.08.2020
Problem / Erläuterung:	Stationäre Aufnahme eines Patienten elektiv für drei Behandlungstage ausschließlich zur Kontrolle und Optimierung einer früher eingeleiteten non-invasiven häuslichen maschinellen Beatmung bei chronischer respiratorischer Insuffizienz. Die Anpassung der maschinellen Beatmung erfolgt auf der Intensivstation. Sind neben dem OPS <i>8-716.10 Kontrolle oder Optimierung einer früher eingeleiteten nicht invasiven häuslichen maschinellen Beatmung</i> auch die Beatmungsstunden zu erfassen?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	Die Beatmungsstunden sind nicht auszuweisen. Gemäß DKR 1001 sind Beatmungszeiten nur zu erfassen, wenn es sich im Einzelfall um einen "intensivmedizinisch versorgten Patienten" handelt. In diesem Fall war der Patient weder intensivmedizinisch behandlungsbedürftig noch intensivmedizinisch versorgt.
Entscheidung Schlichtungsausschuss	Bei heimbeatmeten Patienten, die ausschließlich zur Kontrolle und Optimierung einer früher eingeleiteten noninvasiven häuslichen maschinellen Beatmung stationär behandelt werden, sind die Beatmungszeiten nur dann zu erfassen, wenn es sich im Einzelfall um einen „intensivmedizinisch versorgten Patienten“ handelt. Die Definition der intensivmedizinischen Versorgung richtet sich nach der DKR 1001 <i>Maschinelle Beatmung</i>. Der intensivmedizinisch versorgte Patient ist dort wie folgt definiert: „Beatmungsstunden sind nur bei „intensivmedizinisch versorgten“ Patienten zu kodieren, das heißt bei Patienten, bei denen die für das Leben notwendigen sogenannten vitalen oder elementaren Funktionen von Kreislauf, Atmung, Homöostase oder Stoffwechsel lebensgefährlich bedroht oder gestört sind und die mit dem Ziel behandelt, überwacht und gepflegt

*werden, diese Funktionen zu erhalten, wiederherzustellen oder zu ersetzen, um Zeit für die Behandlung des Grundleidens zu gewinnen. Das Grundleiden, das die intensivmedizinische Behandlung bedingt hat, muss in diesem Zusammenhang nicht mit der Hauptdiagnose identisch sein.
Diese intensivmedizinische Versorgung umfasst mindestens ein Monitoring von Atmung und Kreislauf und eine akute Behandlungsbereitschaft (ärztliche und pflegerische Interventionen zur Stabilisierung der Vitalfunktionen unmittelbar möglich).“*

Kodierempfehlung:	589
Schlagworte:	Schmetterlingsfraktur, Beckenfraktur, Mehrfachverletzung – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	21.02.2018
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	15.10.2020
Problem / Erläuterung:	Aufnahme eines Patienten ins Krankenhaus nach schwerem Sturz. Nachweis einer Schmetterlingsfraktur des Beckens (nicht dislozierte Beckenringfraktur bds., d. h. Fraktur des Os ischii und des Os pubis, AO Klassifikation: A2). Wie sind die Frakturen zu kodieren? <i>S32.89 Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens, Sonstige und multiple nicht näher bezeichnete Teile des Beckens</i> oder <i>S32.81 Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens, Os ischium i.V.m. S32.5 Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens, Fraktur des Os pubis</i>
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	Die Schlüsselnummer S32.89 ist zu verwenden. Es handelt sich um einen Code, mit dem die Fraktur spezifisch abbildbar ist, siehe hierzu Inklusiva zum Code (u. a. Schmetterlingsbruch). Die Regelung der DKR 1911 <i>Mehrfachverletzungen</i> ist nicht anzuwenden. Unter einer Mehrfachverletzung versteht man gleichzeitig entstandene Verletzungen mehrerer Körperregionen oder Organsysteme. Bei vorliegender Schmetterlingsfraktur handelt es sich nicht um unterschiedliche Verletzungen mehrerer Körperregionen, sondern um die Verletzung verschiedener Teile des Beckens. Das Becken ist als eine Körperregion zu verstehen. Dies ist aus der Regelung der DKR 1911 in Verbindung mit der Binnensystematik der ICD-10-GM ableitbar. Unterschiedliche Verletzungen einer Körperregion, die eine getrennte Kodierung einzelner Verletzungen begründen, liegen bei einer Schmetterlingsfraktur nicht vor. Die mehrfachen Frakturen als Form der Verletzung ist mit dem Code S32.89 umfassend abgebildet, siehe hierzu Einleitung zum Kapitel S00-T98 der ICD-10-GM. Der Begriff „Körperregion“ im Sinne der DKR wird durch die Klammererläuterung (T00-T07 <i>Verletzungen mit Beteiligung mehrerer</i>

	<i>Körperregionen</i>) konkretisiert. Aus dem Wortlaut des Titels der Schlüsselnummer T02.1- <i>Frakturen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen, Frakturen mit Beteiligung von Thorax und Lumbosakralgegend oder von Thorax und Becken</i> ist eindeutig ableitbar, was unter einer Körperregion im Sinne der ICD-10-GM zu verstehen ist. Für Fälle ab 2019 gilt: Der Schmetterlingsbruch wurde in der ICD-10-GM, Version 2019, unter den Kode S32.7 <i>Multiple Frakturen mit Beteiligung der Lendenwirbelsäule und des Beckens</i> verschoben. Die Intention dieser Änderung in Verbindung mit der Änderung in der DKR 1911 war, die Kodierung der einzelnen Frakturen im Beckenbereich entsprechend ihrer Lokalisation und Art so genau wie möglich vorzunehmen, auch wenn es sich dabei sowohl nach der medizinischen Definition als auch klassifikatorisch nur um eine Körperregion handelt.
Entscheidung Schlichtungsausschuss	Es gelten die Regelungen der DKR 1911 Beispiel 1 und die Hinweise im Anhang B der DKR Version 2020.

Kodierempfehlung:	590
Schlagworte:	Hypotonie, intraoperativ
Erstellt:	03.07.2018
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Während einer Bauchoperation in Vollnarkose Auftreten eines kurzfristigen Blutdruckabfalls auf 80/40 mmHg. Zugleich wird eine Herzfrequenz von 85/min gemessen. Nach Gabe von 0,3 ml Cafedrin-Theodrenalin Blutdruckanstieg auf über 100 mmHg systolisch. Laut OP-Bericht verlässt die Patientin den OP-Saal kreislaufstabil. Laut Epikrise verlief der Eingriff komplikationslos. Wie ist die Hypotonie zu kodieren?
Kodierempfehlung:	Ein Kode aus I95.- <i>Hypotonie</i> ist als Nebendiagnose anzugeben, da diese Kodierung spezifisch ist. Wenn davon auszugehen ist, dass der Blutdruckabfall in Zusammenhang mit der Narkose auftrat, ist I95.2 <i>Hypotonie, Hypotonie durch Arzneimittel</i> zu verwenden, andernfalls I95.8 <i>Hypotonie, Sonstige Hypotonie</i>. Es ist weder T81.1 <i>Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert, Schock während oder als Folge eines Eingriffs, anderenorts nicht klassifiziert</i> noch R57.9 <i>Schock, anderenorts nicht klassifiziert, Schock, nicht näher bezeichnet</i> zu kodieren, da ein Schock im Sinne der medizinischen Definition nicht vorgelegen hat. I97.9 <i>Kreislaufkomplikation nach medizinischer Maßnahme, anderenorts nicht klassifiziert, nicht näher bezeichnet</i> ist ebenfalls nicht als Nebendiagnose anzugeben, da dieser Kode unspezifisch ist. Siehe auch Kodierempfehlung 455.

Kodierempfehlung:	591
Schlagworte:	Choledochusrevision
Erstellt:	10.04.2018
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Bei einer laparoskopisch begonnenen Cholezystektomie muss wegen massiver Verwachsungen auf offen chirurgisch umgestiegen werden. Nach Entfernung der Gallenblase wird der Ductus choledochus wegen der unsicheren Anatomie auf einer Strecke von 2 cm freipräpariert; der Hauptgallengang zeigt sich vollständig intakt. Wie ist der Eingriff zu kodieren? 5-511.22 <i>Cholezystektomie: Einfach, Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch: Mit operativer Revision der Gallengänge</i> oder 5-511.21 <i>Cholezystektomie: Einfach, Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch: Ohne operative Revision der Gallengänge</i>
Kodierempfehlung:	Zutreffend ist der Code 5-511.21 <i>Cholezystektomie: Einfach, Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch: Ohne operative Revision der Gallengänge</i>. Bei dem geschilderten Eingriff handelt es sich nicht um eine operative Revision des Gallengangs. Diese setzt eine Eröffnung des Gallengangs voraus.

Kodierempfehlung:	592
Schlagworte:	Geschlechtsorganumwandlung, Mastektomie
Erstellt:	03.07.2018
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Im Rahmen einer Geschlechtsorganumwandlung von einer Frau zum Mann wird während eines stationären Aufenthaltes ausschließlich eine Mastektomie unter Erhalt des Mamillen-Areola-Komplexes durchgeführt. Ist neben dem OPS 5-872.0 (<i>Modifizierte radikale</i>) Mastektomie, Ohne Resektion der M. pectoralis-Faszie zusätzlich der OPS 5-646.0 <i>Operationen zur Genitalorganumwandlung, Geschlechtsorgantransformation einer Frau zum Mann</i> anzugeben?
Kodierempfehlung:	Nur der Kode 5-872.0 (<i>Modifizierte radikale</i>) Mastektomie, Ohne Resektion der M. pectoralis-Faszie ist anzugeben. Ein Kode aus 5-646 <i>Operationen zur Genitalorganumwandlung</i> ist nicht zusätzlich zu kodieren, da während des stationären Aufenthaltes nur die Mamma operiert wurde. Die Auflistungen der Kodes unter den Hinweisen zu den gesondert kodierbaren Eingriffen beim Kodebereich 5-646 sind abschließend.

Kodierempfehlung:	594
Schlagworte:	Ureterschiene,Hydronephrose
Erstellt:	21.01.2019
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Transurethrale Einlage eines Doppel-J-Katheters (Ureterschiene) zur Entlastung einer Hydronephrose. Wie ist die Leistung spezifisch abzubilden? 8-147.0 <i>Therapeutische Drainage von Harnorganen: Niere</i> oder 8-137.00 <i>Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter], Einlegen, transurethral</i>
Kodierempfehlung:	Der Kode 8-137.00 ist zu verwenden. Mit diesem Kode ist die erbrachte Leistung spezifisch abbildbar.

Kodierempfehlung:	595
Schlagworte:	Blutgerinnungsstörung, temporär vs. irreversibel
Erstellt:	21.01.2019
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Ein Patient entwickelt im Rahmen eines septischen Krankheitsbildes ein Multiorganversagen mit Gerinnungsstörung. Zur Therapie werden u. a. Blutprodukte bzw. Gerinnungsfaktoren substituiert, ohne dass ein Ausgleich der Gerinnungsstörung gelingt. Der Patient verstirbt im Multiorganversagen. Mit welchem Zusatzcode ist die Gerinnungsstörung zu kodieren? U69.11! <i>Dauerhaft erworbene Gerinnungsstörung</i> oder U69.12! <i>Temporäre Blutgerinnungsstörung</i>
Kodierempfehlung:	U69.12! ist korrekt, da es sich um eine akute und damit grundsätzlich reversible Gerinnungsstörung handelt. Der Tod ist kein geeignetes medizinisches Kriterium, eine dauerhaft erworbene von einer temporären Gerinnungsstörung zu unterscheiden.

Kodierempfehlung:	596
Schlagworte:	Aszitesdrainage, Aszitespunktion – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	26.06.2019
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	25.11.2020
Problem / Erläuterung:	Welche Voraussetzungen sind für die Kodierung des OPS 8-148.0 <i>Therapeutische Drainage von anderen Organen und Geweben, Peritonealraum</i> zu fordern?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	Folgende Voraussetzungen müssen kumulativ erfüllt sein: 1. Dokumentation mittels Überwachungsprotokoll (Kreislaufparameter, Drainagemenge) 2. Dokumentation einer geeigneten Fixation der Drainage (z.B. mittels Naht) 3. Dokumentation der Art des verwendeten Drainagesystems 4. Mehrtägiger Verbleib der Drainage und / oder mehrfache Drainage über dasselbe System und / oder Drainage über mehrere Stunden.
Entscheidung Schlichtungsausschuss	Bei einer therapeutischen Peritonealdrainage (OPS 8-148.0 <i>Therapeutische Drainage von anderen Organen und Geweben, Peritonealraum</i>) wird die aus therapeutischen Zwecken zu entfernende Flüssigkeit mittels eines gelegten Schlauchsystems über einen bestimmten Zeitraum abgelassen (z. B. mittels Schwerkraft, Sog- oder Kapillarkwirkung). Das Legen der Peritonealdrainage erfolgt durch den Arzt. Das Ablassen der Flüssigkeit erfordert in der Regel keine ärztliche Anwesenheit und erfolgt im Rahmen der allgemeinen fachlichen Beobachtung im Krankenhaus durch das Pflegepersonal.

Kodierempfehlung:	597
Schlagworte:	Dilatative Kardiomyopathie
Erstellt:	26.06.2019
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Die Aufnahme erfolgte wegen eines akuten Nierenversagens nach Kontrastmittelgabe im Rahmen einer Computertomographie des Thorax. Vorbekannt ist eine Herzinsuffizienz NYHA III bei bekannter dilatativer Kardiomyopathie (DCM). Diesbezüglich erfolgte die Fortsetzung der medikamentösen konservativen Therapie. Es erfolgte weder eine Echokardiographie noch eine weitere Diagnostik bezüglich der DCM. Ist neben der Nebendiagnose I50.13 <i>Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden bei leichter Belastung</i> auch die Nebendiagnose I42.0 <i>Dilatative Kardiomyopathie</i> zu kodieren?
Kodierempfehlung:	Die Kodierung der I42.0 <i>Dilatative Kardiomyopathie</i> als Nebendiagnose ist korrekt, da die Kardiomyopathie bekannt ist und durch die Medikation eine Beeinflussung des Patientenmanagements erfolgte. Siehe auch Kodierempfehlung 82.

Kodierempfehlung:	598
Schlagworte:	Komplikationen nach medizinischen Maßnahmen – <i>durch Schlichtungsausschuss entschieden</i>
Erstellt:	26.06.2019
Aktualisiert:	01.01.2021 – letzte turnusmäßige Aktualisierung, da durch Schlichtungsausschuss entschieden.
Entscheidung des Schlichtungsausschusses veröffentlicht am:	19.08.2020
Problem / Erläuterung:	Fall 1: Aufnahme wegen einer Sepsis/ SIRS, antibiotische Therapie. Im Rahmen der Sepsis kam es zu einem akuten oligurischen Transplantatversagen bei Z. n. Nierentransplantation. Intensivmedizinische Therapie und kurzfristig Einsatz von Nierenersatzverfahren. Als Nebendiagnose wird T86.10 <i>Akute Funktionsverschlechterung eines Nierentransplantates</i> kodiert. Darf zusätzlich der Kode Z94.0 <i>Zustand nach Nierentransplantation</i> als Nebendiagnose angegeben werden? Fall 2: Aufnahme wegen einer Thrombose im Bereich eines intrakorporalen Herzunterstützungssystems. Intensivmedizinische Therapie, Antikoagulation. Als Hauptdiagnose wird T82.8 <i>Sonstige näher bezeichnete Komplikation durch Prothesen, Implantate und Transplantate im Herzen und in den Gefäßen</i> kodiert. Darf zusätzlich der Kode Z95.80 <i>Vorhandensein eines herzunterstützenden Systems</i> als Nebendiagnose angegeben werden?
Kodierempfehlung bis zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses:	Zu Fall 1: Der Kode Z94.0 <i>Zustand nach Nierentransplantation</i> ist nicht als Nebendiagnose anzugeben. Die Schlüsselnummer T86.10 beinhaltet bereits den Zustand nach Nierentransplantation. Folgerichtig weist das Exklusivum unter Z94.- auf keinen anderen Kode hin.

	Zu Fall 2: Die zusätzliche Kodierung von Z95.80 ist korrekt. Beide Codes können nebeneinander verwendet werden, da die Erkrankungen/Zustände sowohl als auch beim Patienten vorliegen (siehe auch beim DIMDI Kodierfrage zu ICD-10-GM Nr. 1008) und auch das Patientenmanagement beeinflusst haben.
Entscheidung Schlichtungsausschuss	Entwickelt sich bei einem Patienten mit Zustand nach Nierentransplantation eine Verschlechterung in Bezug auf die transplantierte Niere (T86.10 <i>Akute Funktionsverschlechterung eines Nierentransplantates</i>) kann neben dem spezifischen Code für die Verschlechterung der transplantierten Niere auch der Code Z94.0 <i>Zustand nach Nierentransplantation</i> kodiert werden.
Kommentar SEG 4 zur Entscheidung des Schlichtungs- ausschusses	Zu Fall 1: Die Entscheidung des Schlichtungsausschusses bezieht sich ausschließlich auf die beschriebene Konstellation, d.h. auf eine akute Funktionsverschlechterung eines Nierentransplantats. Damit wird keine Aussage zur Anwendung bei anderen transplantierten Organen oder bei einer chronischen Funktionsverschlechterung eines Organtransplantates getroffen.

Kodierempfehlung:	599
Schlagworte:	Kachexie, Energie – und Eiweißmangelernährung
Erstellt:	26.06.2019
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Aufnahme wegen Gewichtsverlust (ca. 5 kg in 4 Wochen), verminderter Belastbarkeit und Fieber. Es zeigt sich eine poststenotische Pneumonie bei Erstdiagnose eines bereits multipel metastasierten Lungenkarzinoms. Der Patient wiegt bei einer Größe von 175 cm 50 kg (BMI 16,3 kg/m²), im NRS Score ergibt sich ein Wert von 5. Die aktuelle Nahrungsaufnahme ist um etwa ein Drittel vermindert, Gesamt-Eiweiß und Albumin im Serum sind ebenfalls vermindert. Der Patient erhält hochkalorische, eiweißreiche Zusatznahrung. Ist E43 <i>Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweißmangelernährung</i> oder R64 <i>Kachexie</i> als Nebendiagnose zu kodieren oder beides?
Kodierempfehlung:	Es liegt eine Tumorkachexie vor, die spezifisch mit R64 <i>Kachexie</i> zu kodieren ist. Bei einer Tumorkachexie handelt es sich um eine Stoffwechselstörung mit Atrophie, die Folge der Tumorerkrankung ist und die mit einer relevanten Mangelernährung einhergeht. E43 <i>Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweißmangelernährung</i> ist nicht zusätzlich zu kodieren, da der Aspekt der erheblichen Energie- und Eiweißmangelernährung bereits durch den Kode R64 abgebildet ist. Siehe auch Kodierempfehlung 288.

Kodierempfehlung:	600
Schlagworte:	Diabetes, Hypoglykämie, Akutes Nierenversagen, Nephropathie, Komplikation, Manifestation
Erstellt:	26.06.2019
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Ein Patient mit langjährigem Diabetes mellitus Typ 1 wird aufgrund zuletzt rezidivierender und symptomatischer Hypoglykämien, die der Patient selbst beherrschen konnte, stationär aufgenommen. Auch während des stationären Aufenthaltes treten mehrfach therapiebedürftige Hypoglykämien auf. Es erfolgt die Umstellung auf eine Pumpentherapie. Im Verlauf des stationären Aufenthaltes entwickelt sich zusätzlich ein akutes Nierenversagen Stadium 3, weshalb eine passagere Nierenersatztherapie notwendig wird. Eine diabetische Nephropathie ist aus früheren stationären Aufenthalten bereits bekannt. Wie sind Hauptdiagnose und Nebendiagnosen zu kodieren?
Kodierempfehlung:	Hauptdiagnose: E10.61+ <i>Diabetes mellitus, Typ1, mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen, als entgleist bezeichnet</i> ND: N08.3* <i>Glomeruläre Krankheiten des Diabetes mellitus</i> und N17.93 <i>Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3</i> Die milden Hypoglykämien im Rahmen der Insulintherapie vor Aufnahme ins Krankenhaus und während des stationären Aufenthaltes sind als Stoffwechselentgleisung/-dekompensation zu werten. Neben der Behandlung der Grunderkrankung, hier Diabetes mellitus Typ 1 mit Entgleisung des Stoffwechsels, wurde eine (Organ-)Komplikation des Diabetes mellitus (diabetische Nephropathie), die zum Zeitpunkt der Aufnahme vorlag, ebenfalls behandelt. Im Verlauf auch Behandlung des akuten Nierenversagens. Es liegt mit der bekannten diabetischen Nephropathie nur eine Komplikation (Manifestation) des Diabetes mellitus vor, die ebenfalls behandelt wurde (siehe hierzu in DKR 0401 Beispiel 3). Das akute Nierenversagen, das mittels Nierenersatztherapie behandelt wurde, ist keine (Organ-)Komplikation des Diabetes mellitus. Die Regelung der DKR 0401, Absatz „Hauptdiagnose Diabetes mellitus mit Komplikationen“, konkretisiert im Wortlaut des Textes mehrfach durch die Klammererläuterung (siehe hier „Komplikation (Manifestation)“) die Komplikation als Manifestation (so auch in der Anmerkung im Beispiel 3 und dem Hinweis nach Beispiel 3). Gemäß DKR sind Manifestationen des Diabetes mellitus die (Organ-)Komplikationen.

Die Kodierung für die 4. Stelle des Diabetes Kodes mit „6“ statt mit „2“ für die Nierenkomplikation gemäß der ICD-10-GM resultiert aus der spezifischen Vorgabe der DKR, die hier eine Ausnahme als Abrechnungsbestimmung regeln.

Nach DKR D012 Absatz „Reihenfolge von Diagnoseschlüsseln bei Mehrfachkodierung“ werden Manifestationskodes als Sekundär-Diagnoseschlüssel bezeichnet und mit einem Stern gekennzeichnet (Manifestation, “*”).

Die DKR, welche als Abrechnungsbestimmungen Vorrang haben vor der ICD-10-GM, unterscheiden sich hier in der verwendeten Begrifflichkeit von der ICD-10-GM, die den Begriff „Manifestation“ nicht verwendet. Die Hypoglykämie ist unter den Kategorien E10-E14.6 nicht mit einem Stern gekennzeichnet und damit keine (Organ-)Komplikation, die diabetische Nephropathie hingegen schon. Die Stoffwechselentgleisung wird über die 5. Stelle kodiert.

Siehe auch Kodierempfehlungen 9, 35, 56, 170, 408, 458, 578 und 579.

Kodierempfehlung:	601
Schlagworte:	Ovarialhernie, Leistenhernie
Erstellt:	26.06.2019
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Bei einem Mädchen erfolgt eine typische Leistenhernienoperation. Als Bruchsackinhalt findet sich Ovar. Was ist die Hauptdiagnose?
Kodierempfehlung:	Es handelt sich um eine Form der Leistenhernie, die mit einem Kode aus K40.- <i>Hernia inguinalis</i> zu kodieren ist. Hernien werden nach der Lokalisation der Bruchpforte, nicht nach dem Bruchsackinhalt klassifiziert.

Kodierempfehlung:	602 – aktuell in Überprüfung
Schlagworte:	Implantatassoziierte Infektion
Erstellt:	26.06.2019
Aktualisiert:	01.01.2021 – aktuell in Überprüfung
Problem / Erläuterung:	Aufnahme wegen eines frischen Kniegelenksinfektes durch Staphylokokken acht Wochen nach Implantation einer Knie-Totalendoprothese. Es erfolgten eine antibiotische Therapie sowie eine operative Revision des Kniegelenks mit Debridement und Wechsel des Inlays. Was ist als Hauptdiagnose und Nebendiagnose zu kodieren?
Kodierempfehlung:	Als Hauptdiagnose ist M00.06 <i>Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken, Unterschenkel</i>, zuzuweisen. Für Fälle ab 2019 ist als Nebendiagnose T84.5 <i>Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese</i> zu kodieren. Durch die ergänzenden Hinweise in der ICD 10-GM, Version 2019, ist bei Vorliegen einer Arthritis im Rahmen einer periprothetischen Infektion zusätzlich zum Organkode der Code T84.5 zu kodieren (siehe auch Hinweise in der DKR D012 zur Doppelklassifizierung). Die Wahl der Hauptdiagnose ergibt sich aus der Festlegung in DKR D015, dass der spezifischere Code in Bezug auf die Erkrankung als Hauptdiagnose zu verschlüsseln ist (in diesem Fall M00.06). Siehe auch Kodierempfehlungen 103 und 352.

Kodierempfehlung:	603
Schlagworte:	NIV, Sauerstoff, Entwöhnung
Erstellt:	26.06.2019
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Nach einer 10 tägigen Phase mit invasiver Beatmung wird bei einem Patienten mit der Entwöhnung vom Respirator begonnen. In den ersten drei Tagen nach der Extubation benötigt der Patient jeweils eine maschinelle Atemunterstützung mittels Masken-CPAP von 8 Stunden täglich. Wegen nicht zufriedenstellender Sättigungswerte ist in den ersten drei Tagen zusätzlich eine Sauerstoffzufuhr über eine Nasensonde erforderlich. Insgesamt wird dem Patienten in den beatmungsfreien Intervallen über 6 Stunden Sauerstoff mittels Nasensonde zugeführt. Sind die Zeiten mit Sauerstoffzufuhr über eine Nasensonde während der dreitägigen Entwöhnungsphase vom Respirator zu den Beatmungsstunden hinzuzurechnen?
Kodierempfehlung:	Solange der Patient während der Entwöhnungsphase täglich mindestens 6 Stunden Atemunterstützung mittels Masken-CPAP erhält, sind auch beatmungsfreie Intervalle mitzuzählen, unabhängig davon, ob der Patient zusätzlich die Sauerstoffinsufflation erhält. Für Fälle ab 2020 sind die Änderungen der DKR 1001 zur Maschinellen Beatmung zu berücksichtigen.

Kodierempfehlung:	604
Schlagworte:	Hochkomplexe Blockchemotherapie
Erstellt:	05.06.2020
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Bei einem 1-jährigen Kind erfolgt die Erstbehandlung einer akuten lymphatischen Leukämie nach dem AIEOP-BFM 2009 Protokoll. Es erfolgt die stationäre Aufnahme zur Chemotherapie mit Vincristin, Daunorubicin und Prednisolon (Protokoll I, Phase I, Tag 8). Entlassung am Folgetag. Wie ist die Chemotherapie zu kodieren?
Kodierempfehlung:	Die Chemotherapie ist mit dem OPS 8-543.12 <i>Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie, 1 Tag, 2 Medikamente</i> zu kodieren. Der Kode 8-544 <i>Hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie</i> kann nur dann kodiert werden, wenn der entsprechende Block vollständig während des Aufenthaltes gegeben wurde. Hier wurde nur ein Teil der 1. Induktion (Protokoll I, Phase I) verabreicht.

Kodierempfehlung:	605
Schlagworte:	Intrakranielle Thrombektomie, Stentretreiver, Mikrodrahtretreiver
Erstellt:	05.06.2020
Aktualisiert:	01.01.2021
Problem / Erläuterung:	Bei einer intrakraniellen Thrombektomie (OPS 8-836.80) mit einem Stentretreiver-System kommt ein Katheter zum Einsatz, der das Bergen des Thrombus mit dem Stentretreiver durch zusätzliche Aspiration unterstützt. Kann neben dem Zusatzkode 8-83b.84 <i>Verwendung eines Mikrodrahtretreiver- oder Stentretreiver-Systems zur Thrombektomie oder Fremdkörperentfernung, 1 Stentretreiver-System</i> zusätzlich der Zusatzkode 8-83b.80 <i>Verwendung eines Mikrodrahtretreiver- oder Stentretreiver-Systems zur Thrombektomie oder Fremdkörperentfernung, 1 Mikrodrahtretreiver-System</i> kodiert werden?
Kodierempfehlung:	Die Entfernung des Thrombus mit dem Stentretreiversystem ist mit dem entsprechenden spezifischen Zusatzkode 8-83b.84 zu verschlüsseln. Die zusätzliche Anwendung eines Aspirationskatheters kann trotz des Inklusivums unter dem OPS 8-83b.80 nicht mit diesem Zusatzkode kodiert werden, da dem Wortlaut des Kodes nur entsprochen wird, wenn ein „System“ zum Einsatz kommt. Der Aspirationskatheter ergänzt in diesem Falle das Stentretreiversystem bzw. ist Bestandteil dieses Systems und erfüllt nicht den Sachverhalt der Anwendung eines eigenständigen Mikrodraht-gestützten Thrombektomiesystems.

Kodierempfehlung:	606
Schlagworte:	Visite, Neurologische Komplexbehandlung, Telekonsil
Erstellt:	30.04.2021
Aktualisiert:	
Problem / Erläuterung:	OPS 8-98b.3 <i>Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, Mit Anwendung eines Telekonsildienstes</i> fordert die Erbringung folgender Mindestmerkmale: – Ein Facharzt für Neurologie nimmt an den täglichen Visiten teil – Der akute Schlaganfallpatient wird umgehend von einem Facharzt für Neurologie, der fest im Team eingebunden ist, oder telemedizinisch von einem Telekonsilarzt untersucht Kann die Teilnahme des Facharztes für Neurologie an den täglichen Visiten telemedizinisch erfolgen?
Kodierempfehlung:	Der Facharzt für Neurologie muss an den täglichen Visiten vor Ort teilnehmen, eine telemedizinische Teilnahme sieht der OPS nicht vor (siehe Kodierfragen OPS-8023 und OPS-8025 BfArM).