Allgemeine Kodierrichtlinien für Krankheiten

Albrecht Zaiß

Kapitelübersicht:

DKR	Titel	kommentiert	nicht kommentiert
D001a	Allgemeine Kodierrichtlinien	X	
D002f	Hauptdiagnose	X	
D003l	Nebendiagnosen	X	
D004d	Syndrome		X
D005d	Folgezustände und geplante Folgeeingriffe		X
D006e	Akute und chronische Krankheiten	X	
D007f	Aufnahme zur Operation/Prozedur, nicht durchgeführt		X
D008b	Verdachtsdiagnosen	X	
D009a	„Sonstige“ und „nicht näher bezeichnete“ Schlüsselnummern	X	
D010a	Kombinations-Schlüsselnummern	X	
D011d	Doppelkodierung	X	
D012i	Mehrfachkodierung	X	
D013c	Im Systematischen Verzeichnis verwendete formale Vereinbarungen		X
D014d	Im Alphabetischen Verzeichnis verwendete formale Vereinbarungen		X
D015n	Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Maßnahmen	X	

Die allgemeinen Kodierrichtlinien für Krankheiten regeln insbesondere in den angegebenen DKR die folgenden Fragen:

- Wer ist für die Kodierung verantwortlich?
  - D001a Allgemeine Kodierrichtlinien
    (s.a. Einleitung zu Version 2002, Seite VI, letzter Abschnitt)
- Welche Diagnosen/Symptome sind zu kodieren?
  - D001a Allgemeine Kodierrichtlinien, abnorme Befunde
  - D002f Hauptdiagnose
  - D003l Nebendiagnosen

- Was ist die Hauptdiagnose?
  - D002f Hauptdiagnose
- Was ist die Hauptdiagnose in besonderen Situationen?
  - D002f Hauptdiagnose
  - D007f Aufnahme zur Operation/Prozedur, nicht durchgeführt
  - D008b Verdachtsdiagnosen
- In welcher Reihenfolge sind Diagnosen anzugeben?
  - D003l Nebendiagnosen
  - D012i Mehrfachkodierung
- Wie sind Diagnosen zu kodieren?
  - D001a Allgemeine Kodierrichtlinien
  - D008b Verdachtsdiagnosen
  - D009a Sonstige und nicht näher bezeichnete Schlüsselnummern
  - D010a Kombinations-Schlüsselnummern
  - D012i Mehrfachkodierung
  - D013c Im systematischen Verzeichnis verwendete formale Vereinbarungen
  - D014d Im Alphabetischen Verzeichnis verwendete formale Vereinbarungen
- Wie oft sind Diagnosen zu kodieren?
  - D011d Doppelkodierung
- Wie sind besondere Diagnosen zu kodieren?
  - D004d Syndrome
  - D005d Folgezustände und geplante Folgeeingriffe
  - D006e Akute und chronische Krankheiten
  - D015n Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Maßnahmen

In den nun folgenden Kommentaren zu den einzelnen Kodierrichtlinien wird auf diese Fragen eingegangen.

D001a Allgemeine Kodierrichtlinien

Wirkungsbereich und Verantwortung für die Kodierung

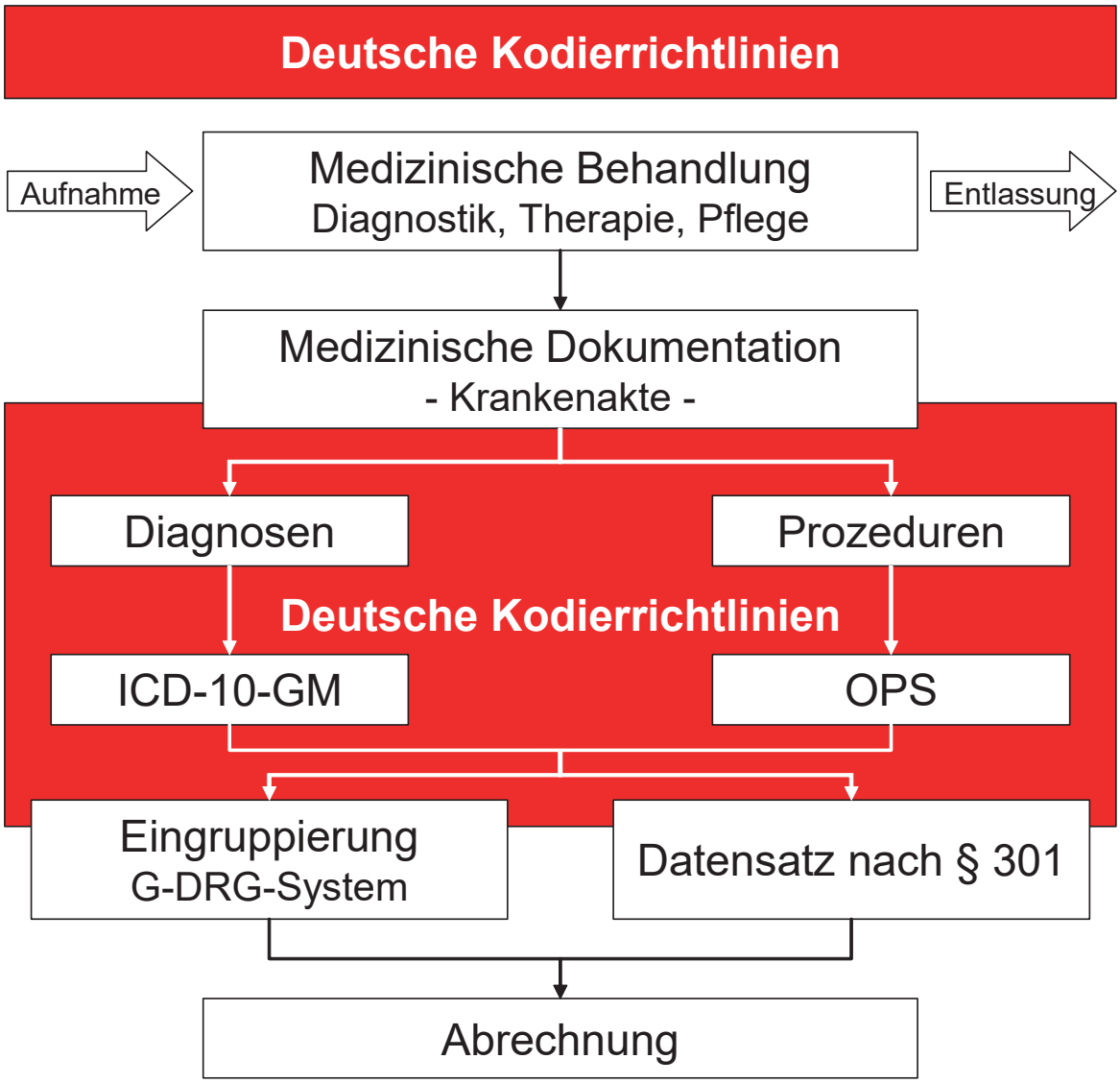

Abbildung D-1: „Wirkungsbereich“ der Deutschen Kodierrichtlinien

Zusammen mit den Aussagen in der Einleitung zu den Deutschen Kodierrichtlinien regelt diese Kodierrichtlinie die Verantwortung für die Kodierung der Diagnosen und Prozeduren und verlangt die Übereinstimmung mit der (primären) klinischen Dokumentation in der Krankenakte.

Einleitung zu Version 2002 (Seite VI unten, letzter Abschnitt):

„Die Verantwortung für die Dokumentation von Diagnosen und Prozeduren, insbesondere der Hauptdiagnose, liegt beim behandelnden Arzt, unabhängig davon ob er selbst oder eine von ihm beauftragte Person die Verschlüsselung vornimmt."

DKR D001a:

„Die Auflistung der Diagnosen bzw. Prozeduren liegt in der Verantwortung des behandelnden Arztes."

Merke: **Die Verantwortung für die Dokumentation und Kodierung der Diagnosen und Prozeduren liegt beim behandelnden Arzt, auch dann, wenn eine von ihm beauftragte Person die Dokumentation bzw. Kodierung vornimmt.**

Der „Wirkungsbereich" der Deutschen Kodierrichtlinien ist in Abbildung D-1 schematisch dargestellt. Durch die gesetzlich verankerte Aufgabe des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK), die Kodierung der stationären Behandlungsfälle zu überprüfen, ist die Übereinstimmung der Kodierung mit der primären Dokumentation in der Krankenakte sowie deren Nachvollziehbarkeit und Plausibilität sehr wichtig. Deshalb sollte die Krankenakte zu folgenden Fragen Auskunft geben können:

- Was hat den stationären Krankenhausaufenthalt veranlasst?
- War eine stationäre Behandlung erforderlich?
- Wodurch sind die gestellten Diagnosen begründet?
- Welcher Aufwand war mit jeder einzelnen Diagnose verbunden?
- Welche aufwändigen Prozeduren wurden durchgeführt?
- Warum wurden diese Prozeduren veranlasst?

Kurz und bündig: **Warum wurde Was gemacht?**

Werden diese Fragen auch im Arztbrief berücksichtigt und beantwortet, so ist der Rückgriff auf die Krankenakte bei der Einzelfallprüfung durch den MDK oft nicht nötig. Muss auf die Akte zurückgegriffen werden, so zählt für die MDK-Gutachter nur das, was in der Akte schwarz auf weiß dokumentiert wurde (Vollständigkeit!). Dies wird in dieser Kodierrichtlinie in folgendem Absatz betont:

DKR D001a:

„Die Bedeutung einer konsistenten, vollständigen Dokumentation in der Krankenakte kann nicht häufig genug betont werden. Ohne diese Art der Dokumentation ist die Anwendung aller Kodierrichtlinien eine schwierige, wenn nicht unmögliche Aufgabe."

Sich anbahnende oder drohende Krankheit

Eine sich anbahnende oder drohende Krankheit wird nur dann kodiert, wenn es dafür in der ICD-10-GM einen spezifischen Eintrag gibt. Dies ist in der **Systematik** der ICD-10-GM nur für den Begriff „drohend" und nur bei folgenden ICD-10-GM-Kodes der Fall:

G45.9-	**Zerebrale transitorische ischämische Attacke, nicht näher bezeichnet** Drohender zerebrovaskulärer Insult Spasmus der Hirnarterien Zerebrale transitorische Ischämie o.n.A.
I20.0	**Instabile Angina pectoris** Angina pectoris: • bei Belastung, erstmalig auftretend [Angina de novo] • mit abnehmender Belastungstoleranz Crescendoangina Drohender Infarkt [Impending infarction] Intermediäres Koronarsyndrom [Graybiel] Präinfarkt-Syndrom
O20.0	**Drohender Abort** Blutung mit der Angabe, dass sie durch drohenden Abort bedingt ist

In allen anderen Fällen wird eine sich anbahnende oder drohende Krankheit nicht kodiert, sondern nur die tatsächlich vorliegenden Diagnosen. Somit werden Diagnosebegriffe, wie z.B. Thromboseneigung, nicht kodiert, sondern nur eine wirklich auftretende Thrombose.

Diese Regel basiert auf dem Grundprinzip der Diagnosenkodierung, mit den ICD-Kodes den „Zustand" des Patienten zu beschreiben. Was auch den weiteren Schluss erlaubt, dass Diagnosen, die sicher ausgeschlossen sind und somit nicht vorliegen, auch nicht kodiert werden.

Das gilt auch für die Prophylaxe einer bestimmten Krankheit, obwohl dafür therapeutische Maßnahmen zur Verhütung oder Vorbeugung dieser Krankheit durchgeführt werden. Solange diese Krankheit nicht vorliegt, kann sie auch nicht kodiert werden.

D002f Hauptdiagnose

Die Bestimmung der Hauptdiagnose gehört zu den wichtigsten Aufgaben für eine korrekte Abrechnung nach dem DRG-System, da durch die Hauptdiagnose die Hauptdiagnosegruppe (MDC) bestimmt wird, die maßgeblich den weiteren Eingruppierungsprozess bestimmt. Definitionsgemäß wird die Hauptdiagnose retrospektiv als diejenige festgelegt, die maßgeblich den stationären Aufenthalt veranlasst hat.

In dieser Kodierrichtlinie werden nun die Regeln zur Auswahl der Hauptdiagnose bei Vorliegen von Diagnosen, Symptomen und oder abnormen Befunden sowie in anderen spezifischen Situationen beschrieben.

Bei der Bestimmung der Hauptdiagnose ist es sinnvoll, zwischen Regeln zur

- Auswahl von Diagnosen, Symptomen und abnormen Befunden, die überhaupt als Hauptdiagnose oder Nebendiagnose kodiert werden,
- Festlegung der Hauptdiagnose und
- Kodierung der Hauptdiagnose mit der ICD-10-GM

zu unterscheiden und prinzipiell auch in dieser Reihenfolge für die Zuweisung der Hauptdiagnose vorzugehen (siehe Tabelle D-1). Dabei sind in jedem Fall ggf. zutreffende spezielle Kodierrichtlinien zu beachten, da diese Vorrang vor den allgemeinen Kodierrichtlinien haben. Die Kodierrichtlinien selbst haben wiederum Vorrang vor den Regeln von ICD-10-GM und OPS.

Auswahl der Diagnosen, Symptome und Befunde zur Kodierung

Bei der Auswahl der „Kandidaten“ für die Hauptdiagnose und Nebendiagnosen sind Diagnosen, Symptome, abnorme Befunde und andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen, zu betrachten.

Im Regelfall ist zur Klärung der Frage **„Was wird überhaupt kodiert?“** folgendes zu beachten:

A. Für das DRG-System sind nur Diagnosen, Symptome und abnorme Befunde mit Ressourcenverbrauch relevant (siehe DKR *D003l Nebendiagnosen*). Die Größe des Ressourcenverbrauchs ist dabei in den Kodierrichtlinien nicht näher spezifiziert, so dass ein „Aufwand > 0“ die Kodierung mit einer entsprechenden Begründung im Arztbrief bzw. in der medizinischen Dokumentation rechtfertigt. Das gilt auch, wenn z.B. eine diagnostische oder therapeutische Maßnahme mehrere Diagnosen bzw. Symptome betrifft, und es dafür keine Sonderregelung in den DKR gibt (siehe DKR *D003l Nebendiagnosen*, *Beispiel 1*).

Wo finde ich Was in den Deutschen Kodierrichtlinien?		
Aktivität	**Fragestellung/Problem**	**DKR**
Auswahl von Diagnosen, Symptomen und Befunden	Zuweisung der zugrunde liegenden Krankheit als Hauptdiagnose (Symptom als Nebendiagnose)	D002f
	Zuweisung eines Symptoms als Hauptdiagnose	D002f
	Nebendiagnosen	D003l
	Symptom als Nebendiagnose	D003l
	Abnorme Befunde	D003l
Festlegung der Haupt-diagnose	Definition	D002f
	Zuweisung der zugrunde liegenden Krankheit als Hauptdiagnose	D002f
	Zuweisung eines Symptoms als Hauptdiagnose	D002f
	Schlüsselnummern für Symptome, Befunde und ungenau bezeichnete Zustände	D002f
	Zwei oder mehr Diagnosen, die gleichermaßen der Definition der Hauptdiagnose entsprechen	D002f
	Schlüsselnummern aus Z03.0 bis Z03.9: Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen, Verdacht ausgeschlossen	D002f
	Interne Verlegung zwischen Abteilungen nach BPflV und KHEntgG	D002f
	Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus	D002f
	Rückverlegungen aus anderen Krankenhäusern	D002f
	Geplanter Folgeeingriff	D005d
	Aufnahme zur Operation/Prozedur, nicht durchgeführt	D007f
	Verdachtsdiagnosen	D008b
	Restzustand oder Art von Folgezuständen	D005d
Kodierung der Haupt-diagnose	Akute und chronische Krankheiten	D006e
	Doppelkodierung	D011d
	Mehrfachkodierung	D012i
	Kreuz-Stern-System	D012i
	Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Maßnahmen	D015n

Tabelle D-1: Kodierrichtlinien und -regeln in Verbindung mit der Haupt-diagnose (Übersicht)

B. Diagnosen haben Vorrang vor Symptomen und abnormen Befunden. Bei der Festlegung der Hauptdiagnose werden Symptome und ggf. abnorme Befunde, die eindeutig und unmittelbar mit der zugrunde liegenden Krankheit vergesellschaftet sind, nicht kodiert.

C. Symptome, die die Definition für Nebendiagnosen erfüllen, also das Patientenmanagement beeinflusst und Ressourcen verbraucht haben, werden wie Nebendiagnosen behandelt (siehe auch DKR *D003I Nebendiagnosen*).

D. Abnorme Befunde werden nur dann zusätzlich kodiert,

- wenn sie nicht eindeutige und unmittelbare Folge der Hauptdiagnose sind (siehe Punkt B) und
- wenn sie eine **klinische Bedeutung** im Sinne einer **weiterführenden Diagnostik** und/oder einer **therapeutischen Konsequenz** haben. Eine alleinige Kontrolle des abnormen Befundes reicht zur Kodierung nicht aus (siehe DKR *D003I Nebendiagnosen*).

E. Liegen keine Symptome und/oder pathologischen Befunde vor und erfolgt die stationäre Aufnahme nur deshalb, weil behandlungsbedürftige Symptome auftreten könnten, so handelt es sich um einen Beobachtungsfall, der mit einem entsprechenden ICD-10-GM-Kode aus *Z03.– Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen, Verdacht ausgeschlossen* bzw. *Z04.– Untersuchung und Beobachtung aus sonstigen Gründen* verschlüsselbar ist.

F. Weitere ICD-Kodes für Anlässe einer stationären Behandlung finden sich in der ICD-10-GM im *Kapitel XXI Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen*.

Festlegung der Hauptdiagnose

Mit der Veröffentlichung und verbindlichen Einführung der Deutschen Kodierrichtlinien wurde auch die wörtlich übersetzte Hauptdiagnosendefinition des australischen DRG-Systems (AR-DRG) übernommen.

DKR D002f:

„Die Hauptdiagnose wird definiert als:

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

Der Begriff „nach Analyse" bezeichnet die Evaluation der Befunde am Ende des stationären Aufenthaltes, um diejenige Krankheit festzustellen, die hauptsächlich verantwortlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes war. Die dabei evaluierten

> Befunde können Informationen enthalten, die aus der medizinischen und pflegerischen Anamnese, einer psychiatrischen Untersuchung, Konsultationen von Spezialisten, einer körperlicher Untersuchung, diagnostischen Tests oder Prozeduren, chirurgischen Eingriffen und pathologischen oder radiologischen Untersuchungen gewonnen wurden. Für die Abrechnung relevante Befunde, die nach der Entlassung eingehen, sind für die Kodierung heranzuziehen.
>
> Die nach Analyse festgestellte Hauptdiagnose muss nicht der Aufnahmediagnose oder Einweisungsdiagnose entsprechen."

Diese Definition steht im Gegensatz zur bis zur Einführung des DRG-Systems geltenden WHO-Definition der Hauptdiagnose, bei der diejenige Diagnose als Hauptdiagnose auszuwählen war, die den größten Ressourcenverbrauch erforderte. Im Vorfeld der DRG-Einführung hat die neue Definition der Hauptdiagnose eine umfangreiche Diskussion ausgelöst, auf die hier nicht näher eingegangen wird.

Der eindeutige Bezug der Hauptdiagnosendefinition mit der Frage „Was hat den stationären Aufenthalt veranlasst?" ist demnach sinnvollerweise bei der Dokumentation der Aufnahmesituation und der Aufnahmediagnosen zu berücksichtigen.

Kommt es während der stationären Behandlung zu neu auftretenden Krankheiten ohne Zusammenhang mit der ursprünglichen Krankheit (z.B. ein Myokardinfarkt nach elektiver Cholezystektomie bei Cholezystolithiasis) oder zu aufwändigen Komplikationen (z.B. Sepsis nach Cholezystektomie), so dürfen diese neu auftretenden Krankheiten nur als Nebendiagnosen kodiert werden, egal wie aufwändig die Behandlung derselben war. Dieser zusätzliche Aufwand wird im DRG-System einerseits bei bestimmten weiter unterteilten Basis-DRGs durch eine Eingruppierung in eine höherwertige DRG und andererseits bei Erreichen bestimmter Merkmale für die Prä-MDC, wie z.B. eine Beatmungszeit über 96 Stunden, über entsprechend hoch bewertete DRGs aus der Prä-MDC berücksichtigt. Unverzichtbar dafür ist die komplette Dokumentation aller Nebendiagnosen und Prozeduren.

Nachtragsbefunde

> „Für die Abrechnung relevante Befunde, die nach der Entlassung eingehen, sind für die Kodierung heranzuziehen."

Das bedeutet in der Praxis, dass Nachtragsbefunde, die die Abrechnung verändern, in den Dokumentations-, Kodierungs- und Abrechnungsprozess eingepflegt werden müssen. Da ein Zeitraum hierfür nicht angeben ist, gilt diese Regelung immer.

Bei der Festlegung der Hauptdiagnose anhand des Aufnahmeanlasses ist es wichtig, zwischen Einweisung und Aufnahme zu unterscheiden. Dabei helfen folgende Fragen:

Einweisung: Warum ging der Patient ins Krankenhaus? bzw.
Warum wurde der Patient ins Krankenhaus eingeliefert?

Aufnahme: Warum wurde der Patient im Krankenhaus **behalten**?
Salopp: „Warum wurde der Patient ins Bett gelegt?“

Die Einweisung beschreibt die Situation vor der Krankenhausaufnahme. Die Aufnahme beschreibt die Situation im Krankenhaus. In Verbindung mit der neuen Hauptdiagnosendefinition ist es daher ratsam, die Aufnahmegründe sorgfältig festzulegen und zu dokumentieren (siehe Beispiele BD.01 bis BD.04).

Merke:

Die Hauptdiagnose wird am Ende des stationären Aufenthaltes festgelegt.

Als Hauptdiagnose ist diejenige Diagnose auszuwählen, die hauptsächlich den stationären Aufenthalt veranlasst hat.

Die Hauptdiagnose gilt für den gesamten Krankenhausaufenthalt.

Während der Behandlung neu auftretende Krankheiten und Komplikationen sind als Nebendiagnosen zu kodieren, egal wie groß der Ressourcenverbrauch dafür war.

Abrechnungsrelevante Nachtragsbefunde sind einzupflegen.

In den nachfolgenden Beispielen werden bewusst keine Schlüsselnummern aus der ICD-10-GM angegeben, da es hier um die inhaltliche Festlegung der Hauptdiagnose geht.

Beispiel BD.01
Ein Patient mit bekannter Cholezystolithiasis wird zur elektiven Cholezystektomie stationär aufgenommen.

Hauptdiagnose:
Cholezystolithiasis

Beispiel BD.02
Ein 7-jähriges Mädchen stürzt mit dem Fahrrad, zieht sich eine Kopfplatzwunde zu, ist wenige Sekunden bewusstlos und wird ins Krankenhaus eingeliefert. Bei der chirurgischen Versorgung der Kopfplatzwunde stellt der Arzt eine retrograde Amnesie für das Unfallereignis fest und veranlasst die stationäre Aufnahme wegen einer Commotio cerebri.

Hauptdiagnose:
Commotio cerebri
Nebendiagnose(n):
Kopfplatzwunde

Beispiel BD.03
Ein 76-jähriger Patient wird morgens wegen eines einseitigen Leistenbruchs elektiv stationär aufgenommen. Am Abend erleidet der Patient einen Hinterwandinfarkt, wird notfallmäßig versorgt und anschließend in die Innere Medizin verlegt.

Hauptdiagnose:
Hernia inguinalis, einseitig
Nebendiagnose(n):
Akuter Myokardinfarkt der Hinterwand

Beispiel BD.04
Eine 85-jährige Frau stürzt und wird mit einer Humerusschaftfraktur ins Krankenhaus eingeliefert. Nach chirurgischer Erstversorgung der Fraktur in der chirurgischen Notfallambulanz mit Anlage eines Gipsverbandes wird die Patientin zur Abklärung der Operabilität anschließend von einem Internisten untersucht. Dabei finden sich deutliche Zeichen einer ischämischen Herzkrankheit, so dass der Internist die stationäre Aufnahme auf einer kardiologischen Station veranlasst. Bei den weiteren Untersuchungen findet sich neben anderen Diagnosen eine atherosklerotische 2-Gefäßerkrankung, die mit einem ACVB operativ behandelt wird.

Hauptdiagnose:
Atherosklerotische Herzkrankheit
Nebendiagnose(n):
Humerusschaftfraktur

Sind unter Berücksichtigung der Aufnahmesituation aus den Diagnosen, Symptomen und Befunden die „Kandidaten“ für die Hauptdiagnose bestimmt, so erfolgt die weitere Festlegung der Hauptdiagnose mit Abgrenzung zwischen Diagnose, Symptom und Beobachtungsfall nach dem Flussdiagramm in Abbildung D-2.

In diesem Flussdiagramm sind die Aussagen folgender Abschnitte der DKR *D002f Hauptdiagnose* berücksichtigt:

- Zuweisung der zugrunde liegenden Krankheit als Hauptdiagnose
- Schlüsselnummern für Symptome, Befunde und ungenau bezeichnete Zustände
- Schlüsselnummern aus Z03.0 bis Z03.9 für ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen, Verdacht ausgeschlossen

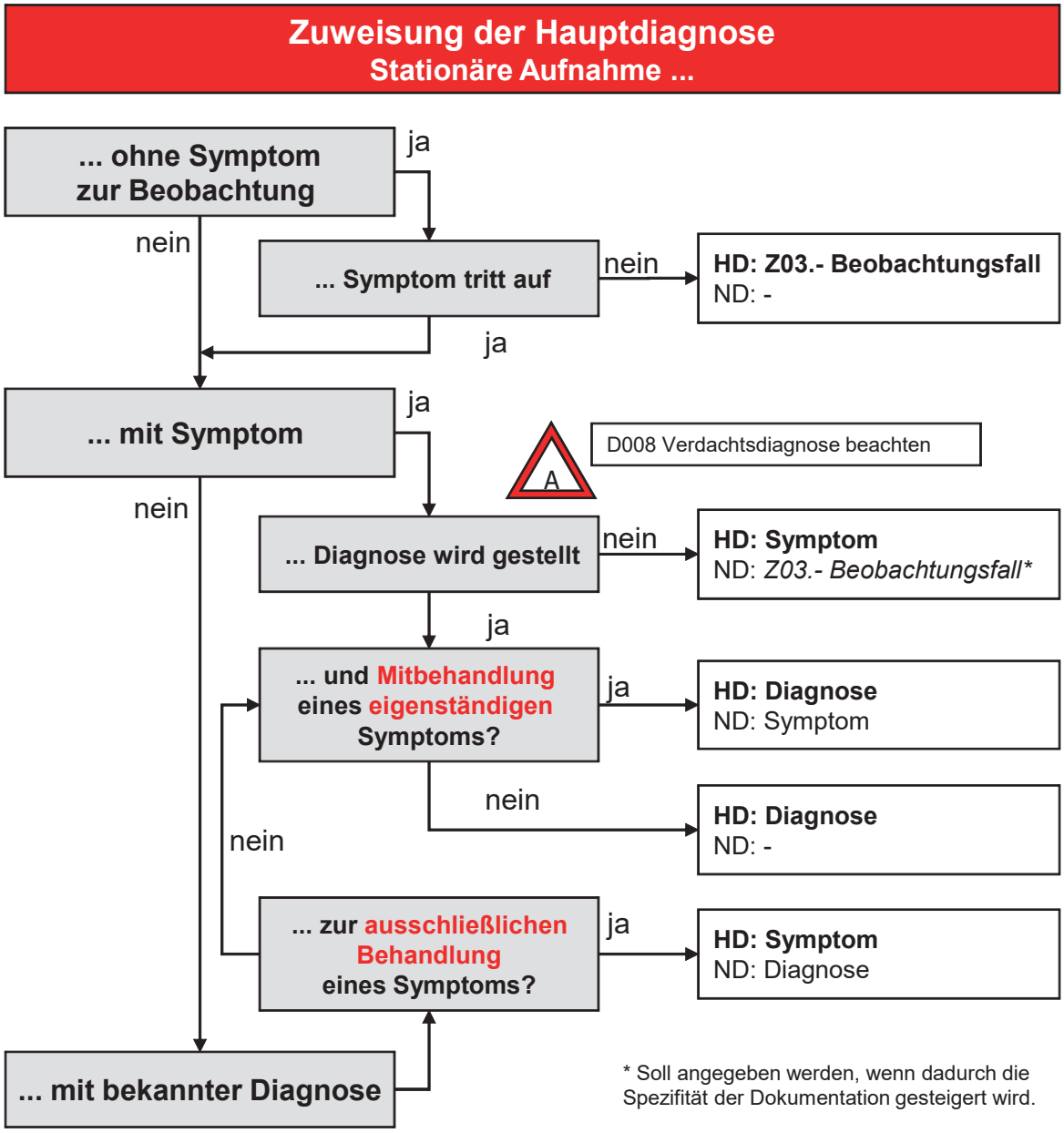

Abbildung D-2: Flussdiagramm Zuweisung der Hauptdiagnose

Kann bei gegebener Symptomatik am Ende eines stationären Aufenthaltes eine Diagnose weder mit Sicherheit bestätigt noch mit Sicherheit ausgeschlossen werden, so ist für diese Situation die DKR *D008b Verdachtsdiagnosen* anzuwenden.

Merke: **Für die Zuweisung der Hauptdiagnose gilt: Diagnose vor Symptom vor Beobachtung.**

Wird ausschließlich ein Symptom behandelt, so wird das Symptom zur Hauptdiagnose.

Ist eine Diagnose weder sicher bestätigt noch sicher ausgeschlossen, so ist DKR *D008b Verdachtsdiagnosen* zu beachten.

Hauptdiagnose bei mehreren Diagnosen bzw. Symptomen

In der bisherigen Darstellung und in Abbildung D-2 ist der vereinfachte Fall dargestellt, dass nur eine Diagnose bzw. ein Symptom als Kandidat für die Hauptdiagnose in Frage kommt. In der Praxis ist die Hauptdiagnose oft aus mehreren Diagnosen bzw. Symptomen auszuwählen.

In dem Abschnitt *„Zwei oder mehr Diagnosen, die gleichermaßen der Definition der Hauptdiagnose entsprechen“* der DKR *D002f Hauptdiagnose* wird festgelegt, dass in solchen Situationen die Auswahl und Festlegung der Hauptdiagnose **durch den behandelnden Arzt** erfolgt. Wenn mehrere Diagnosen bzw. Symptome gleichermaßen die Kriterien der Definition der Hauptdiagnose erfüllen, soll diejenige Diagnose bzw. dasjenige Symptom ausgewählt werden, die bzw. das für die Untersuchung und/oder Behandlung die meisten Ressourcen verbraucht hat (siehe Beispiel BD.05). Bei der Auswahl der Hauptdiagnose ist es dabei unerheblich, ob die auswählbaren Diagnosen miteinander verwandt sind oder nicht.

Merke: **Bei mehreren Diagnosen/Symptomen, die als Hauptdiagnose in Frage kommen, wählt der behandelnde Arzt die Hauptdiagnose anhand des Ressourcenverbrauchs aus.**

Beispiel BD.05
Eine 82-jährige multimorbide Frau wird mit einem entgleisten Diabetes mellitus, einer dekompensierten Herzinsuffizienz, einer Hypertonie und einer Infektexazerbation bei chronisch obstruktiver Bronchitis stationär aufgenommen. Der pulmonale Infekt wird mit einem teuren Breitbandantibiotikum behandelt. Die anderen Diagnosen werden medikamentös behandelt.

Bei Entlassung legt der behandelnde Arzt aufgrund des Ressourcenverbrauchs die Hauptdiagnose fest.

Hauptdiagnose:
Chronisch obstruktive Lungenkrankheit mit Infektexazerbation
Nebendiagnose(n):
Dekompensierte Herzinsuffizienz
Diabetes mellitus, entgleist
Hypertonie

Festlegung der Hauptdiagnose in besonderen Situationen

In weiteren Abschnitten der DKR *D002f Hauptdiagnose* und weiteren, anderen allgemeinen Kodierrichtlinien, wird die Festlegung der Hauptdiagnose in besonderen Situationen geregelt:

„Verdacht auf …“ bzw. „Ausschluss von …“

Sehr häufig erfolgt eine stationäre Aufnahme zur Abklärung von Verdachtsdiagnosen oder zum Ausschluss von Diagnosen. Während Verdachtsdiagnosen und auszuschließende Diagnosen im engeren Sinne Arbeitsdiagnosen des behandelnden Arztes sind, verlangt das DRG-System aber als Hauptdiagnose eine kodierte Diagnose bzw. ein kodiertes Symptom oder den Kode für einen pathologischen Befund als Zustandbeschreibung des Patienten, der Anlass der stationären Behandlung war. Also das was er wirklich hat und nicht die Diagnosen, die vom behandelnden Arzt entweder vermutet oder gar schon ausgeschlossen wurden. Das folgende Diagramm erläutert die Festlegung der Hauptdiagnosen bei „Verdacht auf …“ bzw. „Ausschluss von …“

Insofern muss hier zwischen Verdachtsdiagnosen als Arbeitsdiagnosen des behandelnden Arztes und den Verdachtsdiagnosen im Sinne der Kodierrichtlinien unterschieden werden (siehe nächsten Abschnitt).

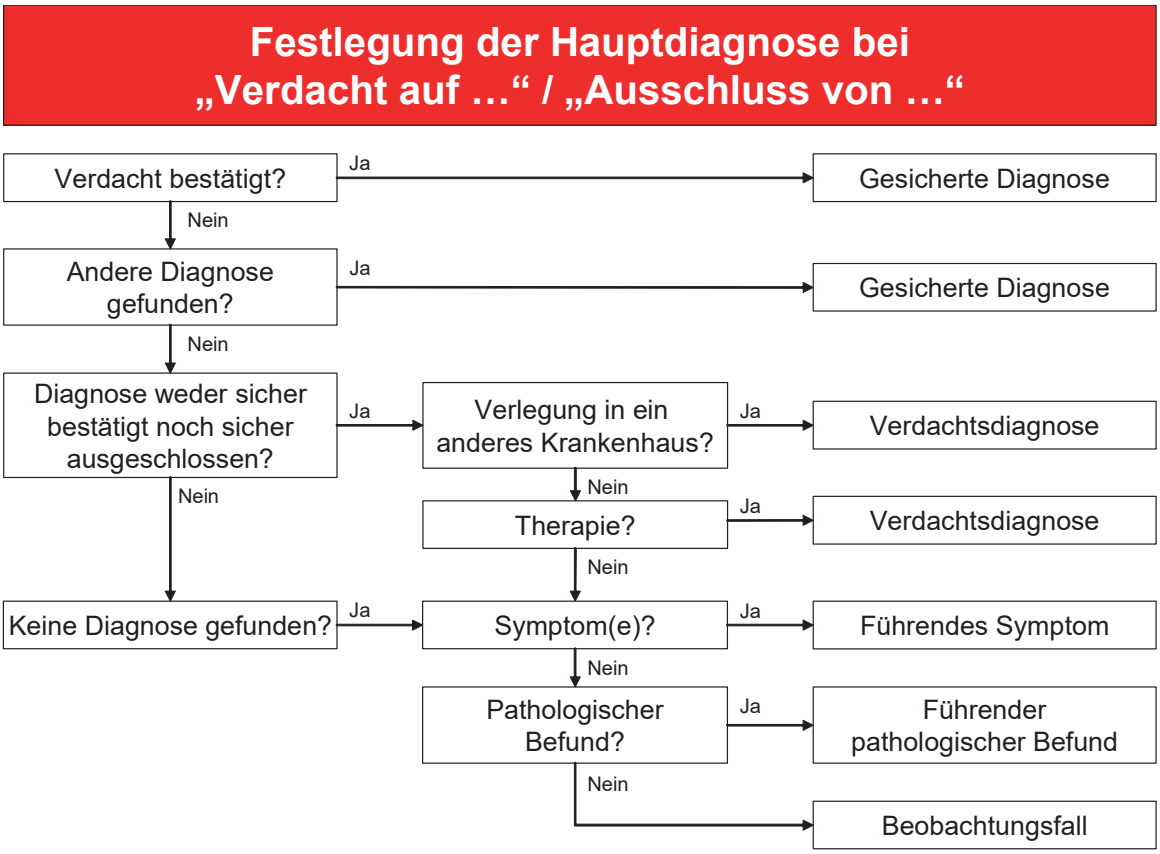

Abbildung D-3: Festlegung der Hauptdiagnose bei „Verdacht auf …“ bzw. „Ausschluss von …“

Verdachtsdiagnose im Sinne der Kodierrichtlinien

Ist am Ende des stationären Aufenthaltes die in Frage kommende Hauptdiagnose **weder sicher bestätigt noch sicher ausgeschlossen** und somit nur eine „Verdachtsdiagnose“, so ist diese als Hauptdiagnose zu verwenden, wenn entweder eine spezifische Therapie mit Entlassung nach Hause durchgeführt oder der Patient in ein anderes Krankenhaus verlegt wurde. In allen anderen Fällen ist das führende Symptom als Hauptdiagnose zu kodieren. (Siehe DKR *D008b Verdachtsdiagnose*).

Beobachtungsfälle

Bei Beobachtungsfällen erfolgt zunächst die stationäre Aufnahme eines Patienten, ohne dass er Symptome hat, weil der Verdacht besteht, dass sich behandlungsbedürftige Krankheitszeichen aufgrund eines Ereignisses vor dem stationären Aufenthalt (z.B. fragliche Intoxikation eines Kleinkindes oder Stromunfall eines Elektrikers) entwickeln können. Falls keine Symptome auftreten, sich der Krankheitsverdacht nicht bestätigt und auch keine Therapie durchgeführt wurde (also reine Beobachtung), so ist als Hauptdiagnose ein Kode aus *Z03.– Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen, Verdacht ausgeschlossen* zuzuweisen. Falls eine

Therapie durchgeführt wurde, ist der Fall nach DKR *D008b Verdachtsdiagnose* zu verschlüsseln.

Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Maßnahmen

Dieser Absatz wurde 2013 aus der DKR *D002f Hauptdiagnose* gestrichen und in eine eigene Kodierrichtlinie überführt. Dabei wurden die bisher gültigen Aussagen für die Hauptdiagnose unverändert auf die Kodierung von Nebendiagnosen für Erkrankungen und Störungen nach medizinischen Maßnahmen erweitert (siehe DKR *D015n Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Maßnahmen*).

Nicht ausgeführte ursprünglich geplante Operation

Eine Modifikation eines geplanten Behandlungsablaufs zur Durchführung einer Operation, z.B. Absetzen der geplanten Operation (egal aus welchen Gründen), hat keinen Einfluss auf die Festlegung der Hauptdiagnose. Damit bleibt diejenige Diagnose, die Indikation für die geplante Operation ist, Hauptdiagnose. (Siehe DKR *D007f Aufnahme zur Operation/Prozedur, nicht durchgeführt).*

Behandlung einer akuten Verletzung/Verbrennung

Laut DKR *D005d Folgezustände und geplanter Folgeeingriff* ist sowohl für die initiale als auch für alle **geplanten** nachfolgenden Behandlungen einer aktuellen Verletzung bzw. Verbrennung der Kode für die Verletzung/Verbrennung (weiterhin) als Hauptdiagnose zu verwenden. Somit zählt z.B. die Metallentfernung nach Fraktur weiterhin als Behandlung der Fraktur, da dieses Vorgehen zum „geplanten“ Therapieablauf bei Osteosynthese gehört. Gleiches gilt für wiederholte Narbenkorrekturen nach Verletzung/ Verbrennung bis zum Abschluss der Behandlung.

Für danach auftretende, **nicht geplante** weitere Behandlungen ist die Hauptdiagnose dann anhand des Aufnahmeanlass festzulegen.

Geplanter Folgeeingriff

Laut DKR *D005d Folgezustände und geplanter Folgeeingriff* ist auch bei einer (geplanten) Aufnahme zu einer zweiten oder weiteren Operation nach einem Ersteingriff, die zum Zeitpunkt des Ersteingriffs im Rahmen der Gesamtbehandlung bereits als Folgeeingriff geplant war, die ursprüngliche Krankheit als Hauptdiagnose zu kodieren. Das gilt auch dann, wenn die ursprüngliche Krankheit nicht mehr vorhanden ist.

Interne Verlegung zwischen Abteilungen nach BPflV und KHEntgG

Dieser Abschnitt regelt die Festlegung der Hauptdiagnose für eine nicht unterbrochene Gesamtbehandlung, die sich in einem Krankenhaus über mehrere Fachabteilungen mit internen Verlegungen erstreckt. Hier ist erst am Ende des gesamten Krankenhausaufenthaltes die Hauptdiagnosendefinition auf diejenigen Diagnosen/Symptome/Befunde anzuwenden, die hauptsächlich für die Veranlassung der stationären Aufnahme in die erste mit DRGs abrechnende Fachabteilung verantwortlich sind. Dies gilt auch, wenn der Patient mehrfach zwischen Abteilungen nach BPflV (z.B. Psychiatrie) und KHEntgG (z.B. Innere Medizin, Chirurgie) verlegt wurde. In gleicher Art und Weise ist auch ab 2018 vorzugehen, wenn psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen ihre Behandlungsfälle nach dem PEPP-System abrechnen.

Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus und Rückverlegungen aus anderen Krankenhäusern

Dieser Abschnitt regelt die Festlegung der Hauptdiagnose bei Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus oder für eine nicht unterbrochene Gesamtbehandlung, die sich über mehrere Krankenhäuser mit Rückverlegung ins ursprünglich erstbehandelnde Krankenhaus erstreckt. Falls die zeitlich getrennten Aufenthalte zusammengeführt und mit einer DRG abgerechnet werden, so ist auch hier und zwar erst am Ende des zweiten bzw. gesamten Krankenhausaufenthaltes die Hauptdiagnosendefinition auf diejenigen Diagnosen/ Symptome/Befunde anzuwenden, die hauptsächlich für die Veranlassung der ersten stationären Aufnahme in das erstbehandelnde Krankenhaus verantwortlich sind. Die Regelungen und Kriterien für Fallzusammenführungen finden sich in der Fallpauschalenordnung (FPV).

Kodierung der Hauptdiagnose

Nach der inhaltlichen Festlegung und Fixierung der Hauptdiagnose muss diese mit der ICD-10-GM verschlüsselt werden. Bei der Kodierung müssen neben der primären Kodierung der Hauptdiagnose noch folgende Besonderheiten, Regeln der ICD-10-GM und Kodierrichtlinien beachtet werden:

Restzustände oder Folgezustände

Restzustände oder Folgezustände sind aktuelle Krankheiten, die durch eine frühere Krankheit verursacht sind, wie z.B. eine spastische Hemiplegie als Folge eines vor Jahren erfolgten Schlaganfalls. Werden in einem aktuellen stationären Aufenthalt die Folgezustände behandelt, hier also die spastische Hemiplegie, so sind zunächst die ICD-Kodes für die behandel-

ten Folgezustände anzugeben. (Hier: *G81.1 Spastische Hemiparese und Hemiplegie*). Erst danach darf ein ICD-Kode (üblicherweise mit einem Text „Folge(n) von …“) angegeben werden, der ausdrückt, dass der aktuell behandelte Zustand Folge einer früheren Krankheit ist. (Hier: *I69.4 Folgen eines Schlaganfalls, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet*). Weitere Informationen dazu finden sich in der DKR *D005d Folgezustände und geplante Folgeeingriffe.*

Akute und chronische Krankheiten

Die Kodierung von Krankheiten, bei denen sowohl die akute als auch die chronische Form derselben Krankheit gleichzeitig vorliegen, erfolgt anhand der Möglichkeiten von ICD-Kodes für die Hauptdiagnose in folgender Priorität:

- Kombinationsschlüsselnummer für die akute mit gleichzeitig vorliegender chronischer Form der Krankheit (siehe DKR *D010a Kombinationsschlüsselnummern*)
- ICD-Kode, der sowohl die akute als auch die chronische Form der Krankheit repräsentiert.
- In allen anderen Fällen sind der ICD-Kode für die akute Form als Hauptdiagnose und der ICD-Kode für die chronische Form als Nebendiagnose anzugeben.

Näheres dazu wird in DKR *D006e Akute und chronische Krankheiten* ausführlich dargestellt.

Doppelkodierung (Krankheiten mit beidseitiger Manifestation)

Hierbei geht es um die Kodierung von Krankheiten, die sich beidseitig manifestieren. Da ein ICD-Kode nur einmal im Datensatz angegeben werden darf, ist zunächst zu prüfen, ob es einen spezifischen ICD-Kode für die beidseitige Erkrankung gibt. Falls ja, ist dieser zu verwenden (z.B. *M16.6 Sonstige sekundäre Koxarthrose, beidseitig*). Anderenfalls ist zunächst der Kode für die Krankheit anzugeben und dieser kann dann optional durch das Zusatzkennzeichen „B“ für „beidseitig“ näher spezifiziert werden. Näheres dazu findet sich in der DKR *D011d Doppelkodierung*.

Kreuz-Stern-System

Führt die spezifische Verschlüsselung der Hauptdiagnose auf einen ICD-Kode, der am Ende mit einem Stern („*“) als Manifestationskode gekennzeichnet ist, so muss dieser Stern-Kode immer durch einen Kreuz-Kode („†“) für die Ätiologie ergänzt werden. Anschließend sind zuerst der Kreuz-Kode als Hauptdiagnose und dann der Stern-Kode als Nebendiagnose anzugeben.

Führt umgekehrt die spezifische Verschlüsselung der Hauptdiagnose auf einen ICD-Kode, der am Ende mit einem Kreuz („†“) als Ätiologiekode gekennzeichnet ist, so darf dieser Kreuz-Kode nur dann durch einen oder mehrere in der ICD-10-GM zugeordnete Stern-Kodes („*“) für die Manifestation ergänzt werden, wenn jeder dieser Stern-Kodes die Nebendiagnosendefinition erfüllt (siehe auch DKR *0401h Diabetes mellitus*). Auch hier sind zuerst der Kreuz-Kode als Hauptdiagnose und dann die Stern-Kodes als Nebendiagnosen anzugeben. Somit kann eine Stern-Schlüsselnummer nie Hauptdiagnose sein.

Eine genaue Erklärung zum Kreuz-Stern-System findet sich DKR *D012i Mehrfachkodierung*.

Ausrufezeichenkodes

In der ICD-10-GM sind bestimmte ICD-Kodes mit einem Ausrufezeichen als sekundäre Schlüsselnummern gekennzeichnet. Das bedeutet, dass diese Ausrufezeichenkodes nicht alleine, sondern nur in Verbindung mit einer medizinisch dazu passenden primären Schlüsselnummer (kein Kennzeichen oder ein Kreuz („†“) als Kennzeichen) verwendet werden dürfen. Alle für das DRG-System relevanten Ausrufezeichenkodes sind in Tabelle 2 in der DKR *D012i Mehrfachkodierung* aufgeführt. Die zusätzliche Angabe dieser Ausrufezeichenkodes ist bei Vorliegen bestimmter Diagnosen obligat vorgeschrieben. Viele davon sind CCL-relevant und beeinflussen die Eingruppierung des Behandlungsfalls in eine höherwertige DRG.

Eine genaue Erklärung zu den Ausrufezeichenkodes findet sich DKR *D012i Mehrfachkodierung*.

Merke: **Die korrekte Bestimmung der Hauptdiagnose bestimmt maßgeblich den Eingruppierungsprozess im DRG-System.**

1. **Bestimme die Auswahl der Diagnosen und Symptome, die hautpsächlich den stationären Aufenthalt veranlasst haben.**
2. **Lege die Hauptdiagnose inhaltlich fest.**
3. **Kodiere die Hauptdiagnose.**
4. **Beachte die o.g. Besonderheiten und ergänze ggfs. zusätzlich benötigte Nebendiagnosen.**

D003I Nebendiagnosen

In den deutschen Kodierrichtlinien werden Nebendiagnosen wie folgt definiert:

DKR D003I:

> **„Eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt.**
>
> Für Kodierungszwecke müssen Nebendiagnosen als Krankheiten interpretiert werden, die das Patientenmanagement in der Weise beeinflussen, dass irgendeiner der folgenden Faktoren erforderlich ist:
>
> - therapeutische Maßnahmen
> - diagnostische Maßnahmen
> - erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand
>
> Bei Patienten, bei denen einer dieser erbrachten Faktoren auf mehrere Diagnosen (entweder Hauptdiagnose und Nebendiagnose(n) oder mehrere Nebendiagnosen) ausgerichtet ist, können alle betroffenen Diagnosen kodiert werden. Somit ist es unerheblich, ob die therapeutische(n)/diagnostische(n) Maßnahme(n) bzw. der erhöhte Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand auch in Bezug auf die Hauptdiagnose geboten waren.“

Im ersten Abschnitt der Definition wird festgelegt, dass sämtliche Krankheiten und Beschwerden, die zusammen mit der Hauptdiagnose bestehen (Ko- und Multimorbidität) als auch sämtliche Krankheiten, die sich während des stationären Aufenthaltes entwickeln (Neu- und Sekundärerkrankungen, Komplikationen) als Nebendiagnosen zu betrachten sind.

Zu kodierende Nebendiagnosen

Kodiert werden nur solche **Nebendiagnosen**, die das Patientenmanagement gemäß den Kriterien der Definition beeinflusst haben. Dabei gibt es keine strengen Kriterien für die Größe des damit verbundenen Aufwandes; d.h. der **Ressourcenverbrauch** muss nur **„größer Null“** sein. Wie in den Beispielen in DKR *D003I Nebendiagnosen* ausgeführt, genügt z.B. zur Kodierung einer Depression die Gabe von Medikamenten (therapeutischer Aufwand) oder für die Kodierung eines mit Diät behandelten Diabetes mellitus die tägliche Blutzuckerkontrolle (diagnostischer Aufwand).