

Markus Thalheimer

Kodierleitfaden für die Viszeralchirurgie 2024

von

Dr. Markus Thalheimer

Anschriften des Autors:
Dr. med. Markus Thalheimer
Universitätsklinikum Heidelberg
Geschäftsbereich Erlösmanagement
Im Neuenheimer Feld 672
69120 Heidelberg
markus.thalheimer@med.uni-heidelberg.de

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-98800-046-0

© 2024 medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg
www.medhochzwei-verlag.de

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Satz: Reemers Publishing Services GmbH, Krefeld
Umschlaggestaltung: kreativmedia KONZEPTION & DESIGN, Hückelhoven
Titelbild: Florian Augustin/Shutterstock.com

Vorwort 2024

Der Kodierleitfaden richtet sich als Ergänzung und Interpretation der verbindlichen allgemeinen und speziellen Deutschen Kodierrichtlinien, dem ICD-Katalog und dem OPS-Katalog an alle, die sich in der Viszeralchirurgie mit dem DRG-System und der Kodierung von Diagnosen und Prozeduren befassen. Dabei gehen wir auf das gesamte Spektrum der Viszeralchirurgie von Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes über Leber- und Pankreaserkrankungen bis hin zu Organtransplantationen ein.

Eine viszeralchirurgische Abteilung sollte in ihrer Dokumentation einen hohen Stellenwert auf Genauigkeit und Verständlichkeit legen. Dies bedeutet kurz gesagt: „Keine Diagnose ohne dokumentierten Mehraufwand kodieren und keine Prozedur ohne Durchführung verschlüsseln!“ Folgt man dieser Aussage, dann umgeht man somit den größten Fehler der Kodierung. Allerdings ersetzt das DRG-System weder die medizinische Diagnostik und Therapie noch wurden der ICD-Katalog und der OPS-Katalog ursprünglich zu Abrechnungszwecken entworfen.

Sie finden in diesem Kodierleitfaden allgemeine und spezielle Regeln zur Kodierung unter besonderer Berücksichtigung und Interpretation der viszeralchirurgischen Sachverhalte. Ziel ist es, eine sachgerechte und einheitliche Kodierung viszeralchirurgischer Fälle zu ermöglichen.

Die Kodierung und Vergütung in der Abdominalchirurgie erfuhr für 2024 erneut Veränderungen, die in diesem Leitfaden alle dargestellt sind. Schwerpunkt der klassifikatorischen Überarbeitung des Systems lag nun nicht mehr wie in den Vorjahren auf der Implementierung von COVID-19-Fällen in die Vergütung, sondern in der Einführung der Hybrid-DRGs. Dies betrifft in der Viszeralchirurgie Hernieneingriffe und die Entfernung eines Sinus pino-lidalis. Für die nächsten Jahre ist jedoch mit einer Erweiterung der Hybrid-DRGs zu rechnen. In der Abdominalchirurgie waren Umbauten in der Basis-DRG H08 (laparoskopische Cholezystek-

tomie) Schwerpunkt. Dies war auch einem Schlichtungsspruch des Bundesschlichtungsausschusses zu diesem Thema im Jahr 2023 geschuldet. Ansonsten erfolgten Veränderungen in der Basis-DRG G18 Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm. Für abdominalchirurgische Eingriffe (vor allem G12, H06 und G26) finden sich weitere Detailveränderungen.

Alle diese Veränderungen, auch in der CCL-Matrix, den DKR sowie bei neuen Diagnose- und Prozedurenkodes, werden ausführlich erläutert. Wir hoffen, Ihnen die praktische Arbeit zur leistungsgerechten Kodierung mit diesem Kodierleitfaden zu erleichtern. Die Themenauswahl erfolgte für die erste Auflage aus der langjährigen Erfahrung der Autoren mit dem DRG-System in diesem Fachgebiet. Die hier vorliegende 7. Auflage berücksichtigt zusätzlich Vorschläge der Nutzer und wurde nach dem DRG-Katalog 2024 vollständig überarbeitet. Zusätzlich wurden die Entscheidungen der SEG 4 des MD und des Bundesschlichtungsausschusses (SAB) zu viszeralchirurgischen Fragestellungen (z. B. zur Adhäsiolektomie oder Cholezystektomie) berücksichtigt.

Gewünscht sind weiterhin ausdrücklich konstruktive Rückmeldungen über die Auswahl der Themen und deren Darstellung, damit eine kontinuierliche Verbesserung in der nächsten Ausgabe erfolgen kann.

Ich danke an dieser Stelle Frau Susanne Leist, die den Leitfaden seit seiner Entstehung mit mir erstellt hat, nun aber andere Projekte voranbringen will. Ohne ihre langjährige Erfahrung und ihr Detailwissen würde vieles in diesem Leitfaden fehlen.

Dr. Markus Thalheimer, März 2024

Inhaltsverzeichnis

Vorwort 2024	3
1 DRG-System und Allgemeine Kodierregeln	9
1.1 Definition der Hauptdiagnose	11
1.2 Definition der Nebendiagnose	14
1.3 Prozeduren – allgemeine Regeln.....	18
1.3.1 Nicht kodierbare Prozeduren.....	19
1.4 Allgemeiner Prüfalgorithmus	19
1.5 Typische Diagnosen-Prozeduren-Paare	20
2 Spezielle Kodierregeln Viszeralchirurgie.....	23
2.1 Allgemeine Regeln.....	23
2.1.1 Allgemeine Hinweise zu Diagnosen.....	23
2.1.2 Kodierung von Nebendiagnosen mit CCL von 0	25
2.1.3 Reihenfolge der Nebendiagnosen	25
2.2 Spezielle Kodierregeln	26
2.2.1 Geplanter Folgeeingriff [D005d].....	26
2.2.2 Geplante Behandlung kann nicht durchgeführt werden [D007f]	27
2.2.3 Prozedurenkomponenten [P001f]	29
2.2.4 Kombinationskodes [P003s].....	29
2.2.5 Versorgung intraoperativer Komplikationen [P003s].....	30
2.2.6 Nicht vollendete oder unterbrochene Prozedur [P004f].....	30
2.2.7 Wiedereröffnung eines Operations- gebietes/ Reoperation [P013v]	31
2.2.8 Organentnahme und Transplantation [P015u].....	32
2.2.9 Primärtumor als Hauptdiagnose [0201u]... 34	
2.2.10 Hauptdiagnose bei notwendigen Folgebehandlungen.....	35
2.2.11 Metastasen als Hauptdiagnose [0201u] 38	
2.2.12 Metastasen als Nebendiagnose [0201u]... 39	

2.2.13	Rezidiv eines primären Malignoms [0201u].....	39
2.2.14	Ausgedehnte Exzision eines Tumorgebietes [0201u]	39
2.2.15	Malignomnachweis nur in der Biopsie [0201u].....	39
2.2.16	Wachstum per continuitatem [0206a]	40
2.2.17	Lymphangiosis carcinomatosa [0214d].....	41
3	Halsorgane	43
3.1	Schilddrüse	43
3.2	Nebenschilddrüse	46
3.3	Lymphknoten	47
3.4	Angeborene Fehlbildungen des Halses.....	49
4	Speiseröhre	51
5	Magen.....	55
6	Dünndarm	63
7	Appendix und Dickdarm	73
7.1	Appendix vermiformis	73
7.2	Dickdarm	74
8	Rektum und Anus/Analkanal	85
8.1	Rektum	85
8.2	Anus/Analkanal	89
9	Leber	93
10	Gallenblase und Gallenwege	99
11	Pankreas	107
12	Milz.....	113
13	Niere und Nebenniere	115
13.1	Niere	115
13.2	Nebenniere	120
14	Hernien	123
15	Bauchwand, Peritoneum und Retroperitoneum.....	127

16	Weichteiltumore	133
17	Behandlung von Tumoren allgemein.....	135
18	Sonstige Kodierregeln	141
18.1	Adhäsionen	141
18.2	Gastrointestinale Blutung [1105d]	144
18.3	Stomaanlage und -rückverlagerung.....	148
18.4	Biopsien.....	150
18.5	Wund- und Infektionsmanagement	151
18.5.1	Sepsis.....	162
18.5.2	Sepsis als Hauptdiagnose	177
18.5.3	Zusatzcode für nosokomial erworbene Sepsis.....	177
18.6	Adipositaschirurgie	179
18.7	Zwerchfell- und Magenschrittmacher	186
18.8	Ancient Schwannom	188
18.9	Häufig verwendete Zusatzcodes in der Viszeralchirurgie.....	188
19	Wichtige Regeln zu DRGs in der Viszeralchirurgie	191
19.1	DRG-Kennzahlen	191
19.2	Wiederaufnahme-Regel.....	192
19.2.1	Wiederaufnahme wegen Komplikationen...193	
19.2.2	Vorschlag Prüfalgorithmus „Komplikation“	196
19.3	Potenzielle DRGs in der Viszeralchirurgie.....	196
19.4	Potenzielle Zusatzentgelte in der Viszeralchirurgie	199
20	Hybrid-DRGs in der Viszeralchirurgie	215
20.1	Politischer Rahmen und Vorgeschichte	215
20.2	Eckpunkte der Hybrid-DRGs.....	216
20.3	Hybrid-DRGs der Viszeralchirurgie	218
20.4	Geregelte und noch offene Punkte zur Abrechnung.....	219
	Anhang: Pflegerelevante Diagnosen	221
	Stichwortverzeichnis.....	231

1 DRG-System und Allgemeine Kodierregeln

Die Dokumentation der Diagnosen und der Therapien geschieht in der Patientenakte und hierbei insbesondere im Arztbrief mit der medizinischen Nomenklatur im Klartext nach medizinischen Regeln. Zur DRG-Ermittlung und damit auch zur Abrechnung müssen diese Begrifflichkeiten in Codes des ICD- und OPS-Kataloges übersetzt werden.

Diagnosebezogene Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups) sind ein System zur ökonomischen Bewertung stationärer Behandlungsfälle. Jede Fallpauschale ist nach dem durchschnittlichen Ressourcenverbrauch bewertet und bildet damit „pauschal“ den Erlös für eine stationäre Behandlung ab. Es sollen alle Krankenhausleistungen vergütet werden, die nach der Vorgabe des Fünften Sozialgesetzbuches für die Behandlung eines Patienten „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ sind. Dabei müssen sie sowohl dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen, als auch den medizinischen Fortschritt berücksichtigen. Sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und müssen in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden (§§ 2, 12, 39 und 70 SGB V). Diese sozialrechtlichen Grundlagen bilden den Kern der Vergütung und sind für Kliniker und Praktiker, die das „theoretisch Machbare“ im Blick haben, nicht immer leicht zu akzeptieren.

Es handelt sich bei den Leistungen hierbei insbesondere um ärztliche Behandlung, Versorgung mit Arzneimittel, Heil- und Hilfsmitteln sowie die Unterkunft und Verpflegung. Jeder stationäre Behandlungsfall wird über eine DRG-Fallpauschale und, falls zutreffend, über additive Vergütungskomponenten (unterschiedliche Formen der Zusatzentgelte, sowie neue Untersuchungs- und Behandlungsverfahren – NUBs), die es für sehr aufwändige Leistungen wie z. B. für Blutgerinnungsfaktoren zusätzlich gibt, vergütet. Pflegerische Tätigkeiten sind seit 2020 aus dem DRG-

System ausgegliedert und werden auf Nachweis vollständig von den Kostenträgern erstattet. In der DRG-Rechnung wird dazu vorab ein Abschlag in Form eines Pflegeerlöses (Spalte 14 des DRG-Katalogs) berechnet.

Zuständig für das DRG-System ist das InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH, www.g-drg.de). Die Klassifikationen für Diagnosen und Prozeduren werden durch das BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, früher DIMDI, Deutsches Institut für Dokumentation und Medizinische Information) weiterentwickelt. Während das InEK ein Organ der Selbstverwaltung ist (Träger vor allem die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Gesetzliche Krankenversicherung), handelt es sich beim BfArM um eine staatliche Behörde mit eigener Entscheidungskompetenz unter Aufsicht des Gesundheitsministeriums.

Das DRG-System besteht aus:

- der Fallpauschalenvereinbarung (FPV),
- dem Fallpauschalenkatalog für Haupt- und Belegabteilungen; teilstationäre DRGs; nicht bewertete, krankenhausesindividuell zu verhandelnde voll- und teilstationäre DRGs; bewertete Zusatzentgelte; nicht bewertete, krankenhausesindividuell zu verhandelnde Zusatzentgelte,
- den Definitionshandbüchern mit Auflistungen der gruppierungsrelevanten Parameter und Zuordnungsalgorithmen,
- dem zertifizierten Grouper-Programm zur automatisierten Ermittlung der Fallpauschalen aus den Fall-Datensätzen,
- den Kodierrichtlinien mit Regelungen zur Anwendung der medizinischen Klassifikationen ICD-10-GM und OPS; hierzu gehören formal auch die Entscheidungen des Bundesschlichtungsausschusses, die daher auch in den DKR veröffentlicht werden.

Ergänzt werden diese offiziellen Kataloge noch um Unterlagen für die Verhandlung und Vergütung von NUBs („Innovationsentgelten“), die im Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und der

NUB-Vereinbarung der Selbstverwaltung sowie einer jährlich aktualisierten NUB-Liste des InEK bestehen. Seit 2020 ergänzen auch Regelungen zur Kalkulation und Berechnung der Kosten für Pflegeleistungen am Bett die DRG-Kataloge.

Jeder stationäre Fall wird gemäß einem Algorithmus genau einer DRG zugeordnet. Diese Zuordnung ist eindeutig. Identisch dokumentierte Behandlungsfälle werden immer in die gleiche DRG gruppiert. Die Gruppierung erfolgt anhand spezifischer gruppierungsrelevanter Kriterien durch den zertifizierten Grouper. Seit 2024 erfolgt auch die Einteilung der Fälle in Hybrid-DRGs über den stationären Grouper, zumindest, was die stationär aufgenommenen Fälle angeht.

Für die Gruppierung sind zahlreiche Faktoren relevant, von denen die wichtigsten sind:

- Diagnosen (Hauptdiagnose, Nebendiagnose[n] sowohl einzeln als auch insgesamt als „Patientenschweregrad“ [PCCL])
- Prozedur(en) und deren Durchführungsdatum
- Alter
- Geschlecht
- Verweildauer
- Aufnahmeart
- Entlassungsart
- Aufnahmegewicht bei Kindern unter einem Jahr
- Anzahl der Beatmungstunden
- Anzahl Intensivkomplexe
- Dauer bestimmter Behandlungen (z. B. Isolation bei MRE oder NonMRE)

1.1 Definition der Hauptdiagnose

Die Hauptdiagnose entscheidet maßgeblich über die Eingruppierung in eine DRG und muss daher mit großer Sorgfalt ermittelt werden. In den deutschen Kodierrichtlinien finden sich unter [D002u] zahlreiche Anmerkungen und Fallbeispiele hierzu.

Die Hauptdiagnose wird folgendermaßen definiert:

Die Hauptdiagnose ist

Zitat: *„die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes verantwortlich ist.“*

„Nach Analyse“ bedeutet, dass erst nach Ende der Behandlung, z. B. erst nach Vorliegen wichtiger Untersuchungsbefunde, die Einteilung vorgenommen wird. Auf für die Abrechnung relevante Befunde (z. B. die Histologie eines unklaren Tumors) muss also auch nach Entlassung des Patienten gewartet werden, bevor der Fall abgeschlossen werden kann. Dies gilt umso mehr, da die nachträgliche Rechnerkorrektur zunehmend durch Gerichtsurteile und die MD-Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) infolge des seit 2020 geltenden MDK-Reformgesetzes weitestgehend verboten ist.

Die Hauptdiagnose muss weder der Einweisungs- noch der Aufnahme- oder Entlassungsdiagnose entsprechen. Beispiel: Wird ein Patient wegen Luftnot eingewiesen, als deren Ursache sich ein Bronchialkarzinom herausstellt, so ist die Einweisungs- und Aufnahme-diagnose die Dyspnoe, die Hauptdiagnose das Bronchialkarzinom.

Symptom als Hauptdiagnose

Bei Symptomen, die als eindeutige und unmittelbare Folge der zugrunde liegenden Erkrankung gelten, wird die zugrunde liegende Erkrankung als Hauptdiagnose verschlüsselt. Ein Symptom ist nur dann **Hauptdiagnose**, wenn ausschließlich das Symptom einer bei Aufnahme bereits bekannten Erkrankung behandelt wurde. Die entsprechende Grunderkrankung wird dann als Nebendiagnose verschlüsselt. Generell haben Symptome weiterhin nichts in der Kodierung verloren, außer sie lassen sich keiner schon verschlüsselten Krankheit zuordnen oder haben einen eigenen Aufwand.

Durch Gerichtsurteile wurde die wichtige Definition der Hauptdiagnose weiter konkretisiert. Eine mögliche HD muss demnach bei Aufnahme schon bestanden haben, muss aber noch nicht diagnostiziert sein (SG Meinungen). Die HD muss die Verweildauer wesentlich mitbestimmt haben (ebenfalls SG Meinungen). Eine Hauptdiagnose kann sich auch erst im Verlauf eines Aufenthalts wegen einer zur Aufnahme führenden Symptomatik entwickeln, wie das BSG in seinem lesenswerten Urteil zur Definition der Hauptdiagnose feststellte (B 1 KR 9/15 R vom 21.4.2015). Im beurteilten Fall war ein Patient bei unklarem therapieresistentem Fieber aufgenommen worden, die Hauptdiagnose lautete entsprechend dem späteren Vollbild der Erkrankung Sepsis.

Komplikation nie Hauptdiagnose

Aufgrund der obigen Definition kann eine Krankheit, die bei Aufnahme noch nicht bestand, niemals Hauptdiagnose werden, auch wenn der Behandlungsaufwand für diese Krankheit den der tatsächlichen Hauptdiagnose überschreitet! Auch eine während des Aufenthaltes auftretende Komplikation (z. B. eine postoperative Thrombose oder Lungenentzündung) kann aus diesem Grund niemals Hauptdiagnose werden. Durch die Rechtsprechung des BSG haben sich seit 2012 die Regeln für die Fallzusammenführung bei Wiederaufnahme wegen Komplikation geändert. Details hierzu siehe Kapitel 19.2. Wiederaufnahme-Regel.

In seltenen Fällen können mehrere Erkrankungen Hauptdiagnose sein. Hauptdiagnose wird dann nach Ermessen des behandelnden Arztes die Erkrankung mit dem höchsten Verbrauch an Ressourcen. In diesem Fall sollte ein erfahrener Kodierexperte (z. B. der DRG-Beauftragte) in die Entscheidung einbezogen werden. Mehrere Sozialgerichtsurteile haben die Auswahl der Hauptdiagnose über die Kodierrichtlinien hinaus weiterentwickelt: Sollte eine Erkrankung bereits bei Aufnahme vorhanden, aber noch nicht bekannt gewesen sein, kann diese bei höchstem Ressourcenaufwand rückblickend zur Hauptdiagnose werden. Dies ist eine Erweiterung der Regeln um die Nebendiagnose Z53.

1.2 Definition der Nebendiagnose

Die Nebendiagnose ist definiert als „eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt.“ [D003u].

Es dürfen nur solche Erkrankungen als Nebendiagnosen verschlüsselt werden, die einen diagnostischen und/oder therapeutischen Aufwand oder einen erhöhten Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand haben. Entscheidend ist auch die Beeinflussung des **Patientenmanagements**. Hierdurch werden Diagnosen kodiert, die die Behandlung/Betreuung an mehreren Stellen verändern (Beispiel: D90 Immunkompromittierung bei Änderung der Überwachung, anderem Antibiotikaregime usw.) Inzwischen sind Nebendiagnosen auch wichtig, um die stationäre Durchführung eigentlich ambulanter Eingriffe zu begründen (z. B. AOP-Leistungen). Hier tritt die formale Definition des Aufwands zugunsten einer Begründung der stationären Behandlung in den Hintergrund.

Symptom als Nebendiagnose

Üblicherweise werden Symptome als Bestandteil einer bereits kodierten Erkrankung nicht zusätzlich kodiert (z. B. Kopfschmerzen bei Migräne). Das Symptom wird nur dann separat als Nebendiagnose erfasst, wenn es die Nebendiagnosekriterien erfüllt (Definition siehe unten), wie die Luftnot bei einem stenosierend wachsenden Bronchialkarzinom, falls Maßnahmen wie Stenteinlage oder Sauerstoffgabe dagegen ergriffen wurden. Die frühere Kodierregel, Symptome dann zu erfassen, wenn sie ein „eigenständiges Problem darstellen“, wurde wegen definitorischer Schwierigkeiten abgeschafft. Symptome werden wie Nebendiagnosen kodiert.

Achtung: Für die DRG-relevante Kodierung geht es nicht um die Auflistung aller bisher diagnostizierten Krankheiten. Es geht um die Kodierung der Krankheiten, die während des **aktuellen** stationären Aufenthaltes einen Aufwand verursachten. Häufig wer-

den Krankheiten, die ein Patient vor Jahren hatte, verschlüsselt. Dies führt bei Erlösrelevanz zur Streichung durch den MD.

Beispiel

Ein Patient hatte vor 7 Jahren einen Apoplex, der folgenlos (!) ausgeheilt ist. Diese Diagnose sollte nicht kodiert werden, auch wenn noch geringe Kosten, z. B. für eine Dauermedikation mit Thrombozytenaggregationshemmern, bestehen sollten. Das InEK trägt dieser Kodierpraxis insofern Rechnung, als solche Nebendiagnosen — sofern ohne Kostenaufwand in der Kalkulationsstichprobe — konsequent abgewertet werden. Auf diese Weise wurden bereits mehrere Tausend Nebendiagnosen in der CCL-Matrix entweder ganz gestrichen oder abgewertet, zuletzt für das Jahr 2024 etwa 550 Nebendiagnosen.

Im Einzelfall kann es schwierig sein, zu entscheiden, ob ein Aufwand relevant war oder nicht (z. B. Substitution von Schilddrüsenhormonen nach Strumaresektion vor Jahren – soll die Hypothyreose kodiert werden? Wenn ja, in welcher Situation? Nur nach weiterer Diagnostik wie Ultraschall oder Laborkontrollen?). Hier wird durch Definitionen und Festlegungen der Fachgesellschaften, des BfArM und des InEK sowie des Bundesschlichtungsausschusses zunehmend Klarheit geschaffen. Trotzdem muss in vielen Fragen der gesunde Menschenverstand mit Beurteilung des gesamten Falles genügen. Für einzelne wichtige Nebendiagnosen wurden bereits Definitionen für die Kodierrelevanz entwickelt oder diese Nebendiagnosen differenziert (z. B. der Kode N19.- für das akute Nierenversagen). Aufgrund häufiger Kodierung ohne Kostenrelevanz werden Nebendiagnosen vom InEK in der CC-Matrix seit Jahren abgewertet (erneut für 2024 bei etwa 550 Diagnosen erfolgt) oder konfliktträchtige Konstellationen durch klassifikatorische Änderungen entschärft, so dass die Erlösrelevanz und damit das Streitpotenzial sinken. Dies hat das InEK zuletzt auch nach Entscheidungen des Bundesschlichtungsausschusses vorgenommen, so 2021 bei der Abwertung des Kodes D65.0 (Fibrinogenmangel) in bestimmten Funktionen oder bei der laparoskopischen Cholezystektomie in der Basis-DRG H08 für 2024.

Falls die häusliche Medikation während des Krankenhausaufenthaltes aus den Beständen des Krankenhauses fortgeführt wird, können die damit behandelten Erkrankungen mit Augenmaß als Nebendiagnosen kodiert werden. Hier kann die Gabe eines Medikamentes ggf. zur Kodierung von mehreren Diagnosen führen (z. B. kann die Gabe eines Betablockers wegen Bluthochdruck und einer Herzerkrankung indiziert sein und rechtfertigt dann die Kodierung beider Diagnosen). Eine weitere Regel klärt, dass Zufallsbefunde während Routinekontrollen oder Untersuchungen aus anderer Intention nicht kodiert werden können, wenn nicht eine weiterführende Diagnostik oder Therapie erfolgt. Auch wiederholte Verlaufskontrollen genügen nicht der Nebendiagnosendefinition! Beispiel: Während eines Screening-Ultraschalls wird ein Uterusmyom entdeckt, dieses aber nicht weiter abgeklärt oder behandelt. Daher kann dieser Befund nicht kodiert werden (siehe Beispiel 2 in D003u).

Konsens herrscht auch, dass die alleinige Beobachtung und Verlaufskontrolle von pathologischen Werten (Labor oder Pathologiebefunde) nicht zur Kodierung einer Nebendiagnose ausreicht. Erst die daraus resultierende weiterführende Diagnostik oder Therapie rechtfertigt die Kodierung.

Seit Jahren überprüft das InEK relevante Nebendiagnosen hinsichtlich ihres CCL und kalkuliert diese neu, um die Werte an die aktuelle Kostensituation anzupassen. Auch hierdurch kommt es zu einer Versachlichung einzelner Differenzen. Inzwischen wurden mehrere Tausend Diagnosen an die deutsche CCL-Matrix angepasst und wiederholt aktualisiert. So wurden Metastasen, vor allem der Lymphknoten, aufgewertet, resistente Keime wurden erstmals CCL-relevant, häufige Diagnosen wie Hyperkaliämie oder akute Blutungsanämie (D62) jedoch abgewertet. Diese Abwertung war wahrscheinlich auf die zu häufige Kodierung ohne relevanten Aufwand (und damit nachweisbare Kosten) zurückzuführen. Bei den Streichungen dominieren unklare Kodes und unkomplizierte Erkrankungen sowie Komplikationen.

Auch andere häufige Nebendiagnosen wurden abgewertet oder gestrichen (Elektrolytstörungen, Störungen des Wasserhaushalts, Zystitis, Inkontinenz, Sepsiskodes). Neben einer schon aus Australien übernommenen zu hohen Bewertung liegt die Abwertung von Nebendiagnosen sicherlich auch an der zu großzügigen Kodierung von Nebendiagnosen, ohne dass in den Kalkulationsdaten relevante Kosten dafür gefunden werden. Diese Änderungen können theoretisch das PCCL-System insgesamt abwerten. Seit Jahren bleibt die Anzahl der PCCL-gesplitteten Basis-DRGs jedoch stabil. Seit 2014 hat das InEK die Berechnung der einzelnen CCL-Werte weiter verfeinert. Die meisten Nebendiagnosen werden inzwischen ganz gezielt nur in wenigen Basis-DRGs neu bewertet (meist abgewertet). Daneben wurde die PCCL-Formel dahingehend geändert, dass mehr CCL-relevante Nebendiagnosen erforderlich sind, um auf PCCL-Werte von 3 oder 4 zu kommen. Für 2016 wurden erneut die PCCL-Formel und eine Vielzahl an Nebendiagnosen angepasst. Dabei wurden neue PCCL-Stufen von 5 und 6 definiert („schwerste Komplikationen und Komorbiditäten“), welche in 12 Basis-DRGs erlösrelevant sind.

Seit 2018 wurden vor allem Nebendiagnosen neu bewertet. Hier sind aus viszeralchirurgischer Sicht die Aufwertung der Enterokolitis durch Clostridium difficile (A04.7*) und die Neuaufnahme der angeborenen Ösophagusdivertikel (Q39.6) und des abdominalen Kompartiment-Syndroms (R19.80, CCL von 2) in die CCL-Matrix erwähnenswert. Seit 2020 wurden u. a. die akute Blutungsanämie, diverse Sepsiskodes, zahlreiche Mangelernährungszustände, Hypokaliämien und Pneumonien abgewertet. Unter den abgewerteten Codes der beiden letzten Jahre waren erneut Sepsis- und SIRS-Kodes, aber auch akutes Nierenversagen und die Alkoholische Leberzirrhose. Aufgewertet wurden dagegen die Leberzirrhose im Stadium Child-Pugh C und die Ösophagusblutung. Aufgrund der Coronapandemie kam es 2022 nur zu wenigen Veränderungen in der CCL-Bewertung, erneut bei SIRS und Sepsis. 2023 wurden dann wieder über 1200 Nebendiagnosen neu kalkuliert, dabei u.a. Ösophagusvarizen mit Blutung (I85.0) und die biliäre akute Pankreatitis mit Organkomplikation (K85.11) aufgewertet, aber auch zahlreiche wichtige Nebendi-

agnosen umfangreich abgewertet, so z. B. Varizen und Angiodysplasien im GI-Trakt, Leberzirrhose, Lungenembolie, Aortenklappenstenose und Rechtsherzinsuffizienz. Für 2024 sind hier erwähnenswert die Neuaufnahmen der Endometriose des Darmes (N80.5) und der Pankreatoduodenalen Fistel (K86.84) sowie Aufwertungen von Duodenalverschluss (K81.3), Fistel des Magens und des Duodenums (K31.6), Leberzirrhose Stadium Child-Pugh C (K74.72) und K82.3 für die Gallenblasenfistel. Von den über 500 Abwertungen sind zu nennen unter zahlreichen Sepsis- und Infektkodes die Clostridium-difficile-Enterokolitis (A04.7-), die Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale (I26.9), diverse Obstruktionscodes des Darmes unter K56, die Alkoholische Leberzirrhose (K70.3) und der postoperative Darmverschluss (K91.3).

1.3 Prozeduren – allgemeine Regeln

Die erbrachten Prozeduren können anhand der Regeln im OPS erfasst werden. Hierbei gibt es Prozeduren, welche bei jeder Erbringung kodiert werden müssen, und solche, die nur einmal pro Aufenthalt erfasst werden. Zahlreiche Maßnahmen, welche bei fast jedem Patienten durchgeführt werden oder einen sehr geringen Aufwand darstellen (Blutentnahme, Ruhe-EKG, Visite usw.), müssen nicht kodiert werden. Entsprechende Listen finden sich in den Deutschen Kodierregeln P005u Tabelle 1 und P014o Tabelle 1.

Etabliert ist seit 2005 eine einheitliche Systematik der Seitenlokalisation.

Die Reihenfolge der Prozeduren ist nicht vorgegeben, allerdings sollten wesentliche Prozeduren schon der leichteren Kontrolle und der begrenzten Eingabefelder wegen zuerst kodiert werden [P001f].

1.3.1 Nicht kodierbare Prozeduren

Zahlreiche, vor allen Dingen, diagnostische Prozeduren sind nicht kodierbar, da sie bei fast allen Patienten und/oder mehrfach pro Aufenthalt vorkommen und daher keinen Unterschied im Aufwand darstellen. Zu diesen gehören Sonografien, inklusive trans-thorakale Echokardiografie, EKGs, das Legen von Magensonden und transurethralen Blasenkathetern, Visiten, Blutabnahmen, subkutane Spritzen, Aufnahmeuntersuchungen usw.

Leider entstehen kaum neue Codes zur detaillierten Kodierung teurer und aufwändiger diagnostischer Leistungen.

Mehrere Prozeduren können nur einmal pro stationären Aufenthalt kodiert werden. Welche Prozeduren dies sind, findet sich im OPS-Katalog als Hinweis bei den einzelnen Codes.

1.4 Allgemeiner Prüfalgorithmus

Das Vorgehen empfiehlt sich generell in folgender Reihenfolge:

- Auswahl der Hauptdiagnose
- Ermitteln der Nebendiagnosen nach 4 Kategorien
 - ND im Bezug zur Hauptdiagnose (z. B. pathologische Fraktur)
 - ND im Bezug zur Therapie (z. B. postoperative Thrombose)
 - ND/Komplikationen unabhängig von der HD und der Therapie (z. B. Fraktur nach Sturz)
 - ND ohne Bezug zur Hauptdiagnose (mitgebrachte Krankheiten mit Aufwand)
- Ermitteln pflegerelevanter Nebendiagnosen (siehe Anhang)
- Abgleich der Medikamentengabe mit den Diagnosen
- Abgleich der Untersuchungsergebnisse inkl. Labor mit den Diagnosen
- Überprüfung der Prozeduren, vor allem der splitrelevanten Prozeduren (z. B. Dialyse)

- Überprüfung, ob ZE-fähige Prozeduren erfolgten
- Überprüfung, ob zu Prozeduren passende Diagnosen kodiert wurden
- Gegenprobe: findet sich zu allen kodierten Diagnosen in der Krankenakte eine begründende Dokumentation?
- Probegruppierung und Korrektur der erkannten Fehler
- Überprüfung der weiteren Regeln:
 - Ist bei internen Verlegungen die endgültige HD für den ganzen Fall korrekt gewählt?
 - Liegen Gründe für eine Fallzusammenführung vor, z. B. eine Komplikation als Wiederaufnahmegrund?
 - Liegt eine geplante Folgebehandlung vor (dann HD die Grunderkrankung)
- Weiterleitung zur Nachkontrolle und Abrechnung

1.5 Typische Diagnosen-Prozeduren-Paare

Die Kodierlogik fordert die gleichzeitige Erfassung von zueinander passenden Codes für eine Diagnose und eine Prozedur (z. B. eine Anämie-Diagnose bei Erfassung eines Codes für die Transfusion von Erythrozyten-Konzentraten). Die „Paare“ müssen nicht gleichzeitig vorkommen, es sollte aber jeweils die Plausibilität bei Fehlen eines Teils des Paares überprüft werden (z. B. kann eine Anämie-Diagnose auch ohne Gabe von Erythrozyten-Konzentraten kodiert werden, wegen des hohen Aufwands der Transfusion aber nicht umgekehrt). Als Faustregel gilt: Die Kodierbarkeit einer Prozedur rechtfertigt auch die Kodierung der dazu gehörenden Diagnose(n), da OPS-Prozeduren per definitionem mit einem gewissen Aufwand vergesellschaftet sind.

Die folgende Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, deckt aber typische Situationen ab.

Diagnosen		Prozeduren	
N17-N19	[Kode für Niereninsuffizienz] ggf. weitere Nierenerkrankung bei Mehrtagesfall: nicht Z99.2 und Z49.1*	8-853	[Hämofiltration]
		8-854	[Dialyse]
		8-855	[Hämodiafiltration]
		8-856	[Hämoperfusion]
		8-857	[Peritonealdialyse]
		8-85a	Dialyse nach TPL
		8-831.5	Legen großlumiger Katheter
Z49.2	Sonstige/Peritoneal-Dialyse		
Z49.1 Z99.2	Extrakorporale Dialyse und Abhängigkeit von Dialyse werden bei Mehrtagesfällen nicht kodiert.		
Z49.1	ist HD bei Tagesfall Aufnahme zur Dialyse! [1401e]*		
D50-	[Anämie]	8-800.c-	Gabe von EKs
D64			(Menge!)
D69	[Purpura und hämorrhagische Diathesen, Thrombopenie]	8-800.9- 8-800.p-	Gabe von patientenbezogenen THK
		8-800.g 8-800.m-	Gabe von TK
		8-800.h- 8-800.n-	Gabe von pathogeninakt. TK
		8-800.f- 8-800.k-	Gabe von Apherese-THK
		8-800.d- 8-800.j	Gabe von pathogeninakt. Apherese-TK

* Die Kodierregel [1401e] ist durch Streichung der nicht bewerteten DRG L61Z seit 2016 nicht mehr erlösrelevant, die entsprechenden Fälle werden seitdem in L71Z eingruppiert.

2 Spezielle Kodierregeln Viszeralchirurgie

2.1 Allgemeine Regeln

2.1.1 Allgemeine Hinweise zu Diagnosen

Generell können Diagnosen nur dann kodiert werden, wenn therapeutische oder diagnostische Maßnahmen bzw. ein erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand während der stationären Behandlung bestand. Nun sind diese Begriffe sehr dehnbar. Im Einzelfall ist nicht immer klar, ob z. B. eine bestimmte Untersuchung bereits als „diagnostische Maßnahme“ gelten kann, vor allem, wenn ein Test nur wenige Euro kostet und daher zumindest keinen hohen finanziellen Aufwand bedeutet.

Klar kodierbar sind all die Diagnosen mit Maßnahmen, die eine OPS-Ziffer besitzen und/oder erheblichen Aufwand bedeuten. Dies gilt gleichermaßen für diagnostische und therapeutische Maßnahmen. Konsens ist ebenfalls, dass minimale Tätigkeiten wie eine Blutbildkontrolle und Zufallsbefunde ohne weitere Abklärung nicht die Kodierung einer Diagnose rechtfertigen. Zwischen diesen beiden Bereichen gibt es allerdings eine große Grauzone nicht klar abgegrenzter und definierter Diagnosen. Mit der Zeit werden die relevanten Definitionen verbindlich geklärt werden müssen. Zusätzlich sind die Krankenhäuser und vor allem die Fachgesellschaften gefordert, möglichst viele offene Fragen in Absprache mit den MD-Gremien zu klären.

Die exakte Kodierung der Nebendiagnosen hat immense Bedeutung sowohl für den kurzfristigen Erlös des einzelnen Krankenhauses als auch für die langfristige Weiterentwicklung des Systems. Die Kosten- und Leistungsdaten eines Kalkulationskrankenhauses werden nicht nur zur Erstellung der aktuellen Rechnung, sondern auch als Datenbasis für zukünftige Kalkulationen verwendet. Dies ist das Prinzip des viel zitierten „selbst lernenden Systems“. Und hier steckt auch schon das erste Dilemma:

der Kodierer wird sich immer wieder entscheiden müssen zwischen dem kurzfristigen „Profit“ und der sinnvollen langfristigen Entwicklung des Fallpauschalensystems. Hier herrscht ein permanenter Interessenkonflikt. Ein Beispiel soll dies verdeutlichen:

Beispiel

Eine Anämie hat als Nebendiagnose in der Regel einen CCL größer Null. In Klinik A wird diese Nebendiagnose bereits kodiert, wenn der Hb-Wert nur knapp unter die Normgrenze fällt (medizinisch korrekt). Klinik B definiert die Anämie sehr streng als nur dann kodierbar, wenn es zu einer Substitution von Erythrozytenkonzentraten kommt.

Kurzfristige Konsequenz:

Klinik A wird wahrscheinlich höhere Splits und damit einen höheren Erlös haben als Klinik B (wahrscheinlich auch mehr Auseinandersetzungen mit dem MD).

Langfristige Konsequenz:

Die vielen Anämie-Kodes der Klinik A (auch bei den „leichten“ Fällen kodiert) verwässern die Analyse und Kalkulation der Fallpauschalen, führen zu einer Abwertung des CCLs der Anämie-Diagnosen und zu einer Erlössituation, unter der letztlich alle leiden, insbesondere Kliniken mit hohen Kosten bei diesen Diagnosen. Oder anderes formuliert: eine Nebendiagnose, die bei jedem Patienten auftaucht, ist sehr bald kein Kostentrenner mehr und damit nicht mehr erlösrelevant. Und umgekehrt: eine seltene Nebendiagnose, hinter welcher viel Aufwand und Ressourcenverbrauch stecken, wird entsprechend in der Kalkulation aufgewertet. So wurde die akute Blutungsanämie (D62) seit 2008 abgewertet, wahrscheinlich aufgrund der oben genannten Mechanismen. Seitdem erfolgten jährlich Abwertungen und Streichungen häufiger Nebendiagnosen. Aber es gibt auch (seltener) positive Beispiele von Aufwertungen oder Neuaufnahmen.
