

A. Zaiß (Hrsg.)

DRG: Verschlüsseln leicht gemacht

Deutsche Kodierichtlinien mit Tipps, Hinweisen und Kommentierungen
Stand 2020



A. Zaiß (Hrsg.)

DRG: Verschlüsseln leicht gemacht

A. Zaiß (Hrsg.)

DRG: Verschlüsseln leicht gemacht

Deutsche Kodierrichtlinien mit Tipps, Hinweisen und Kommentierungen

Mit Beiträgen von B. Busse, S. Hanser,
A. Mulder-Rathgeber und A. Zaiß
16. aktualisierte Auflage

Mit 30 Abbildungen und 46 Tabellen

Dr. med. Albrecht Zaiß Am
Schönberg 41 79280 Au

Mit 30 Abbildungen
und 46 Tabellen

eISBN 978-3-7691-3716-3

www.aerzteverlag.de

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://portal.dnb.de> abrufbar.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- oder Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Wichtiger Hinweis:

Die Medizin und das Gesundheitswesen unterliegen einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung entsprechen können. Die angegebenen Empfehlungen wurden von Verfassern und Verlag mit größtmöglicher Sorgfalt erarbeitet und geprüft. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ausgeschlossen werden.

Der Benutzer ist aufgefordert, zur Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren.

Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische und therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

Verfasser und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung für Schäden, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entstehen.

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf deshalb der vorherigen schriftlichen Genehmigung des Verlages.

Copyright © 2020 by Deutscher Ärzteverlag GmbH
Dieselstraße 2, 50859 Köln

Umschlagkonzeption: Deutscher Ärzteverlag GmbH
Produktmanagement: Gabriele Graf
Titelgrafik: André Meinardus
Satz: Deutscher Ärzteverlag
Druck/Bindung:

5 4 3 2 1 0 / 612

AUTORENVERZEICHNIS

Bettina Busse
Stabsstelle Medizincontrolling
Universitätsklinikum Freiburg
Breisacher Straße 153
79110 Freiburg im Breisgau

Dr. med. Susanne Hanser
Stabsstelle Medizincontrolling
Universitätsklinikum Freiburg
Breisacher Straße 153
79110 Freiburg im Breisgau

Angelika Mulder-Rathgeber
Zentrales Qualitätsmanagement
Klinikum Hanau GmbH
Leimenstraße 20
63450 Hanau

Dr. med. Albrecht Zaiß
Medizincontroller
Am Schönberg 41
79280 Au im Breisgau

INHALTSVERZEICHNIS

AUTORENVERZEICHNIS	V
INHALTSVERZEICHNIS	VII
VORWORT	XIII
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	XV
Einleitung	1
Grundlagen	5
Albrecht Zaiß	
Allgemeine Kodierrichtlinien	9
Allgemeine Kodierrichtlinien für Krankheiten	11
Albrecht Zaiß	
D001a Allgemeine Kodierrichtlinien	13
D002f Hauptdiagnose	16
D003l Nebendiagnosen	30
D006e Akute und chronische Krankheiten	34
D008b Verdachtsdiagnosen	35
D009a „Sonstige“ und „Nicht näher bezeichnete“ Schlüsselnummern	36
D010a Kombinationsschlüsselnummern	38
D011d Doppelkodierung	40
D012i Mehrfachkodierung	41
D015n Erkrankung bzw. Störung nach medizinischen Maßnahmen	49
Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren	53
Albrecht Zaiß	
P001f Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren	55
P003s Hinweise und formale Vereinbarungen für die Benutzung des OPS	58
P004f Nicht vollendete oder unterbrochene Prozedur	63
P005s Multiple Prozeduren/Prozeduren, unterschieden auf der Basis von Größe, Zeit oder Anzahl/Bilaterale Prozeduren	66
P013k Wiedereröffnung eines Operationsgebietes/Reoperation	73
P014o Prozeduren, die normalerweise nicht verschlüsselt werden	75

P016d Verbringung	76
P017q Klinische Obduktion bzw. Obduktion zur Qualitätssicherung	77
Spezielle Kodierrichtlinien	79
1 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	81
Susanne Hanser, Albrecht Zaiß	
Grundsätzliches zur Kodierung bei infektiösen und parasitären Erkrankungen	81
0101f HIV/AIDS	94
0103s Bakteriämie, Sepsis, SIRS und Neutropenie	104
Coronavirus Krankheit 2019 [COVIT-19]	124
2 Neubildungen	129
Bettina Busse	
Einleitung	129
a) Aufnahme wegen Verdacht auf Malignom	140
b) Malignom: Diagnostik, Behandlung und Kontrolluntersuchung	143
c) Behandlung von Beschwerden und/oder anderen Krankheiten im Zusammenhang mit dem Malignom	160
d) Nachsorgeuntersuchung	166
e) Autologe Transplantation von hämatopoetischen Blutstammzellen	170
f) Allogene Spende (siehe DKR P015m Organentnahme und Transplantation, Lebendspende)	171
g) Allogene Transplantation von hämatopoetischen Blutstammzellen	172
h) Wiederaufnahme nach KMT oder pBSZT wegen Problemen	173
0208c Remission bei malignen immunoproliferativen Erkrankungen und Leukämie	176
0215q Lymphom	177
CUP-Syndrom („Cancer of Unknown Primary“)	177
Fragen aus der Praxis	178
3 Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	179
Susanne Hanser	
4 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	181
Albrecht Zaiß	
0401h Diabetes mellitus	181
0403d Zystische Fibrose (Mukoviszidose)	209

5 Psychische und Verhaltensstörungen	213
Albrecht Zaiß, Angelika Mulder-Rathgeber	
0501e Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Drogen, Medikamente, Alkohol und Nikotin)	213
6 Krankheiten des Nervensystems	217
Bettina Busse	
0601i Schlaganfall	217
0603h Tetraplegie und Paraplegie, nicht traumatisch	223
Nichttraumatische intrakranielle Blutungen	225
Operationen an Schädel und Gehirn	226
Intrakranielle stereotaktische Maßnahmen	226
7 Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	229
Albrecht Zaiß	
0704c Versagen oder Abstoßung eines Kornea-Transplantates	229
8 Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	233
Albrecht Zaiß	
9 Krankheiten des Kreislaufsystems	235
Albrecht Zaiß	
0901f Ischämische Herzkrankheit	235
0904d Hypertensive Herzkrankheit (I11.–)	247
0905d Hypertensive Nierenerkrankung (I12.–)	247
0906d Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit (I13.–)	247
0908l Zusätzliche Prozeduren im Zusammenhang mit Herzoperationen	248
0911d Schrittmacher/Defibrillatoren	249
10 Krankheiten des Atmungssystems	255
Albrecht Zaiß	
1001s Maschinelle Beatmung	255
11 Krankheiten des Verdauungssystems	269
Albrecht Zaiß	
1101a Appendizitis	269
1102a Adhäsionen	271
1103a Magenulkus mit Gastritis	272
1105d Gastrointestinale Blutung	274
1107a Dehydratation bei Gastroenteritis	285

12 Krankheiten der Haut und der Unterhaut	287
Albrecht Zaiß	
1205m Plastische Chirurgie	287
13 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	291
Albrecht Zaiß	
14 Krankheiten des Urogenitalsystems	293
Albrecht Zaiß, Angelika Mulder-Rathgeber	
Kapitelübersicht	293
A) DKR 1401e Dialyse: Aufnahme speziell zu Dialyse	294
B) Aufnahme eines dialysepflichtigen Patienten aus anderen Gründen	295
C) Aufnahme speziell zur Anlage eines Dialyseshunt	296
D) Aufnahme zur Revision eines Dialyseshunt	297
E) Aufnahme zum Verschluss eines Dialyseshunt (siehe DKR 0912f)	297
F) Aufnahme wegen eines Peritonealdialyse-Katheterverweilsystems	298
G) Aufnahme wegen eines großlumigen Venenkatheters	298
H) Aufnahme zur Dialyse nach Nierentransplantation	300
ICD-Kodes für Nierenerkrankung	301
ICD-Kodes für Dialysebehandlung	301
OPS-Kodes für Dialyseprozeduren	302
15 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	309
Susanne Hanser	
Übersicht: Entbindung	311
Themenübersicht	315
A Schwangerschaft	316
A1 Obligate Kodierung der Dauer der Schwangerschaft (DKR 1508n)	316
A2 Schwangerschaft mit abortivem Ausgang	317
A3 Vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft (DKR 1505m)	322
A4 Komplikationen in der Schwangerschaft (DKR 1510p)	323
B Entbindung	327
B1 Die Hauptdiagnose bei einer Entbindung	327
B2 Obligatorer Kode für das „Resultat der Entbindung“ (DKR 1507e)	331
B3 Frühgeburt und verlängerte Schwangerschaftsdauer	333
B4 Kodierung bei Risikogeburten und Geburten mit Komplikationen	338
B5 Entbindung vor der Aufnahme (DKR 1518a)	343
B6 Geburtshilfliche Prozeduren	345

C	Wochenbett	351
D	Neugeborene	352
16	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	355
Albrecht Zaiß, Angelika Mulder-Rathgeber		
1601a	Neugeborene	355
1602a	Definition der Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	355
1603l	Besondere Maßnahmen für das kranke Neugeborene	361
1604a	Atemnotsyndrom des Neugeborenen/Hyaline Membranenkrankheit/Surfactantmangel	364
1605a	Massives Aspirationssyndrom und transitorische Tachypnoe beim Neugeborenen	364
18	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	367
Bettina Busse		
	Kodierung von abnormen Befunden und Symptomen	367
	Stürze	371
1804f	Inkontinenz	373
1805f	Fieberkrämpfe	376
1806g	Schmerzdiagnosen und Schmerzbehandlungsverfahren	376
19	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	381
Bettina Busse, Susanne Hanser, Angelika Mulder-Rathgeber, Albrecht Zaiß		
	Einleitung	382
	Verstauchungen und Zerrungen	382
1902a	Oberflächliche Verletzungen	383
1903c	Fraktur und Luxation	384
1905l	Offene Wunden/Verletzungen	386
1910h	Verletzung des Rückenmarks (mit traumatischer Paraplegie und Tetraplegie)	406
1911s	Mehrfachverletzungen und multiple Verletzungen	409
1914d	Verbrennungen und Verätzungen	411
1916k	Vergiftung durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen	413
1917p	Unerwünschte Nebenwirkungen von Arzneimitteln (bei Einnahme gemäß Verordnung)	413

LITERATURVERZEICHNIS	417
AMTLICHE LITERATUR	417
WEITERFÜHRENDE LITERATUR	419
BUCHAUSGABEN DES DEUTSCHEN ÄRZTE-VERLAGES	423
STICHWORTVERZEICHNIS	425

VORWORT

Alle Jahre wieder Änderungen bei den medizinischen Klassifikationen, bei den Deutschen Kodierrichtlinien und beim G-DRG-System? Das wird sicher noch eine Zeit lang so bleiben, denn mit der Einführung des selbstlernenden und leistungsorientierten G-DRG-Systems gab es in den letzten Jahren umfangreiche Änderungen an den Diagnosen- und Prozedurenkatalogen und bei den deutschen Kodierrichtlinien. So gibt es auch dieses Jahr wiederum viele Änderungen, die die Kodierung von Diagnosen und Prozeduren betreffen und die in der Praxis umgesetzt werden müssen.

Mit dem DRG-System wurde auch die Finanzierung der Krankenhäuser seit dem Jahr 2003 auf eine völlig neue Basis gestellt. Während der Konvergenzphase von 2005 bis 2009 wurden die krankenhausindividuellen Basisfallwerte schrittweise an bundeslandweit geltende Landesbasisfallwerte angepasst. Und in diesen DRG-Jahren haben praktisch alle Krankenhäuser erfahren, wie wichtig kompetente Kodierung und profunde Kenntnisse des DRG-Systems für die finanzielle Situation ihres Hauses sind.

Daher kommt der korrekten Kodierung eine große Bedeutung, ja eine Schlüsselrolle für die Sicherung des Krankenhauses am zukünftigen Gesundheitsmarkt zu. Eine unvollständige oder falsche Kodierung kann weit reichende ökonomische Folgen haben. Es ist also unerlässlich, dass die erbrachten Leistungen über eine vollständige und korrekte Kodierung von Diagnosen und Prozeduren und anderen Merkmalen, wie z.B. der Beatmungszeit, in das DRG-System abgebildet werden. Eine wichtige Grundvoraussetzung für eine leistungsorientierte Vergütung mit dem DRG-System ist, dass vergleichbare Krankenhausfälle alle ein- und derselben DRG zugeordnet werden. Diese zentrale Forderung kann jedoch nur erfüllt werden, wenn DRG-relevante Dokumentation und Kodierung in einheitlicher Weise angewendet werden. Kodierrichtlinien regeln und unterstützen diesen Prozess, um möglichst auch in schwierigen Fällen eine eindeutige Verschlüsselung zu ermöglichen.

Die allgemeinen und speziellen Kodierrichtlinien sowie die medizinischen Klassifikationen ICD und OPS gehören seit Einführung des DRG-Systems zum Handwerkszeug im Krankenhaus. Die korrekte Anwendung der Kodierrichtlinien und der ICD- und OPS-Kataloge sowie die Umsetzung der jährlichen aktuellen Änderungen wird durch den vorliegenden Kommentar erheblich erleichtert. Er erläutert sie und vereinfacht ihre Anwendung, indem er auch bei komplizierten Fragestellungen weiterhilft.

Prof. Dr. Rüdiger Klar

Ehemaliger Vorsitzender des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen beim Bundesministerium für Gesundheit (2003-2011)

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Das Abkürzungsverzeichnis enthält überwiegend diejenigen Abkürzungen, die im Text ohne unmittelbare Erklärung oder an mehreren Stellen verwendet werden. Darüber hinaus gibt es weitere Abkürzungen, die direkt an Ort und Stelle ihrer Verwendung erklärt sind und dort in der Regel in Klammern angegeben sind.

Abkürzung	Bezeichnung
ACS	Australian Coding Standard
ACVB	Aorto-Coronarer-Venen-Bypass
AG	Arbeitsgruppe
AICD	Automatischer implantierbarer Cardioverter/Defibrillator
AIDS	Acquired Immune(o) Deficiency Syndrome
ALL	Akute Lymphatische Leukämie
a.n.k.	anderorts nicht klassifiziert
Anti-HBe	Antikörper gegen Hbe-Antigen bei Virus-Hepatitis
AR-DRG	Australian Refined Diagnosis Related Groups
AV	atrioventrikulär
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
BCG	Bacillus Calmette-Guérin
BEL	Beckenendlage
BE	Broteinheit
BGA	Blutgasanalyse, arteriell
BK	Blutkultur (aerobe und anaerobe Flasche)
BMI	Body Mass Index
BPfIV	Bundespflegegesetzverordnung
BSG	Bundessozialgericht
BSZ	Blutstammzellen
BSZT	Blutstammzelltransplantation
BQ	Blutungsquelle
BZ	Blutzucker
CCL	Clinical Complexity Level
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (USA)
CK	Kreatinkinase
CMV	Cytomegalovirus (Zytomegalievirus)
COPD	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (Chronic obstructive pulmonary disease)
COVID-19	Coronavirus Disease 2019 (Coronavirus-Krankheit 2019)
CPAP	Continuous positive airway pressure (Kontinuierlicher positiver Atemwegsdruck)
CT	Computertomographie
CTG	Cardiotokographie
CUP	Cancer of Unknown Primary (Karzinom mit unbekanntem Primärtumor)
DFPP	Doppelfiltrationsplasmapherese
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DIP	Dezeleration intra partu
DKG-NT	Tarifwerk der Deutschen Krankenhausgesellschaft

Abkürzung	Bezeichnung
DKR	Deutsche Kodierrichtlinie
DRG	Diagnosis Related Group
DV	Datenverarbeitung
EK	Erythrozytenkonzentrat
EKG	Elektrokardiogramm
ESBL	Extended-Spectrum-beta-Lactamase
EUG	Extrauterin gravidität
FAQ	Frequently asked question [häufig gestellte Frage]
FGM	Weibliche Genitalmutilation
F _i O ₂	Sauerstoffkonzentration in der Einatemluft
FPV	Fallpauschalenvereinbarung
GCS	Glasgow Coma Scale (für Erwachsene)
G-DRG	German Diagnosis Related Groups
ggf.	gegebenenfalls
GIB	Gastrointestinale Blutung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GvHD	Graft-versus-Host-Krankheit (Graft versus Host Disease)
h	hora (Stunde)
HAART	Hochaktive antiretrovirale Therapie
HBV	Hepatitis-B-Virus
HD	Hauptdiagnose
HELLP	Haemolysis, elevated liver enzymes, low platelet count [syndrom] (bei schwerer Gestose/Präeklampsie)
HFNC	High flow nasal cannula
HHFNC	Humidified high flow nasal cannula
HHL	Hinterhauptslage
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
HPV	Humanes Papilloma Virus
H. pylori	Helicobacter pylori
HSV	Herpes-simplex-Virus
HWI	Harnwegsinfekt
ICD	Internationale Klassifikation der Krankheiten (International Classification of Diseases)
ICD-9	Internationale Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen, 9. Revision
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification
ICD-10-SGB-V	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Ausgabe für die Zwecke des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)
i.d.R.	in der Regel
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH
ITN	Intubationsnarkose
IV	Invasive ventilation (Invasive Beatmung)
KDIGO	KDIGO-Leitlinien (Kidney Disease: Improving Global Outcomes)
KDOQI	Kidney Disease Outcomes Quality Initiative
KFPV	Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser

Abkürzung	Bezeichnung
KH	Krankheit
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHK	Koronare Herzkrankheit
KM	Knochenmark
KMT	Knochenmarktransplantation
MAP	Mittlerer arterieller Blutdruck
mbar	Millibar (Maßeinheit für den Luftdruck)
MD	Medizinischer Dienst (ab 2020)
MDC	Major Diagnostic Category (Hauptdiagnosegruppe)
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (bis 2019)
MDR-TB	Multi-Drug Resistant Tuberculosis
MM	Muttermund
mmol	Millimol (Maßeinheit für die Stoffmenge)
MRSA	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus
MRD	Minimal Residual Disease (Minimale Rest-Tumorlast bei malignen Erkrankungen)
MRE	Multiresistenter Erreger
MRT	Magnetresonanztomographie (Kernspintomographie)
NCCH	National Centre of Classification in Health
ND	Nebendiagnose
NIV	Noninvasive ventilation (Nichtinvasive Beatmung)
N.n.bez.	Nicht näher bezeichnet
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin
OPS-301	Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 SGB V, Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin
P _a O ₂	Arterieller Sauerstoffpartialdruck
pAVK	Periphere arterielle Verschlusskrankheit
pBSZ	periphere Blutstammzellen
pBSZT	periphere Blutstammzelltransplantation
PCCL	Patient Clinical Complexity Level
PCR	Polymerasekettenreaktion (Polymerase Chain Reaktion)
PEEP	Positive end-expiratory pressure (Positiver endexpiratorischer Druck)
PEPP	Pauschalierendes Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen
PEPPV	Vereinbarung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen
pGCS	Pediatric Glasgow Coma Scale
P _{Insp}	Maximaler inspiratorischer Druck
PKU	Phenylketonurie
PRIND	Prolongiertes reversibles ischämisches neurologisches Defizit
pSOFA	Pediatric Sepsis-related Organ Failure Assessment (Score)
PTCA	Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty
qSOFA	Quick SOFA Screening Score
RCA	Right Coronary Artery
RIVA	Ramus Interventricularis Anterior
RKI	Robert Koch Institut
RR	Riva-Rocci (Blutdruckmessung)

Abkürzung	Bezeichnung
s.	siehe
s.a.	siehe auch
SARS	Severe Acute Respiratory Syndrom (Schweres akutes Atemnotsyndrom)
SHT	Schädel-Hirn-Trauma
SIRS	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom
SO ₂	Sauerstoffsättigung
SOFA	Sepsis-related Organ Failure Assessment (Score)
spm	Schläge pro Minute
SpO ₂	Sauerstoffsättigung im peripheren Blut
SSW	Schwangerschaftswoche
TE	Transfusionseinheit
TEP	Totalendoprothese
TIA	Zerebrale transitorische ischämische Attacke
TK	Thrombozytenkonzentrat
TUR	Transurethrale Resektion (TUR-B, TUR-P)
TUR-B	Transurethrale Resektion der Blase
TUR-P	Transurethrale Resektion der Prostata
usw.	und so weiter
vs.	versus
VZV	Varizellen-Zoster-Virus
WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization)
z.B.	zum Beispiel
Z.n.	Zustand nach
z.Zt.	zur Zeit

Einleitung

Im Rahmen der Einführung des DRG-Systems ist immer wieder zu hören, wie überaus wichtig die Rolle der **medizinischen Dokumentation** ist und auch in Zukunft bleiben wird. Aus gutem Grund, denn schließlich ist das „**Right-Coding**“, also die richtige Kodierung von Diagnosen mit der ICD-10-GM und von Prozeduren mit dem OPS, der Dreh- und Angelpunkt für die Fallgruppierung nach dem DRG-System. Denn nur eine regelrechte und einheitliche Verschlüsselung medizinischer Sachverhalte (Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, aufwändige Untersuchungen, Operationen) sichert die Eingruppierung vergleichbarer medizinischer Fälle in ein und dieselbe DRG. Auf der so definierten Basis homogener Fallgruppen werden die Kostengewichte für die Vergütung berechnet und damit die zukünftige Finanzlage der Krankenhäuser mit bestimmt. Die Kodierrichtlinien sind ein sehr wichtiger und zentraler Baustein für die Einführung des DRG-Systems, da sie die rechtlich verbindliche Grundlage für eine einheitliche Verschlüsselung gleicher medizinischer Sachverhalte und somit die Voraussetzung für die korrekte Kalkulation kostenhomogener Fallgruppen und für eine einheitliche Abrechnung darstellen.

Im September 2001 erschienen erstmals die "Deutschen Kodierrichtlinien, Allgemeine und Spezielle Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Diagnosen und Prozeduren (Version 2002)" als Gesamtausgabe und mussten ab dem 1. Januar 2002 verbindlich angewendet werden. Die inhaltliche Bearbeitung und Aufbereitung erfolgte durch die „AG Klassifikation der Selbstverwaltung“, Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Spitzenverbände der Krankenkassen (GKV), Verband der privaten Krankenversicherung (PKV), Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), mit fachlicher Begleitung durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) und Unterstützung durch ein Team der Abteilung Medizinische Informatik des Universitätsklinikums Freiburg. In der Zwischenzeit wurden die Kodierrichtlinien von den Selbstverwaltungspartnern mehrfach angepasst und in der aktuell gültigen Endversion 2020 mit Stand vom 17. Oktober 2019 veröffentlicht.

Die Inhalte der ersten Version 2002 der Deutschen Kodierrichtlinien waren eng an die „Australian Coding Standards“, (ICD-10-AM, Band 5, 1st und 2nd Edition) angelehnt. Aber übersetzen allein reichte bei weitem nicht aus. Jede Regel musste an die deutschen Verhältnisse im Hinblick auf eine andere Zielgruppe (Ärzte vs. australische Kodierer), eine andere Prozedurenklassifikation, andere Versorgungs- und Vergütungsstrukturen, etc. angepasst und in der Selbstverwaltung abgestimmt werden.

Die Version 2004 der Deutschen Kodierrichtlinien wurde von den Selbstverwaltungspartnern in enger Anlehnung an die Vorversion 2003 unter redaktionellen Aspekten mit Fehlerbeseitigung sowie Anpassung an die neuen Versionen 2004 für die ICD-10-GM, den OPS-301 und das G-DRG-System

überarbeitet. Dabei wurde das Regelwerk an sich nicht wesentlich modifiziert. Eingearbeitet wurden damals auch notwendige Inhalte der Abrechnungsbestimmungen (KFPV 2004).

Die Version 2005 der Deutschen Kodierrichtlinien wurde von der AG Klassifikation der Selbstverwaltung unter Beteiligung der Bundesärztekammer und des Deutschen Pflegerats umfassend überarbeitet, wobei allerdings das Kapitel 15 „Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“ aufgrund seiner Komplexität ausgenommen war. Beseitigt wurden inhaltliche Redundanzen zu Regelungen in der ICD-10-GM, im OPS und in den Kodierrichtlinien selbst sowie rein medizinische Erläuterungen und original klassifikatorische Textpassagen zu ICD-10-GM und OPS. Dadurch konnte die Zahl spezieller Kodierrichtlinien deutlich reduziert werden. Im Gegenzug wurden die Allgemeinen Kodierrichtlinien weiter ausgebaut, um auf diesem Wege die Deutschen Kodierrichtlinien fachübergreifend und gezielt auf in den DKR zu regelnde Sachverhalte zu reduzieren. Im geringen Umfang wurden auch inhaltliche Änderungen an den Kodierrichtlinien vorgenommen. Darüber hinaus wurden Klarstellungen zu spezifischen Fallkonstellationen sowie notwendige Anpassungen an die neuen Versionen von ICD-10-GM, OPS und dem deutschen G-DRG-System für das Jahr 2005 vorgenommen.

Bei der Erstellung der Versionen 2019 und 2020 wurde der in 2005 begonnene Weg der „Verschlankung und Klarstellung“ und Konsolidierung fortgesetzt. Wie in den Vorjahren erfolgte eine Anpassung an die aktuellen Versionen von ICD-10-GM, OPS, G-DRG-System und die Fallpauschalenvereinbarung (FPV). Wichtige Änderungen seit 2018 mit direkter Auswirkung auf die Kodierpraxis sind in den Kodierrichtlinien P003s „Hinweise und formale Vereinbarungen für die Benutzung des OPS“, 0103s „Bakteriämie, Sepsis, SIRS und Neutropenie“, 1001s „Maschinelle Beatmung“, 1501s „Definition von Lebend-, Totgeburt und Fehlgeburt“ und 1911s „Mehrfachverletzungen und multiple Verletzungen“ zu finden.

Es wird sich sicher nicht für jede offene (Kodier-) Frage eine direkte Antwort in den Kodierrichtlinien finden. Für die Einführung des DRG-Systems sind die Kodierrichtlinien aber eine extrem wichtige und außerdem für Dokumentation und Abrechnung rechtsverbindliche Arbeitsgrundlage. Im Zuge der Entwicklung der G-DRGs müssen die Kodierrichtlinien mit gepflegt und weiterentwickelt werden, wobei bei Bedarf zusätzliche Regeln aufgenommen und überflüssige gestrichen werden können.

Die "Allgemeinen Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren" enthalten allgemeine und fachübergreifend gültige Kodierregeln, wie zum Beispiel die korrekte Bestimmung der Hauptdiagnose und der Nebendiagnosen. Die Speziellen Kodierrichtlinien, die sich in ihrer Gliederung an den Krankheitskapiteln der ICD-10-GM orientieren, sind krankheitsspezifisch und regeln die Kodierung für bestimmte Krankheiten (z.B. Kodierung bei Malignomen), für Ausnahmen (z.B. Kodierung bei HIV/AIDS-Krankheit), für Zweifelsfälle und für besondere Situationen (z.B. Kodierung von beatmeten Patienten).

Zahlreiche Seminare mussten zur Vermittlung der Inhalte der Deutschen Kodierrichtlinien und zur Umsetzung der neuen Kodieraufgaben durchgeführt werden. Alle Autoren des Buches haben Berufserfahrung im Medizincontrolling, klären Kodierfragen, schulen ärztliche Mitarbeiter und haben eine umfangreiche Seminarerfahrung.

Vor diesem Hintergrund entstand die Idee dieses Buches:

- Die offiziellen Kodierrichtlinien durch Kommentare zielgruppengerecht zu ergänzen.
- Praxisorientierte Tipps und Kommentare zu den einzelnen Kodierrichtlinien zu erstellen.
- Schulungsmaterialien, wie Übersichten, Flussdiagramme, Tabellen, Abbildungen und Beispiele bereit zustellen.
- Sinnvolle und nach medizinischen Gesichtspunkten gegliederte Zusammenfassungen für Themenbereiche auszuarbeiten, wie z.B. Tumoren und Geburtshilfe.
- Insbesondere für die speziellen Kodierrichtlinien alle kodierungsrelevanten Informationen aus der ICD-10-GM, dem OPS und den Deutschen Kodierrichtlinien zusammenzutragen und darzustellen.

Besonders zu betonen ist, dass dabei das „**Right-Coding**“, also die sachgerechte und korrekte **Kodierung** der Diagnosen und Prozeduren nach den Regeln der Deutschen Kodierrichtlinien sowie nach den Regeln von ICD-10-GM und OPS im Vordergrund dieses Buches steht. Bewusst wurde sowohl auf eine Diskussion der Eigenschaften der jeweils aktuellen deutschen Grouper-Version als auch auf die Darstellung der Auswirkungen der jeweils gültigen Abrechnungsbestimmungen und auf Optimierungsmöglichkeiten der Kodierung unter Erlösaspekten („Up-Coding“) verzichtet.

Der Begriff „Medizinische Dokumentation“ umfasst die Methoden, die Tätigkeiten und das Ergebnis des Sammelns, Erschließens, Speicherns, Ordnen, Aufbewahrens und der gezielten Wiedergewinnung medizinischer Informationen oder medizinischen Wissens zu spezifischen Frage- und Aufgabenstellungen. Mit „Kodierung“ oder „Verschlüsselung“ wird die Einordnung einer Diagnose/Prozedur in eine Klasse einer Diagnosen/Prozeduren-Klassifikation bezeichnet, wobei der Code bzw. die Schlüsselnummer der betreffenden Klasse in der Regel mit genannt wird.

Vor der Kodierung muss eine exakte Diagnose gestellt werden. Dies ist Aufgabe des behandelnden Arztes. Die Kodierrichtlinien können die Frage „Wann ist ein Diabetes mellitus entgleist und wann nicht?“ oder „Handelt es sich um eine Phlegmone, einen Abszess, eine Gelenkinfektion, eine Osteomyelitis?“ nicht beantworten. Je präziser die Diagnose gestellt und je präziser sie begrifflich fixiert ist, desto leichter ist die Verschlüsselung (Kodierung) mit der ICD-10-GM. Das gleiche gilt für die Kodierung von Prozeduren mit dem OPS.

Die Erfahrung im Umgang mit Kodierungsfragen hat gezeigt, dass es viele Situationen und Beispiele gibt, in der „Kodierexperten“ höchst unterschiedlicher Meinung sind. Die Variation eines Beispieltextes um ein Wort oder eine geringfügig andere Interpretation eines Begriffes kann die Kodierung eines Falles gänzlich verändern. Dies zeigt die Schwierigkeiten im Umgang mit dieser Materie. Die Diskussion der letzten Jahre zeigt auch, dass es viele Situationen und Beispiele gibt, für die eine generelle Regel nicht oder nur sehr schwierig formulierbar ist, da die definitorische und begriffliche Abgrenzung für die Abgrenzung verschiedener, verwandter und je nach Schweregrad nahtlos und fließend ineinander übergehender Diagnosen, wie z.B. Infektion und Sepsis, nicht gelingen mag. Im Rahmen der MDK-Prüfungen werden in solchen Situationen, die notwendigen Entscheidungen für die „richtige Kodierung“ meist individuell anhand der Falldokumentation gestellt.

Alle Kodierbeispiele wurden sehr sorgfältig erstellt und sind nach Meinung der Autoren und des Herausgebers korrekt verschlüsselt. Sie stellen unsere Meinung zu diesen Kodierfragen dar und haben keine Rechtsverbindlichkeit. Haftungsansprüche sind somit ausgeschlossen. Die Flussdiagramme sollen die jeweiligen Inhalte sowie die Vorgehensweise grafisch darstellen und damit die Kodierung unterstützen. Sie sind nicht für die Programmierung gedacht und deshalb auch nicht streng formalisiert.

Das Thema „Korrektes Verschlüsseln für DRGs“ ist seit der Einführung der DRGs ein wichtiges Thema in den deutschen Krankenhäusern. Richtiges und effektives Kodieren erfordert gute Kenntnisse in den medizinischen Klassifikationen, in den Deutschen Kodierrichtlinien und im DRG-System. Dabei soll dieses Buch helfen. Wir bedanken uns bei allen, die uns durch ihre Fragen, ihre Beispiele und Anregungen geholfen haben, dieses trockene und manchmal auch schwierige Thema zu bearbeiten. Für Anregungen und Vorschläge zur Weiterentwicklung sowie für Fehlerkorrekturen sind wir jederzeit dankbar.

Bei Frau Dr. Dorothea Dreizehnter, Herrn Dr. Franz Metzger und Frau Angelika Mulder-Rathgeber bedanke ich mich ganz herzlich. Sie haben dieses Buch von Anfang an maßgeblich mit gestaltet, umfangreiche Kapitel geschrieben und gut verständliche Grafiken ausgearbeitet. Ihre praktischen Erfahrungen bei der Einführung des DRG-Systems waren und sind eine wertvolle Hilfe. In der Zwischenzeit haben sie sich beruflich verändert und haben daher ihre Autorenschaft an mich abgegeben.

Albrecht Zaiß

Freiburg, Februar 2020

Grundlagen

Albrecht Zaiß

Die folgende Abbildung zeigt schematisch den Datenfluss der Daten eines Behandlungsfalls unter dem Blickwinkel der Eingruppierung in eine DRG und unter dem Aspekt der Kostenkalkulation. Sinn und Zweck der Kodierrichtlinien wurde bereits in der Einleitung beschrieben. Der direkte „Wirkungsbereich“ der Deutschen Kodierrichtlinien ist grau hinterlegt und umfasst die inhaltliche Festlegung der Hauptdiagnose, der Nebendiagnosen der zu kodierenden Prozeduren sowie die Wechselwirkungen zwischen der primären Dokumentation des Behandlungsfalls und Datensatz nach § 301.

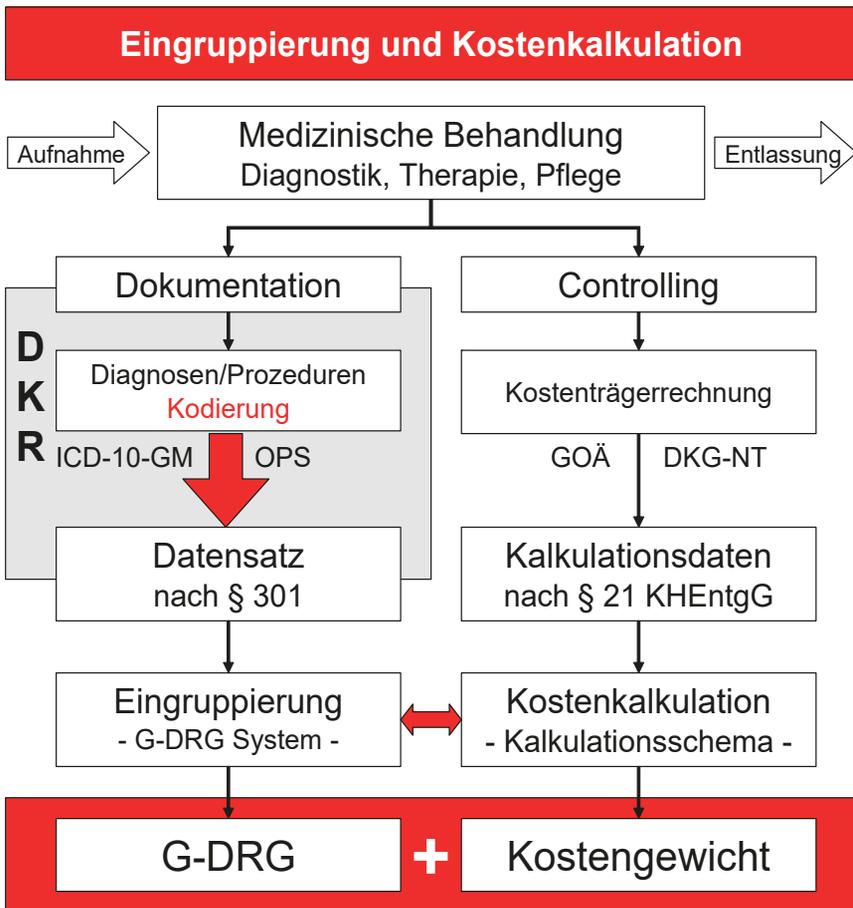


Abbildung E-1: Eingruppierung und Kostenkalkulation im G-DRG-System

Maßgeblich für die Eingruppierung eines Behandlungsfalls in eine DRG sind die mit der ICD-10-GM kodierten Diagnosen, die mit dem OPS kodierten Prozeduren sowie weitere Daten, wie z.B. Alter und Aufnahme-gewicht. Die Kalkulationsdaten eines Behandlungsfalls werden mit Hilfe einer Kostenstellen-, Kostenarten- oder wenn möglich sogar einer Kostenträgerrechnung ermittelt, wobei jedoch einem ICD-Kode bzw. einem OPS-Kode i.d.R. keine Kosten direkt zugeordnet werden. Erst bei der Kostenkalkulation im InEK zur Bestimmung der relativen Kostengewichte für jede DRG werden sowohl die Gruppierungsdaten als auch die Kalkulationsdaten (Fallkosten, Kostenstellen/Kostenartenschema, etc. gemäß Kalkulationshandbuch) benötigt.

Diagnosen

Sinn und Zweck der Kodierung von Diagnosen ist es, mit den ICD-Kodes für die Haupt- und Nebendiagnosen den Zustand des Patienten bei Aufnahme, mögliche Komplikationen während der Behandlung und die Indikationen für spezifische diagnostische, therapeutische und pflegerische Maßnahmen (Prozeduren) klassifizierend zu beschreiben. Auf der Basis dieser klassifizierenden Daten erfolgt die Eingruppierung des Behandlungsfalls im DRG-System.

Die Praxis hat gezeigt, dass die richtige Kodierung der Diagnosen mit der ICD-10-GM wesentlich mehr Schwierigkeiten bereitet als die Verschlüsselung der Prozeduren mit dem OPS. Das liegt einerseits an der ICD-10-GM selbst, da diese mit ihren eigenen Regeln, den vielen Hinweisen, Inklusiva und Exklusiva schwierig zu handhaben ist und andererseits an der medizinischen Grundproblematik, dass viele Diagnosen nicht genau und messbar definiert werden können, sondern nur beschreibend definierbar sind und das dann oft mit einem großen individuellen Ermessensspielraum. Prozeduren hingegen sind meist präziser definiert und somit leichter mit dem OPS verschlüsselbar.

Prozeduren

Sinn und Zweck der Kodierung von Prozeduren ist es, die während eines Behandlungsfalls durchgeführten Leistungen und den damit verbundenen Aufwand mit Hilfe von OPS-Kodes klassifizierend zu beschreiben. Auf der Basis dieser klassifizierenden Daten erfolgt die Eingruppierung des Behandlungsfalls im DRG-System.

Was bedeutet nun DRG-Relevanz eines OPS-Kodes?

- (A) Jeder OPS-Kode, der im DRG-System bei der Eingruppierung verwendet wird.

- (B) OPS-Kodes, die aufwändige Prozeduren abbilden und die bei der Weiterentwicklung des DRG-Systems potenziell eine ökonomisch differenzierende Bedeutung für einen DRG-Split bekommen können.
- (C) Jede Leistung, die nicht mit einem OPS-Kode verschlüsselt oder verschlüsselbar ist, ist für das DRG-System verloren, denn dafür gibt es kein Geld.

Welche Antworten sind richtig?

Antwort (A) ist sicher richtig. Aber nicht jeder im OPS definierte Prozedurenkode wird auch bei der Eingruppierung im DRG-System verwendet, sondern nur etwa 80% bis 90% aller OPS-Kodes.

Antwort (B) ist ebenfalls richtig. Diese Prozeduren müssen heute schon kodiert werden, damit diese, zusammen mit den Kostendaten, bei der Weiterentwicklung des DRG-Systems schon frühzeitig, d.h. in der nächsten Kalkulationsrunde, berücksichtigt werden können. Aus methodischen Gründen werden wahrscheinlich jedoch nur solche OPS-Kodes in das DRG-System aufgenommen, die eine ausreichende ökonomisch differenzierende „Kraft“ haben, kosteninhomogene DRGs diskriminatorisch zu trennen und einen DRG-Split bewirken können. Das sind insbesondere aufwändige und besonders teure Leistungen.

Antwort (C) ist falsch. Die Berechnung der Kostengewichte erfolgt anhand der Kalkulationsdaten, die auch den Aufwand und die Kosten von nicht mit dem OPS abbildbaren bzw. kodierbaren Prozeduren berücksichtigen, wie z.B. Infrastrukturkosten, Hotelkosten, Beratung, Konsultationen und Arzneimittel. Im DRG-System erfolgt nämlich keine Einzelleistungsvergütung von Prozeduren nach dem OPS.

Merke: Die ICD-10-GM-Kodes und OPS-Kodes werden für die Eingruppierung des Behandlungsfalls im DRG-System und für die Weiterentwicklung des DRG-Systems benötigt.

Mit den ICD-10-GM-Kodes wird der Zustand des Patienten klassifizierend beschrieben.

Mit den OPS-Kodes werden die durchgeführten Leistungen klassifizierend beschrieben.

Mit der erzielten DRG werden die mittleren Kosten aller Fälle in dieser DRG vergütet und nicht die Kosten des jeweiligen Einzelfalls.

Notizen:

Allgemeine Kodierrichtlinien

Albrecht Zaiß

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

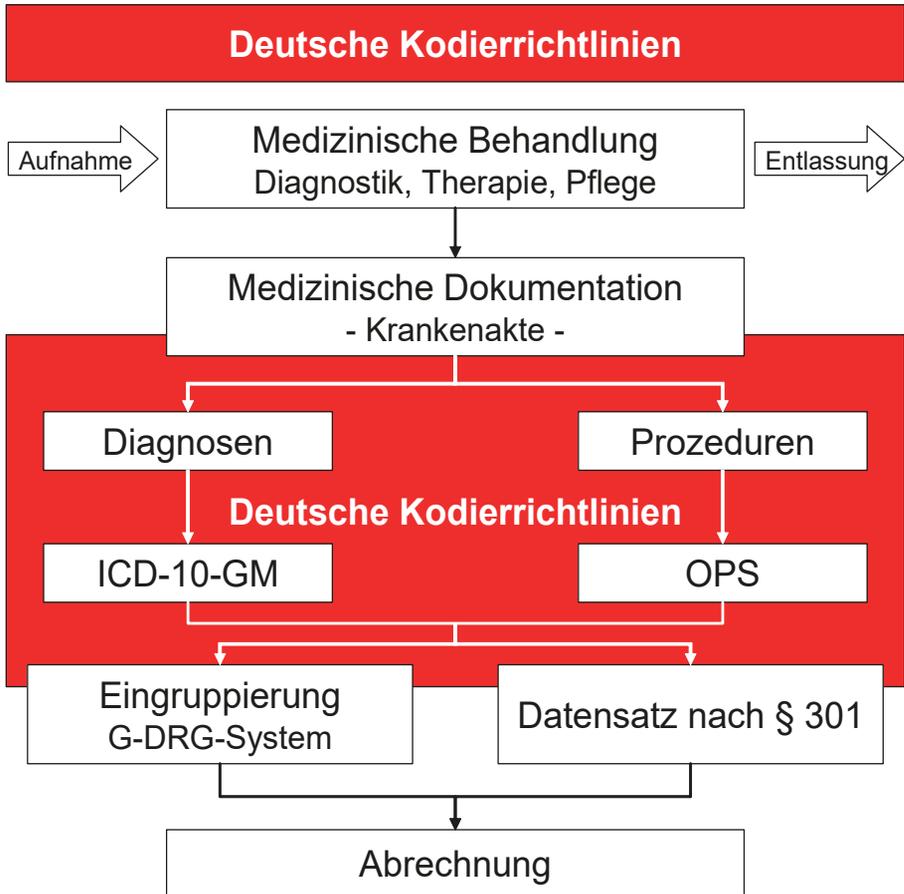


Abbildung D-1: „Wirkungsbereich“ der Deutschen Kodierrichtlinien

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. Die Korrektheit der kodierten Diagnosen und Prozeduren ist somit anhand der Aufzeichnungen in der Krankenakte zu belegen.

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 (MD), 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 MD oft nicht nötig. Muss auf die Akte zurückgegriffen werden, so zählt für die MD-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 während der Behandlung 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 (engl. *MDC Major Diagnostic Category*) 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 *D003/ 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 (Krankenakte) 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 *D003/ 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 Hauptdiagnose	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 Hauptdiagnose	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 Hauptdiagnose (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 *D003/ 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 *D003/ 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 Aufnahme- oder Einweisungsdiagnose entsprechen.“

Diese Definition steht im Gegensatz zur bis zur Einführung des DRG-Systems im Jahre 2003 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 Aufnahme- oder Einweisungsdiagnosen 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 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 vollständige 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 angegeben ist, gilt diese Regelung immer.

Bei der Festlegung der Hauptdiagnose anhand des Aufnahmearlasses 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 Koronararterienbypass (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

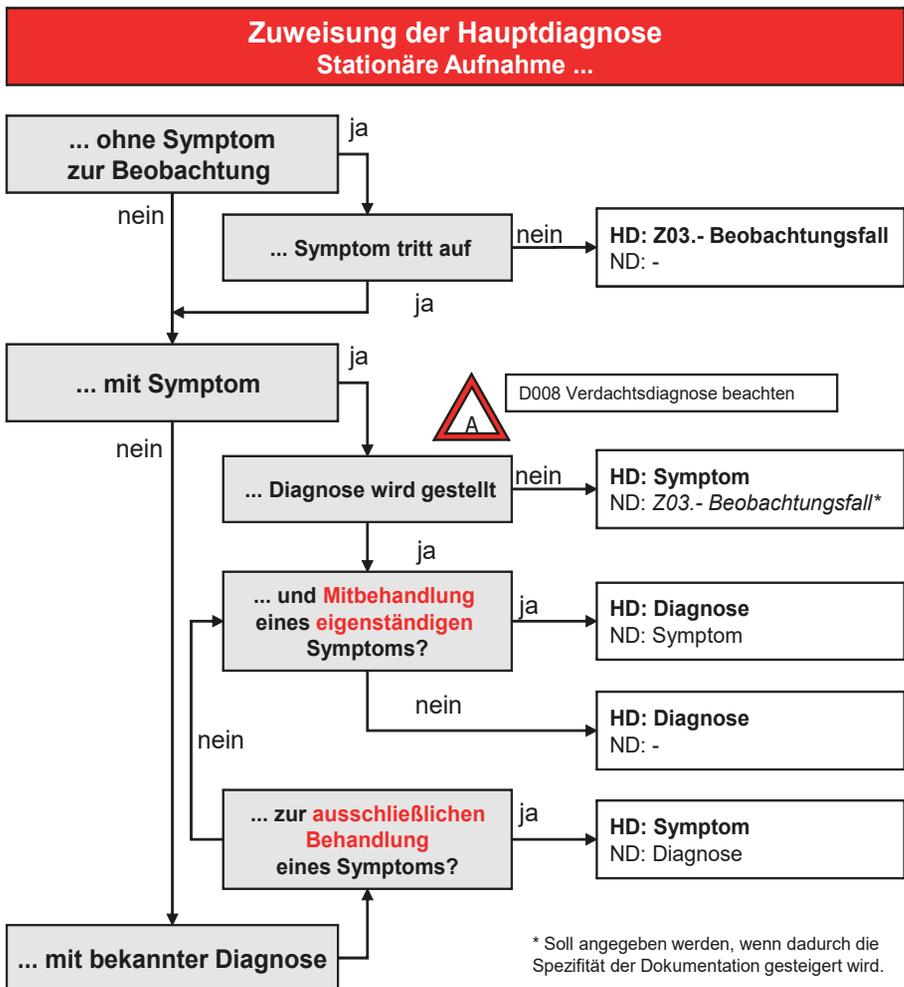


Abbildung D-2: Flussdiagramm Zuweisung der Hauptdiagnose

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 Code für einen pathologischen Befund als Zustandsbeschreibung 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 ...“

Hier muss zwischen Verdachtsdiagnosen, die Arbeitsdiagnosen des behandelnden Arztes sind, und Verdachtsdiagnosen im Sinne der Kodierrichtlinien unterschieden werden (siehe nächsten Abschnitt).

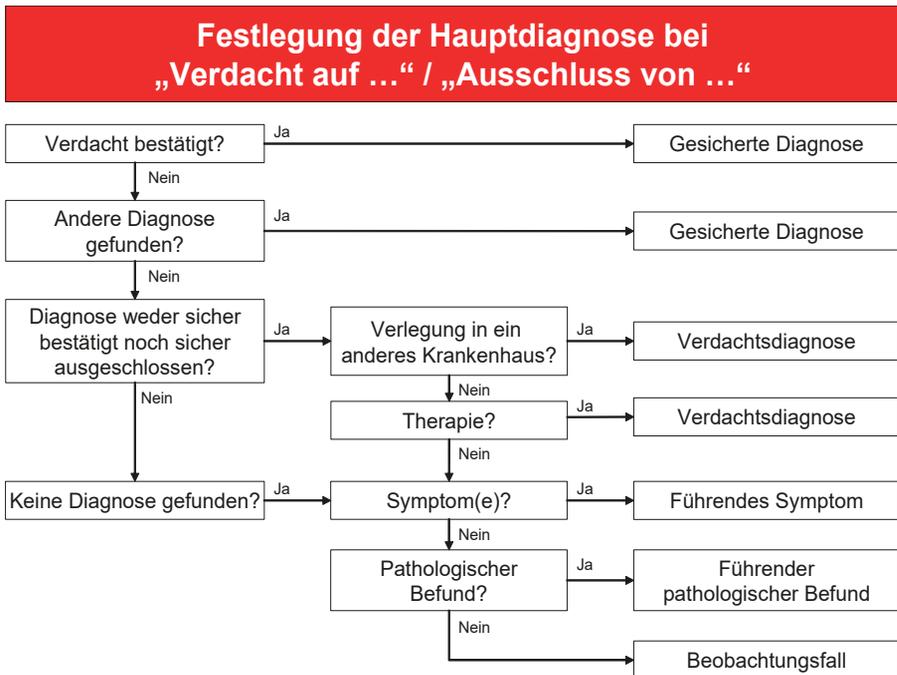


Abbildung D-3: Festlegung der Hauptdiagnose bei „Verdacht auf ...“ bzw. „Ausschluss von ...“

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 also nicht bestätigt und auch keine Therapie durchgeführt wurde (somit nur 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 Code 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, z.B. wegen Komplikationen, ist die Hauptdiagnose dann anhand des jeweiligen Aufnahmearbeit 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.