

REDAKTIONELLE HINWEISE

I. Allgemeine Hinweise

Die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) sind nach folgenden Regeln gekennzeichnet:

1. Alle Kodierrichtlinien haben eine feste 4-stellige Kennzeichnung, z.B. D001, gefolgt von einem kleinen Buchstaben zur Kennzeichnung der jeweiligen Version. Alle Kodierrichtlinien der Version 2002 haben das Kennzeichen „a“. Kodierrichtlinien mit inhaltlichen Änderungen sind in der Version 2003 mit „b“, in Version 2004 mit „c“ usw. fortlaufend gekennzeichnet. Kodierrichtlinien mit inhaltlichen Änderungen in der Version 2022 tragen entsprechend den kleinen Buchstaben „u“ am Ende. Die 4-stellige Grundnummer ändert sich nicht. Bei Verweisen auf einzelne Kodierrichtlinien im Text wurde auf die Kennzeichnung der Version mit Kleinbuchstaben verzichtet.
2. Die Allgemeinen Kodierrichtlinien für Krankheiten beginnen mit „D“ gefolgt von einer 3-stelligen Zahl.
3. Die Allgemeinen Kodierrichtlinien für Prozeduren beginnen mit „P“ gefolgt von einer 3-stelligen Zahl.
4. Die Speziellen Kodierrichtlinien beginnen mit der 2-stelligen Kapitelnummer gefolgt von einer 2-stelligen Zahl.

In vielen Kodierrichtlinien werden Beispiele und/oder Listen mit ICD-10-GM- bzw. OPS-Kodes aufgeführt. Diese Beispiele bzw. Listen stellen jedoch keine abschließende Aufzählung bzw. Ausdifferenzierung aller zutreffenden Kodes dar. Um die genauen Kodes zu finden, sind in den jeweiligen Klassifikationen die Querverweise mit Inklusiva, Exklusiva sowie die Hinweise zu beachten.

II. Schlüsselnummern (Kodes)

In den Deutschen Kodierrichtlinien wird auf Schlüsselnummern (Kodes) aus der ICD-10-GM und dem OPS verwiesen. Diese Kodes sind **in unterschiedlicher Schreibweise** aufgeführt.

Die Kodierrichtlinien enthalten sowohl Kodieranweisungen, die sich auf einzelne (terminale) Schlüsselnummern beziehen, als auch auf hierarchisch übergeordnete Schlüsselnummern.

Zum Teil wird in den Kodierrichtlinien ausdrücklich darauf hingewiesen, dass eine Kategorie Subkategorien/-klassen besitzt, wobei diese näher beschrieben werden. An anderen Stellen wird durch Formulierungen wie „...ist mit einem Kode aus/einem Kode der Kategorie... zu verschlüsseln“ auf die Existenz von Subkategorien hingewiesen. In diesen Fällen gelten die betreffenden Kodieranweisungen für alle terminalen Kodes, die unter der angegebenen Kategorie klassifiziert sind.

Zur medizinischen Dokumentation ist immer der Kode für die spezifische Erkrankung bzw. Prozedur in der höchsten Differenziertheit (bis zur letzten Stelle des Kodes) zu verschlüsseln.

Die folgenden Tabellen präsentieren typische Beispielkodes.

Darstellung der Kodes in den Deutschen Kodierrichtlinien

1. ICD-10-GM

Beispielkode	Text (<i>kursiv</i>)	Die Kodierregel bezieht sich auf:
E10–E14	<i>Diabetes mellitus</i>	die Gruppe mit allen Subkategorien.
E10–E14, 4. Stelle „,5“	<i>Diabetes mellitus mit peripheren vaskulären Komplikationen</i>	die 4. Stellen einer Gruppe (hier 4. Stelle „,5“), einschließlich aller darunter klassifizierten Kodes.
E10–E14, 5. Stelle „,1“	<i>Diabetes mellitus, als entgleist bezeichnet</i>	eine ausgewählte 5. Stelle bei den 4-Stellern „,2 - .6 sowie .8 und .9“ (hier 5. Stelle „,1“).
E11.–	<i>Diabetes mellitus, Typ 2</i>	den Dreisteller mit allen darunter klassifizierten Kodes.
E11.5-	<i>Diabetes mellitus, Typ 2 mit peripheren vaskulären Komplikationen</i>	die Kategorie (Viersteller) mit allen darunter klassifizierten Kodes.
E11.x0	<i>Diabetes mellitus, Typ 2, nicht als entgleist bezeichnet</i>	die 5. Stelle eines Dreistellers (hier 5. Stelle „,0“).
I20.0	<i>Instabile Angina pectoris</i>	genau diesen Kode (endständiger Kode).
M23.2-	<i>Meniskusschädigung durch alten Riss oder alte Verletzung</i>	die Kategorie (Viersteller) mit allen darunter klassifizierten Kodes.
M23.2- [0-9]	<i>Meniskusschädigung durch alten Riss oder alte Verletzung</i>	die 5. Stellen eines Vierstellers; Teilweise werden die 5. Stellen in Listen für mehrere Kodes zusammen- gefasst. [0-9] weist in diesem Fall darauf hin, welche 5. Stellen sinnvoll zu kombinieren sind.
M23.2- [1,2]	<i>Meniskusschädigung durch alten Riss oder alte Verletzung</i>	zwei ausgewählte Fünfsteller (5. Stelle „,1“ und 5. Stelle „,2“), die in Kombination mit dem angegeben Viersteller plausibel sind.

2. OPS

Beispielkode	Text (<i>kursiv</i>)	Die Kodierregel bezieht sich auf:
5-42	<i>Operationen am Ösophagus</i>	den Dreisteller und mit allen darunter klassifizierten endständigen Kodes (hier die Viersteller 5-420 bis 5-429 mit allen 5. und 6. Stellen).
5-420	<i>Inzision des Ösophagus</i>	den Viersteller und alle darunter klassifizierten endständigen Kodes mit 5. und 6. Stellen.
5-420.0	<i>Ösophagomyotomie</i>	den Fünfsteller und alle darunter klassifizierten endständigen Kodes.
5-420.00	<i>Ösophagomyotomie, offen chirurgisch abdominal</i>	genau diesen Kode (endständiger Kode).
5-420.0, .1, .2	<i>Inzision des Ösophagus</i>	drei bestimmte unter dem Viersteller (hier 5-420) klassifizierte Fünfsteller und Sechssteller.

III. Fallbeispiele

Die Deutschen Kodierrichtlinien enthalten Kodieranweisungen und passende Fallbeispiele, die zu ihrer Veranschaulichung dienen. In den Beispielen folgen der Beschreibung eines klinischen Falles die zu verwendenden Schlüsselnummern und die dazu gehörigen, kursiv gedruckten Texte der entsprechenden Klassifikation (ICD-10-GM bzw. OPS).

Während die ICD-Texte in der Regel originalgetreu aus der Klassifikation übernommen wurden, wurden die Texte für die OPS-Kodes teilweise geglättet, um redundante Informationen zu vermeiden und um dadurch sehr lange und unübersichtliche Texte zu kürzen. Sinngemäß enthalten diese jedoch in jedem Falle die volle Information des jeweiligen OPS-Kodes.

Viele Beispiele bilden die vollständige Kodierung eines stationären Falles mit sämtlichen anzugebenden Diagnosen- und Prozedurenkodes ab.

In anderen Fällen sind nur die Kodes aufgeführt, die im Zusammenhang mit der jeweiligen Kodierrichtlinie stehen; so können z.B. die Diagnosekodes in Beispielen fehlen, die die Kodierung bestimmter Prozeduren veranschaulichen, oder die Prozeduren fehlen in Beispielen, die die Zuweisung von Diagnosekodes demonstrieren.

In den Beispielen, in denen ICD-Kodes für „nicht näher bezeichnete“ Diagnosen verwendet wurden, sind die im Beispieltext angegebenen Diagnosen nach den Regeln der ICD-10-GM korrekt verschlüsselt.

Bei den Diagnosenangaben wurde mit Ausnahme von Beispiel 2 in DKR D011 *Doppelkodierung* (Seite 40) und bei den Prozedurenangaben mit Ausnahme von Beispiel 4 in DKR P005 *Multiple Prozeduren/Prozeduren, unterschieden auf der Basis von Größe, Zeit oder Anzahl/Bilaterale Prozeduren* (Seite 82) und Beispiel 1 und 2 in DKR D011 *Doppelkodierung* auf die Angabe der Seitenlokalisierungen verzichtet und die ICD-Kodes bzw. OPS-Kodes ohne die Zusatzkennzeichen (R=rechts, L=links, B=beidseitig) angegeben.

Die Darstellung der Beispiele für Mehrfachkodierung entspricht den Regeln der DKR D012 *Mehrfachkodierung* (Seite 41), d.h. zum Beispiel, dass primäre Kodes des Kreuz-Stern-Systems

immer mit einem Kreuz, sekundäre Kodes des Kreuz-Stern-Systems immer mit einem Stern gekennzeichnet sind.

Mit einem Ausrufezeichen gekennzeichnete sekundäre Schlüsselnummern sind zum Teil optional, in anderen Fällen obligatorisch anzugeben. Optional anzugebende ICD-Schlüsselnummern sind in den Beispielen durch einen dunkleren Hintergrund gekennzeichnet.

Die notwendige Aufbereitung der Daten gemäß Datenübermittlungsvereinbarung nach § 301 SGB V wird ebenfalls in der DKR D012 *Mehrfachkodierung* (Seite 41) anhand von Beispielen veranschaulicht. Die in der Datenübermittlungsvereinbarung geregelte Datenstruktur sieht sowohl für die Hauptdiagnose als auch für jede Nebendiagnose jeweils ein Datenfeld Primärdiagnose und Sekundärdiagnose vor. Das Datenfeld Sekundärdiagnose ist für den jeweiligen Sekundär-Diagnoseschlüssel (Kodes mit „*“ oder „!“) vorgesehen.

Die zertifizierten Grouper werten nur die Diagnose aus dem Feld „Primärdiagnose der Hauptdiagnose“ als Hauptdiagnose. Alle anderen Diagnosen werden vom Grouper als Nebendiagnosen gewertet.

Es wird darauf hingewiesen, dass in der Darstellung der Beispiele der Kodierrichtlinien eine Unterscheidung nach Primär-Diagnoseschlüssel und Sekundär-Diagnoseschlüssel sowie eine Wiederholung von gleichen Kodes nicht vorgenommen wurde (s.a. Seite 41). Die Kodierrichtlinien regeln ausschließlich die Übertragung von Diagnosen und Prozeduren in die dafür vorgesehenen Kodes. EDV-technische Details werden hier nicht geregelt.

ALLGEMEINE KODIERRICHTLINIEN

Kommentar

Die Allgemeinen Kodierrichtlinien stellen allgemeine Grundprinzipien der Kodierung für sämtliche Fachbereiche dar. Die Speziellen Kodierrichtlinien sind fachspezifische Detailregelungen, die teilweise ein Abweichen von den Allgemeinen Kodierrichtlinien oder den Regelungen der Medizinischen Klassifikationen (ICD-10-GM oder OPS) erfordern. Wenn Widersprüche zwischen allgemeinen und speziellen Kodierrichtlinien bestehen, richtet sich die Kodierung nach den speziellen Kodierrichtlinien.

Für den Fall, dass zwischen den Hinweisen zur Benutzung der ICD-10-GM bzw. des OPS und den Kodierrichtlinien Widersprüche bestehen, haben die Kodierrichtlinien Vorrang.

Im Hinblick auf die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene nach § 19 KHG gilt es Folgendes zu beachten. Hier ist grundsätzlich zwischen Entscheidungen nach § 19 Absatz 4 und Entscheidungen nach Absatz 5 KHG zu unterscheiden. Entscheidungen nach Absatz 4 (Neuanträge) sind nach Anrufung auf Entscheidung innerhalb von 8 Wochen zu treffen. Entscheidungen nach § 19 Absatz 5 KHG beziehen sich auf zwischen SEG-4 und FoKA bis zum 31.12.2019 strittig gestellten Kodierempfehlungen und waren im Jahr 2020 zu entscheiden.

Alle Entscheidungen gelten für die Erstellung oder Prüfung von Krankenausabrechnungen für Patienten, die ab dem ersten Tag des übernächsten auf die Veröffentlichung der Entscheidung folgenden Monats in das Krankenhaus aufgenommen werden bzw. für Krankenausabrechnungen, die zum Zeitpunkt der Veröffentlichung bereits Gegenstand einer Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275 Abs. 1 Nummer 1 SGB V sind.

Dabei ist zu beachten, dass sich die Gültigkeit der Schlichtungssprüche nur auf die zum Zeitpunkt der Entscheidung bestehende Sach- und Rechtslage bezieht. Werden u.a. Kodier- oder Abrechnungsregelungen, auf die sich die Entscheidung des Schlichtungsausschusses bezieht, später im Rahmen von Überarbeitungen und Aktualisierungen geändert, kann die der Entscheidung zugrundeliegende Rechtslage dadurch wegfallen. Der Schlichtungsspruch kann dann auf die neue geänderte Sach- und Rechtslage nicht mehr angewendet werden. (z.B. Änderung der DKR, Wegfall eines OPS-Kodes).

Somit ist im Hinblick auf die Gültigkeit und Anwendbarkeit der Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene immer das Datum der Entscheidung und die zu dem Zeitpunkt von der Entscheidung betroffene Sach- und Rechtslage zu beachten.

ALLGEMEINE KODIERRICHTLINIEN FÜR KRANKHEITEN

Diese Kodierrichtlinien beziehen sich auf:

ICD-10-GM Systematisches Verzeichnis Version 2022 und

ICD-10-GM Alphabetisches Verzeichnis Version 2022

Kommentar

Standardisierte Kodierung „seltener Erkrankungen“ in Deutschland

Das BfArM gibt zusammen mit dem Alphabetischen Verzeichnis zur ICD-10-GM die Alpha-ID heraus. Sie enthält für alle Einträge des Alphabetischen Verzeichnisses in der EDV-Fassung jeweils den Alpha-ID-Kode und den ICD-10-GM-Kode. Nur wenige seltene Erkrankungen sind mit der ICD-10-GM spezifisch kodierbar, haben also einen eigenen Kode. Die meisten sind als sogenannte Inklusiva einem unspezifischen Kode zugeordnet, anhand dessen sie nicht mehr eindeutig identifiziert werden können. Außerdem fehlen im Alphabetischen Verzeichnis der ICD-10-GM noch etliche seltene Erkrankungen.

Ein spezifisches Kodiersystem für seltene Erkrankungen bietet das europäische Referenz-Portal „Orphanet“ mit Informationen über seltene Erkrankungen und Orphan Drugs mit seiner Datenbank Orphadata. Allen seltenen Erkrankungen in dieser Datenbank ist eine Orpha-Kennnummer zugeordnet, eine fortlaufende, nicht sprechende, spezifische Kennnummer.

Für die Zusammenführung von ICD-10-GM-Kode und Orpha-Kennnummer wurden die Datensätze der Alpha-ID um ein Feld für die Orpha-Kennnummer ergänzt und als Alpha-ID-SE vom BfArM publiziert sowie jährlich angepasst. Der Datensatz bietet standardisierte Kodes für die Kodierung von seltenen Erkrankungen. Einträge des Alphabetischen Verzeichnisses der ICD-10-GM zu seltenen Erkrankungen der Alpha-ID-Kode, der ICD-10-GM-Kode und die Orpha-Kennnummer sind dort verknüpft.

Neben der verpflichtenden ICD-10-GM Kodierung können die genannten Instrumente zur klinikinternen Kodierung derzeit noch auf freiwilliger Basis genutzt werden.

Quelle und weitere Informationen: www.dimdi.de

Die Deutschen Kodierrichtlinien beziehen sich aus Gründen der Übersichtlichkeit zumeist auf einen durchgängigen stationären Aufenthalt. Gleichwohl muss ein stationärer Aufenthalt nicht zwingend einem Abrechnungsfall gemäß Abrechnungsbestimmungen entsprechen. Bei einer Zusammenführung mehrerer Krankenhausaufenthalte zu einem Abrechnungsfall bzw. bei der Einbeziehung vor- oder nachstationärer Leistungen nach den geltenden Abrechnungsbestimmungen, sind sämtliche Diagnosen und Prozeduren auf den gesamten Abrechnungsfall zu beziehen. Das hat gegebenenfalls zur Folge, dass mehrere Prozeduren unter Addition der jeweiligen Mengenangaben zu einer Prozedur zusammenzuführen sind.

D001a Allgemeine Kodierrichtlinien

Die Auflistung der Diagnosen bzw. Prozeduren liegt in der Verantwortung des behandelnden Arztes. Obwohl Untersuchungsbefunde entscheidende Punkte im Kodierungsprozess sind, gibt es einige Krankheiten, die nicht immer durch Untersuchungsbefunde bestätigt werden. Zum Beispiel wird Morbus Crohn nicht immer durch eine Biopsie bestätigt.

Der behandelnde Arzt ist verantwortlich für

- die Bestätigung von Diagnosen, die verzeichnet sind, bei denen sich aber kein unterstützender Nachweis in der Krankenakte findet,
- und**
- die Klärung von Diskrepanzen zwischen Untersuchungsbefunden und klinischer Dokumentation.

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

Wenn eine drohende oder sich anbahnende Krankheit in der Krankenakte dokumentiert, aber während des Krankenhausaufenthaltes nicht aufgetreten ist, muss in den ICD-10-Verzeichnissen (s.a. DKR D013 *Im Systematischen Verzeichnis verwendete formale Vereinbarungen* (Seite 52) und DKR D014 *Im Alphabetischen Verzeichnis verwendete formale Vereinbarungen* (Seite 58)) festgestellt werden, ob die Krankheit dort als sich „anbahnend“ oder „drohend“ unter dem Hauptbegriff oder eingerückten Unterbegriff aufgeführt ist. Wenn in den ICD-10-Verzeichnissen solch ein Eintrag existiert, dann ist die dort angegebene Schlüsselnummer zuzuordnen. Wenn solch ein Eintrag nicht existiert, dann wird die Krankheit, die als sich „anbahnend“ oder „drohend“ beschrieben wurde, nicht kodiert.

Beispiel 1

Ein Patient wird mit sich anbahnender Gangrän des Beins aufgenommen, die während des Krankenausaufenthaltes aufgrund sofortiger Behandlung nicht auftritt.

Einen Eintrag „Gangrän, sich anbahnend oder drohend“ gibt es in den ICD-10-Verzeichnissen nicht, und folglich ist dieser Fall anhand der zugrunde liegenden Krankheit zu kodieren, z.B. als Atherosklerose der Extremitätenarterien mit Ulzeration.

I70.24 Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration

Für wenige Diagnosen, die als „drohend“ bezeichnet werden können, gibt die ICD-10 eine Kodierung vor, oder es finden sich entsprechende Hinweise in den ICD-10-Verzeichnissen. Für die Diagnose „Drohender Abort“ zum Beispiel gibt es O20.0 *Drohender Abort*. Die Diagnose „drohender Infarkt“ ist eingeschlossen in I20.0 *Instabile Angina pectoris*.

Kommentar

An dieser Stelle soll auch auf die DKR D008 *Verdachtsdiagnose* verwiesen werden, die eine abweichende Kodierung von dieser Regelung erfordert. Unter DKR D008 ist geregelt, dass bei entsprechend spezifischer Behandlung der Verdachtsdiagnose diese auch zu kodieren ist. Insofern handelt es sich bei der „sich anbahnenden, drohenden Krankheit“ im Sinne der Kodierung nicht um die klassische medizinische „Verdachtsdiagnose“ bzw. Arbeitshypothese/-diagnose. Obwohl die Gangrän nur deshalb verhindert wurde, weil sie entsprechend behandelt wurde, darf sie hier nicht kodiert werden. Die Vorgabe in dieser Kodierrichtlinie ist eindeutig.

D002u Hauptdiagnose

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 Krankenausaufenthaltes war. Die dabei evaluierten Befunde können Informationen enthalten, die aus der medizinischen und pflegerischen Anamnese, einer psychiatrischen Untersuchung, Konsultationen von Spezialisten, einer körperlichen Untersuchung, diagnostischen Tests oder Prozeduren, chirurgischen Eingriffen und pathologischen oder radiologischen Untersuchungen gewonnen wurden. Für die Abrechnung relevante Befunde, die nach der Entlassung eingehen, sind für die Kodierung heranzuziehen.

Die nach Analyse festgestellte Hauptdiagnose muss nicht der Aufnahmediagnose oder Einweisungsdiagnose entsprechen.

Anmerkung 1: Es ist nicht auszuschließen, dass diese Definition der Hauptdiagnose vereinzelt im DRG-System keine adäquate Abbildung der Krankenhausleistung erlaubt. Im Rahmen der Entwicklung und Pflege des Entgeltsystems werden solche Fälle verfolgt und auf ggf. notwendige Maßnahmen geprüft.

Kommentar

Die Festlegung der Hauptdiagnose führt zu häufigen Konflikten zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern. Daher hier einige Basisregeln:

Die Hauptdiagnosedefinition beinhaltet einige zentrale Kernbotschaften:

- Wichtig ist in der Definition das Wort „Veranlassung“. D.h. die Hauptdiagnose steht in mittelbarem oder unmittelbarem Zusammenhang mit der eigentlichen Aufnahme. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Diagnose bei der Aufnahme bereits bekannt war oder nicht, ob die richtige Verdachtsdiagnose von Anbeginn gestellt wurde oder ob sich der Patient nur mit einem Symptom einer zugrunde liegenden Erkrankung vorstellt. Bei unbekannter Diagnose ist es häufig die sich im Verlauf des stationären Aufenthaltes herausstellende Ursache für bestehende Beschwerden (z.B. Appendizitis bei Bauchschmerzen, Tumoren bei Gewichtsabnahme, beschleunigter BSG usw.). Führt beispielsweise eine instabile Angina pectoris zur stationären Aufnahme und entwickelt sich während der Krankenhausbehandlung ein akuter Myokardinfarkt, dann wird dennoch der Myokardinfarkt zur Hauptdiagnose und nicht die instabile Angina pectoris, da der Herzinfarkt die für die Behandlung aufwendigere Diagnose darstellt und mit der den Aufenthalt auch veranlassenden instabilen Angina pectoris in unmittelbarem Zusammenhang steht (s. hierzu auch DKR 0901).

./.

2. Dies leitet zu der „Veranlassung des stationären Aufenthaltes“ über. Bei der Definition der Hauptdiagnose wurde bewusst nicht die Formulierung „Veranlassung der stationären Aufnahme“ gewählt, um auch solchen wie den zuvor genannten Fällen gerecht zu werden. Gleichermaßen gilt beispielsweise für Fälle, bei denen mehrere Diagnosen bei Aufnahme vorlagen oder Anlass zur Aufnahme waren, im Verlauf jedoch nur eine Diagnose den stationären Aufenthalt maßgeblich bestimmt hat. Nur durch diese Regelung ist es möglich, in der Kalkulation der DRGs Fälle mit gleichen Diagnosen gemeinsam zu analysieren, wenn diese den stationären Aufenthalt maßgeblich bestimmt haben. Nur in selteneren Fällen wird ein Patient gezielt zur Behandlung einer Erkrankung eingewiesen werden und sich erst später als Zufallsbefund eine wesentlich aufwendiger zu behandelnde Diagnose zeigen, die weder im mittelbaren noch im unmittelbaren Zusammenhang mit der die Aufnahme veranlassenden Diagnose steht.
3. Zuletzt sei auf die Bezeichnung „nach Analyse“ verwiesen. Diese bedeutet, dass immer erst am Ende eines stationären Aufenthaltes die Festlegung der Hauptdiagnose vorgenommen werden kann. Dabei ist es völlig unerheblich, ob beispielsweise von dem einweisenden Arzt die „richtige“ Einweisungsdiagnose bereits gestellt wurde oder nicht. Laut Gesetz muss der aufnehmende Krankenhausarzt die stationäre Behandlungsbedürftigkeit überprüfen und festlegen. Aber selbst dieser muss nicht von Anbeginn die richtige Diagnose dokumentieren. Darüber hinaus ist es unerheblich, mit welchen Maßnahmen die Diagnose verifiziert wird oder ob sie erst zum Ende des stationären Aufenthaltes erstmals in der Krankenakte dokumentiert ist. Dies ist beispielsweise möglich, wenn keine länger dauernde Therapie nach Abschluss der Diagnostik erforderlich ist.

Bereits in den DKR 2005 wurde der Zusatz: „Für die Abrechnung relevante Befunde, die nach der Entlassung eingehen, sind für die Kodierung heranzuziehen.“ aufgenommen. Dieser klärt die bisherige Diskussion zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen, dass auch nach der Entlassung eingehende Befunde wie z.B. histologische Befunde und Laborbefunde für die Abrechnung kodiert werden können. Findet sich also auch nach der Entlassung in der Histologie ein Malignom, so ist dieses als Hauptdiagnose zu kodieren, auch wenn die ursprüngliche Operation nicht spezifisch für die Behandlung dieses Karzinoms war.

Unberührt hiervon bleibt aber die Kodierrichtlinie D008 zu den Verdachtsdiagnosen. Wurde eine Verdachtsdiagnose entsprechend behandelt und stellt sich hinterher bspw. anhand der Histologie oder anhand von Laborparametern heraus, dass sich die Diagnose nicht bestätigt hat, so ist sie nach D008 weiterhin als Diagnose zu kodieren, weil sie behandelt wurde.

Beispiel 1

Ein Patient litt am Morgen unter starkem Thoraxschmerz, wurde nach der Untersuchung durch den Notarzt per RTW zum Krankenhaus transportiert und dort in der Notambulanz untersucht. Anschließend wurde der Patient mit Verdacht auf Herzinfarkt auf die kardiologische Station aufgenommen. Im weiteren Verlauf bestätigte sich der Herzinfarkt.

Während des stationären Aufenthaltes wurden bis zur Entlassung folgende Diagnosen gestellt:

- Diabetes mellitus
- Koronarsklerose
- Myokardinfarkt

Entscheidend für die Auswahl der Hauptdiagnose sind die Umstände der Aufnahme. Somit ist der Myokardinfarkt die Hauptdiagnose, weil dieser die Aufnahme hauptsächlich veranlasste.

Bei der Festlegung der Hauptdiagnose haben die vorliegenden Kodierrichtlinien Vorrang vor allen anderen Richtlinien. Die Hinweise zur Verschlüsselung mit den ICD-10-Verzeichnissen müssen beachtet werden (s.a. DKR D013 *Im Systematischen Verzeichnis verwendete formale Vereinbarungen* (Seite 52) und DKR D014 *Im Alphabetischen Verzeichnis verwendete formale Vereinbarungen* (Seite 58)).

Kommentar

Die Bewertung der zwischen SEG-4 und FoKA bis zum 31.12.2019 strittig gestellten KDE haben hinsichtlich der Auswahl der Hauptdiagnose insbesondere zu nachfolgenden Kodierregeln Anwendungsprobleme aufgezeigt:

- Zuweisung der zugrundeliegenden Krankheit als Hauptdiagnose.
- Zwei oder mehr Diagnosen, die gleichermaßen der Definition der Hauptdiagnose entsprechen.

Bedeutsam sind in diesem Zusammenhang Symptome einer zugrundeliegenden Erkrankung, weil sie die Spanne vom einfachen Symptom (z.B. Kopfschmerzen bei Migräne) bis hin zu einer nahezu eigenständigen Erkrankung (z.B. tiefe Beinvenenthrombose bei Plasmozytom) einnehmen können. In einzelnen Fällen ist der Zusammenhang zwischen dem Symptom und der zugrunde liegenden Erkrankung zudem nicht zweifelsfrei herstellbar. Bestimmte Symptome bedürfen zudem einer vollständig eigenen Therapie. Während diese „Symptomspanne“ medizinisch betrachtet kein Problem darstellt, erschwert sie offensichtlich die Auswahl der zutreffenden Kodierregel.

Der Schlichtungsausschuss hat in 2020 zu mehreren diesbezüglichen Fallkonstellationen (KDE 39, 150, 294, 296, 541) entschieden. Es bleibt zu hoffen, dass diese Entscheidungen der besseren Orientierung dienen. In jedem Fall zeigen sie, dass die „Zwei-Hauptdiagnosen-Regel“ in der Selbstverwaltung einvernehmlich deutlich häufiger zur Anwendung kommt.

Zuweisung der zugrunde liegenden Krankheit als Hauptdiagnose

Wenn sich ein Patient mit einem Symptom vorstellt und die zugrunde liegende Krankheit zum Zeitpunkt der Aufnahme bekannt ist und behandelt wird bzw. während des Krankenhausaufenthaltes diagnostiziert wird, so ist die zugrunde liegende Krankheit als Hauptdiagnose zu kodieren. Zur Kodierung von Symptomen als Nebendiagnose siehe DKR D003 *Nebendiagnosen*.