

Nyszkiewicz

# DRG-Handbuch für die Handchirurgie

4., neu bearbeitete Auflage

**Leseprobe**



Praxiswissen Abrechnung

 medhochzwei

Nyszkiewicz

**DRG-Handbuch für die Handchirurgie**

# DRG-Handbuch für die Handchirurgie

von

Dr. Ralf Nyszkiewicz

4., neu bearbeitete Auflage

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.

Bei der Herstellung des Werkes haben wir uns zukunftsbewusst für umweltverträgliche und wiederverwertbare Materialien entschieden.

Der Inhalt ist auf elementar chlorfreies Papier gedruckt.

ISBN 978-3-86216-893-4

© 2022 medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg

[www.medhochzwei-verlag.de](http://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 Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Satz: Reemers Publishing Services GmbH, Krefeld

Umschlaggestaltung: kreativmedia KONZEPTION & DESIGN, Hückelhoven

Druck: mediaprint solutions GmbH, Paderborn

# Inhaltsverzeichnis

Vorwort der 4. Auflage.....	7
1 Allgemeines, Begriffsbestimmungen.....	9
1.1 Allgemeines.....	9
1.2 DRG.....	10
1.3 Zuordnung zu einer DRG.....	11
1.4 CC.....	12
1.5 PCCL-Level.....	13
1.6 Zusatzentgelt.....	13
1.7 NUB-Verfahren.....	14
1.8 AOP-Katalog.....	15
1.9 G-AEP.....	21
1.10 Deutsche Kodierrichtlinien (DKR).....	24
1.11 Was ist „Rightcoding“ und wo hört es auf?.....	24
1.12 Wo beginnt das straffbare „Upcoding“?.....	24
1.13 Was ist „Downcoding“?.....	24
1.14 Fehlbelegung.....	25
1.15 Dokumentation.....	25
1.16 Für die Kodierung relevante Anatomie der Hand.....	26
2 Grundlagen der Verschlüsselung.....	27
2.1 Hauptdiagnose.....	27
2.2 Nebendiagnosen.....	29
2.3 Prozeduren.....	31
2.4 Mehrfach erbrachte Prozeduren.....	32
2.5 Was beinhaltet eine Prozedur?.....	35
2.6 Nicht zu kodierende Prozeduren.....	37
2.7 Bereichsübergreifende Eingriffe.....	38
2.8 Rezidiv- und Folgeeingriffe.....	38
2.9 Zusatzinformationen zu Operationen.....	39
3 Verschlüsselung von A bis Z.....	41
3.1 Vorbemerkung.....	41
3.2 Amputation.....	41
3.2.1 Traumatische Amputation.....	42
3.2.2 Therapeutische Amputation.....	44
3.3 Arthrodese.....	45
3.4 Arthrolyse.....	46
3.5 Arthrose/Arthritis.....	48
3.6 Bandnähte und Bandplastiken.....	51
3.7 CRPS.....	53
3.8 Denervation.....	54
3.9 Dupuytren'sche Kontraktur.....	54
3.10 Endoprothesenimplantation.....	57
3.11 Extensor indicis Umlagerung.....	58

3.12	Frakturversorgung .....	59
3.13	Gelenkeingriffe .....	61
3.14	Hammerfinger .....	61
3.15	Hauttransplantation und Lappenplastik .....	62
3.16	Infektionen .....	64
3.17	Kahnbeinpsudarthrose .....	68
3.18	Karpaltunnelsyndrom und andere Nervenkompressionssyndrome .....	69
3.19	Korrekturosteotomie .....	72
3.20	Madelung-Deformität .....	74
3.21	Lappenplastiken .....	75
3.22	Luxationen .....	75
3.23	Mehrstrahleneingriffe .....	77
3.24	Mondbeinnekrose .....	78
3.25	Motorische Ersatzoperationen .....	78
3.26	Nervenkompressionssyndrome .....	80
3.27	Nervennaht .....	80
3.28	Nerventransplantation .....	81
3.29	Neurolyse .....	82
3.30	Opponensplastik .....	82
3.31	Proximal Row Carpektomie .....	83
3.32	Pseudarthrose .....	84
3.33	Radiusfraktur, distal .....	84
3.34	Replantation .....	85
3.35	Resektionsarthroplastik .....	86
3.36	Ringbandsplaltung und Spaltung eines Strecksehnenfaches .....	88
3.37	Schmerztherapie .....	89
3.38	Sehnennaht .....	90
3.39	Sehnentransplantation .....	91
3.40	Sheker-Prothese .....	93
3.41	Synovektomie .....	93
3.42	Tenodese .....	95
3.43	Tenolyse .....	95
3.44	Ulna-Impaktion-Syndrom .....	97
3.45	Weichteilschaden .....	98
3.46	Wunde, chronische (nicht Verbrennungswunden) .....	98
3.47	Z-Plastik .....	100
4	Der MD, auch nach der MDK-Reform noch immer nicht unproblematisch .....	101
4.1	Einleitung .....	101
4.2	Rechtliche Grundlagen .....	101
4.3	Prüfpraxis aus Sicht des Kliniklers – Fehlbelegung .....	104
4.4	Prüfpraxis aus Sicht des Kliniklers – Prüfung der Kodierung .....	109
4.5	Verteidigung der erbrachten Leistung gegen Krankenkasse und MD .....	110
4.6	Tipps zum Vorgehen bei einer MD-Prüfung .....	111
4.7	Checkliste MD-Prüfung .....	118
5	Begriffserklärungen .....	121

## Vorwort der 4. Auflage

Das „DRG-Handbuch für die Handchirurgie“ ist ein seit vielen Jahren beliebter Ratgeber für Medizincontroller ebenso wie für Ärzte. Die letzte, 3. Auflage erschien vor mittlerweile fast fünf Jahren. In der Zwischenzeit haben sich nicht wenige Veränderungen ergeben. Diese betreffen teilweise die Kodierungen, in besonderem Maße aber die Rahmenbedingungen unter denen im Krankenhaus gearbeitet werden muss.

Diese Neuauflage bietet wiederum an die aktuellen DRG-Kataloge angepasste Ergänzungen der Beispiele. Die Änderungen in den Klassifikationen sind erfreulicherweise begrenzt. Die praxisnahen Tipps zum Kodieren haben sich in der Vergangenheit bewährt und wurden deshalb im Wesentlichen beibehalten.

Außerdem wurden wiederum wie schon in den vergangenen Auflagen auf der Grundlage der Rückmeldungen und Anfragen der Nutzer unseres Kodierhandbuches Veränderungen in die neuen Kodierempfehlungen eingearbeitet. Für die Anregungen und Hinweise möchte ich mich auf diesem Wege herzlich bei den Anwendern dieses Kodierhandbuches bedanken.

Eine wesentliche Änderung der Rahmenbedingungen hat sich dadurch ergeben, dass der Bundestag beschlossen hat, den medizinischen Dienst der Krankenkassen organisatorisch von den Krankenkassen zu lösen, um für eine höhere Neutralität zu sorgen. Äußerlich erkennbar ist diese Veränderung an der Umbenennung zu „Medizinischer Dienst“ (also nicht mehr Medizinischer Dienst der Krankenkassen). Geplant ist, dass der medizinische Dienst in Zukunft die Krankenhäuser seltener, dafür aber gezielter als bisher Prüfungen unterziehen soll. Eine weitere wesentliche Änderung besteht in den geplanten, aber noch nicht umgesetzten Änderungen im AOP-Katalog. Hier sind wesentliche Veränderungen geplant. Auch zu diesem Thema wird, ausgehend vom aktuellen Kenntnisstand, Stellung genommen.

Eberswalde, April 2022

Ralf Nyszkiewicz

# 1 Allgemeines, Begriffsbestimmungen

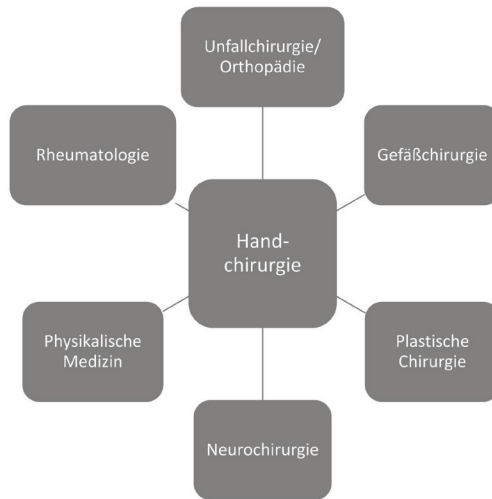
## 1.1 Allgemeines

Seit der verbindlichen Einführung der DRGs (Diagnosis Related Groups) in Deutschland am 1.1.2004 sind inzwischen mehr als 18 Jahre vergangen, dennoch zeigt die tägliche Praxis, dass weithin noch viele Irrtümer und Fehlinterpretationen den Umgang der Kolleginnen und Kollegen „vor Ort“ mit diesem System prägen. Es gibt sicher inzwischen viele Ärztinnen und Ärzte bzw. Kodierfachkräfte, die sich in dem System zurechtfinden und gute Arbeit leisten bei der Abbildung der Leistung ihrer jeweiligen Abteilung. Typisch für das Deutsche DRG-System ist jedoch, dass es mittlerweile so kompliziert aufgebaut ist, dass es sicher in diesem Land kaum mehr als eine Handvoll Menschen geben dürfte, die das System mit allen seinen spezifischen Regelungen wirklich bis ins letzte Detail kennen. Dieses DRG-Handbuch soll helfen, die wesentlichen Informationen für die Kodierung von handchirurgischen Krankheitsbildern zu vermitteln. Die in diesem Buch aufgeführten und mit Beispielen erklärten Kodierempfehlungen ersetzen nicht die deutschen Kodierrichtlinien sowie die der Kodierung zugrunde liegenden Klassifikationssysteme ICD-10-GM und OPS-301 in ihrer jeweils gültigen Form. Grundsätzlich ist die Kodierung der Diagnosen und Leistungen mit dem höchsten möglichen Grad an Detaillierung („so genau wie möglich“) vorzunehmen.

Die Handchirurgie ist ein Fachgebiet, welches sich nicht an die im DRG-System vorgegebenen Grenzen der Organsysteme hält, sondern sich auf die Wiederherstellung der Funktion eines speziellen Körperteils in der gesamten Tiefe der verschiedenen hier zusammenspielenden Teilbereiche konzentriert. Die folgende Skizze verdeutlicht, aus welchen Teilbereichen der Medizin die diagnostischen und therapeutischen Werkzeuge stammen, die in der Handchirurgie mit dem Ziel der Wiederherstellung der Funktion des Organs Hand zusammengefasst sind:

Die Handchirurgie ist ein Fachgebiet, welches sich nicht an die im DRG-System vorgegebenen Grenzen der Organsysteme hält, sondern sich auf die Wiederherstellung der Funktion eines speziellen Körperteils in der gesamten Tiefe der verschiedenen hier zusammenspielenden Teilbereiche konzentriert. Die folgende Skizze verdeutlicht, aus welchen Teilbereichen der Medizin die diagnostischen und therapeutischen Werkzeuge stammen, die in der Handchirurgie mit dem Ziel der Wiederherstellung der Funktion des Organs Hand zusammengefasst sind:





Diese hohe Bandbreite an Fachgebieten mit ihren jeweiligen spezifischen Diagnosen und Therapieoptionen erschwert die Kodierung in unserem Fachgebiet zusätzlich. Eine möglichst genaue und sorgfältige Kodierung aller relevanten Diagnosen und Prozeduren hat mehrere Vorteile: Sie verringert die Zahl der Krankenkassenanfragen und MD-Prüfungen (zumindest in Bezug auf die primäre Fehlbelegung). Sie bildet die Leistungen der eigenen Abteilung besser ab. Sie führt in aller Regel zu einer leistungsgerechteren Vergütung des Einzelfalles.

Hinweis zu männlichen/weiblichen Wortformen:

Soweit im Text Substantive verwendet werden, für die männliche und weibliche Wortformen existieren, sind je nach inhaltlichem Zusammenhang beide Formen gemeint, auch wenn aus Gründen der vereinfachten Lesbarkeit lediglich die männliche Form Anwendung findet.

Um dem Anwender dieses DRG-Handbuchs die Arbeit zu erleichtern, seien einige kurz gefasste allgemeine Erläuterungen der wichtigsten Begriffe und Fachausdrücke vorangestellt.

## 1.2 DRG

Eine DRG (Diagnosis Related Group) stellt eine Gruppe von Behandlungsmaßnahmen dar, die folgende Gemeinsamkeiten aufweisen:

- Sie stehen in Beziehung zu einer Diagnose oder einer Gruppe von Diagnosen
- Sie stellen eine Gruppe von ökonomisch vergleichbaren Fällen dar.

Somit muss eine DRG keinesfalls medizinisch vergleichbare Fallkonstellationen enthalten (dies ist eher die Ausnahme als die Regel), sondern sie enthält wirtschaftlich vergleichbare Fallkonstellationen. Hieraus folgt, dass in ein und derselben DRG multiple Fallkonstellationen enthalten sein können, die bestenfalls die anatomische Region der Erkrankung (z. B.: Erkrankungen des Nervensystems oder Erkrankungen der oberen Extremität) miteinander gemeinsam haben.



## 2 Grundlagen der Verschlüsselung

### 2.1 Hauptdiagnose

Die Hauptdiagnose ist in vielen DRGs von zentraler Bedeutung für die Einordnung eines entsprechenden Behandlungsfalles in die entsprechende Basis-DRG. Die Definition der Hauptdiagnose gemäß den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) lautet:

*„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 Tatsache, dass die Hauptdiagnose rückblickend, also nach Abschluss des gesamten Krankenhausaufenthaltes, festgelegt wird, ist von besonderer Wichtigkeit.

Folgendes Fallbeispiel soll dies verdeutlichen:

---

#### Fallbeispiel 1

Patient mit Rötung, Überwärmung und Schwellung des Unterarmes nach einer Bagatellverletzung am Handrücken. Klinisch besteht das Vollbild einer Unterarmphlegmone, was intraoperativ bestätigt wird. Eine sichere Abgrenzung der Gewebeschichten ist nicht mehr möglich, da durch den Infekt bereits die Strukturen der einzelnen Gewebeschichten teilweise in Auflösung begriffen sind (dies wird auch im OP-Bericht eindeutig so beschrieben). Darüber hinaus sind die Sehnen des ersten Streckerfaches teilweise nekrotisch. Die Therapie besteht im radikalen Debridement im Bereich von Haut, Subkutis, des Retinaculum extensorum und des distalen Radius mit Einlage von Medikamententrägern sowie der Resektion der nekrotischen Sehnenanteile. Postoperativ kalkulierte Antibiotikum-Therapie intravenös. Das Abstrichergebnis ergibt als Keim einen *Staphylococcus aureus*.

---

Es liegen zwei Diagnosen vor:

- M65.13 Sonstige infektiöse (Teno-)Synovitis, Unterarm
- L03.10 Phlegmone an der oberen Extremität

Die durchgeführte Operation sollte folgendermaßen verschlüsselt werden

- 5-896.28 Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig, mit Einlegen eines Medikamententrägers: Unterarm
- 5-852.03 Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision einer Sehne, partiell: Unterarm (Dieser Kode muss 2 mal verschlüsselt werden, da beide Sehnen teilexzidiert wurden)
- 5-869.1 Weichteildebridement, schichtenübergreifend

Hierbei könnte es Diskussionen geben, ob ein Kode aus der Gruppe

5-896 Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut

benutzt werden darf, da es in den Hinweisen zu diesem Kode heißt:

*„Voraussetzung ist das Vorliegen einer Wunde [traumatisch oder nicht traumatisch bedingte Unterbrechung des Zusammenhangs von Körpergewebe mit oder ohne Substanzverlust]. Ohne Wunde ist ein Kode aus dem Bereich 5-894 Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut bzw. aus dem Bereich 5-895 Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut anzuwenden“.*

Als Alternative könnte man dann an Stelle des Kodes für die chirurgische Wundtoilette auch lediglich den Kode

5-892.38 Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Implantation eines Medikamententrägers: Unterarm

einfügen, am Ergebnis der Gruppierung ändert sich dadurch nichts. Interessant ist aber, wie sich die Kodierung der Hauptdiagnose auf die Gruppierung auswirkt:

Wird hier die Unterarmphlegmone (L03.10) als Hauptdiagnose verschlüsselt, so führt dies (unabhängig davon, ob der gefundene Erreger als Sekundärdiagnose (B95.6!) dem Kode für die Phlegmone zugeordnet wurde oder nicht) in die DRG J22Z (Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder mit Weichteildeckung oder Mehrfachtumoren der Haut oder Erysipel) mit einem Relativgewicht von 0,684.

Es lag eine infektiöse Zerstörung der Sehnen des ersten Streckerfaches am Unterarm vor. Dieser Befund erfüllt gleichermaßen die Kriterien der Definition der Hauptdiagnose gemäß den DKR. Wird jedoch die infektiöse Zerstörung der Sehnen des ersten Streckerfaches korrekt mit dem Kode

M65.13 Sonstige infektiöse (Teno-)Synovitis, Unterarm

als Hauptdiagnose verschlüsselt, so führt dies in die DRG I27E (Bestimmte kleine Eingriffe am Weichteilgewebe oder ein Belegungstag) mit einem Relativgewicht von 0,737 und somit zu einer Erhöhung des zu erzielenden Erlöses. Auch hier ist es wiederum irrelevant, ob der Keimnachweis als Sekundärdiagnose mit verschlüsselt wurde oder nicht.

**Anmerkung:** Alle Berechnungen von DRGs in den Fallbeispielen erfolgten mit dem Webgrupper der DRG Research Group der Universität Münster, Version 2022.

Dieses Beispiel demonstriert sehr deutlich, wie wichtig es ist, sich sorgfältig an die Kodierrichtlinien zu halten und insbesondere die Hauptdiagnose sorgfältig zu wählen. Da hier sowohl die Phlegmone als auch die Sehneninfektion bei der Aufnahme bestanden und gleichermaßen die Definition der Hauptdiagnose erfüllen (sogenannte „konkurrierende“ Hauptdiagnosen), darf hier der kodierende Arzt diejenige Diagnose als Hauptdiagnose wählen, die den höheren Ressourcenverbrauch hat. Dies ist hier relativ einfach, da ja die Rekonstruktion der zerstörten Sehnen noch weitere operative Schritte erforderlich macht und somit der gegenüber der



## 3 Verschlüsselung von A bis Z

### 3.1 Vorbemerkung

In diesem Kapitel wird versucht, die Verschlüsselung der wesentlichen Krankheitsbilder und Therapieformen im Bereich der Handchirurgie darzustellen. Soweit möglich, werden die logisch zusammengehörenden Diagnosen und Therapieformen gemeinsam abgehandelt. Hierdurch soll versucht werden, der Denkweise des klinisch tätigen Arztes entgegenzukommen und, wenn irgend möglich, die Verschlüsselung von Diagnosen und Therapien, die „zusammengehören“ auch gemeinsam zu erklären. Die Erarbeitung der jeweiligen Kodierempfehlungen erfolgte nach bestem Wissen und Gewissen. Dennoch entbinden die Vorschläge den Anwender nicht davon, selbst zu überprüfen, ob die empfohlene Vorgehensweise bei der Verschlüsselung tatsächlich auf den jeweiligen Fall übertragbar ist. Alle Berechnungen von DRGs in den Fallbeispielen erfolgten mit dem Webgrouper der DRG Research Group, Version 2012 ([www.drg-research-group.de/index.php?option=com\\_webgrouper&view=webgrouper&Itemid=112](http://www.drg-research-group.de/index.php?option=com_webgrouper&view=webgrouper&Itemid=112)).

**Seit der letzten Auflage dieses Buches wurde eine gravierende Änderung im DRG-System vorgenommen. Aus den bisher bekannten DRG wurden, nachdem die Kosten für die Pflege separiert berechnet werden, die aDRG. Insofern ergeben sich teilweise erhebliche Erlössprünge gegenüber der vorangegangenen Version unseres Kodierhandbuches. Darüber hinaus muss beachtet werden, dass die Angaben in Bezug auf die erreichte aDRG und insbesondere auf die Bewertung der erreichten aDRG (das Relativgewicht) ab dem Jahr 2023 ggf. nicht mehr in allen Fällen bzw. nicht mehr zu 100 % mit den Angaben in diesem Buch übereinstimmen.**

Insbesondere wenn ein und dieselbe Therapie bei unterschiedlichen Diagnosen angewandt werden kann oder wenn für eine Diagnose diverse Therapiemöglichkeiten bestehen, wird es nicht möglich sein, die zusammengehörigen Diagnosen und Therapien auch gemeinsam abzuhandeln. In solchen Fällen wird man unter dem jeweiligen Stichwort einen entsprechenden Vermerk finden. Es versteht sich von selbst, dass es nicht möglich ist, für jede individuelle Situation einen genau passenden Tipp für die Verschlüsselung zu geben. Die Standardsituationen und die nach der persönlichen Erfahrung des Autors oftmals Probleme verursachenden Konstellationen sollen aber möglichst umfassend dargestellt werden. Es soll auch noch einmal betont werden, dass die Dokumentation das Rückgrat für die Verschlüsselung darstellt. Eine Verschlüsselung von Diagnosen oder Prozeduren, die anhand der Dokumentation in der Krankenakte (bei den Prozeduren insbesondere im OP-Bericht) nicht nachvollziehbar ist, wird mit Sicherheit nicht durch irgendeine prüfende Instanz anerkannt werden können.

### 3.2 Amputation

Bei dem Stichwort „Amputation“ muss zwischen der Versorgung einer traumatischen Amputation einerseits und der Amputation eines Gliedmaßenabschnittes andererseits unterschieden werden.

### 3.2.1 Traumatische Amputation

Im Bereich der Handchirurgie kommen im Wesentlichen die folgenden ICD-Kodes bei der traumatischen Amputation zum Tragen:

- S58.0 Traumatische Amputation im Ellenbogengelenk
- S58.1 Traumatische Amputation zwischen Ellenbogen und Handgelenk
- S58.9 Traumatische Amputation am Unterarm, Höhe nicht näher bezeichnet
- S68.0 Traumatische Amputation des Daumens (komplett) (partiell)
- S68.1 Traumatische Amputation eines sonstigen einzelnen Fingers (komplett) (partiell)
- S68.2 Isolierte traumatische Amputation von zwei oder mehr Fingern (komplett) (partiell)
- S68.3 Kombinierte traumatische Amputation (von Teilen) eines oder mehrerer Finger mit anderen Teilen des Handgelenkes und der Hand
- S68.4 Traumatische Amputation der Hand in Höhe des Handgelenkes
- S68.8 Traumatische Amputation sonstiger Teile des Handgelenkes und der Hand
- S68.9 Traumatische Amputation an Handgelenk und Hand, Höhe nicht näher bezeichnet

Auch hier muss beachtet werden, dass bei der Versorgung einer Amputation von zwei und mehr Fingerstrahlen zusätzlich zu dem Kode

- S68.3 Kombinierte traumatische Amputation (von Teilen) eines oder mehrerer Finger mit anderen Teilen des Handgelenkes und der Hand

auch die Anzahl der versorgten Fingerstrahlen mit dem Kode

- 5-86a.0 Einzeitige Mehrfacheingriffe an Mittelhand- und/oder Fingerstrahlen

verschlüsselt werden muss.

Abhängig von der Organisationsstruktur einzelner Häuser mag im Einzelfall auch die Versorgung anderer Amputationsverletzungen durch die Handchirurgen mit erfolgen, dies kann aber in diesem Handbuch nicht berücksichtigt werden.

Grundsätzlich werden zwei verschiedene Therapieverfahren infrage kommen: Die Extremitäten erhaltende Versorgung im Sinne der Replantation bzw. der Revaskularisation oder aber die Stumpfbildung. Die Stumpfbildung stellt in jedem Fall eine plastisch-rekonstruktive Maßnahme durch eine lokale Lappenplastik dar. Sie ist daher bei einer Stumpfbildung an Unterarm, Handgelenk und Mittelhand mit einem Kode aus dem Abschnitt

- 5-857 Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien

des OPS-Kataloges zu verschlüsseln.

Bei einer Stumpfbildung an den Fingern ist die Situation etwas anders, denn hier gibt es keine Faszien oder Muskeln, die für eine Deckung mittels myocutaner oder fasziocutaner Lappen zur Verfügung stehen würden. Aus diesem Grunde ist hier die Anwendung eines Kodes aus den Abschnitten

- 5-903 Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut
- 5-905 Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle
- 5-906 Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut



## 4 Der MD, auch nach der MDK-Reform noch immer nicht unproblematisch

### 4.1 Einleitung

Da der Medizinische Dienst (MD) mit seinen Prüfungen in zunehmendem Maße die Verschlüsselung, aber auch den klinischen Alltag beeinflusst, erscheint ein Kapitel über diesen gerechtfertigt.

Es sei mir gestattet, hierbei eine subjektive Sichtweise auf dieses besondere Kapitel des großen Bereiches der DRG zu pflegen. Eine objektive Betrachtung ist zwar grundsätzlich wünschenswert, aus diversen Gründen, die ich im Weiteren auch erläutere, ist dies aber für einen Menschen, der „mittendrin steckt“ in der Problematik des Umganges mit dem MD, nur äußerst schwer einzuhalten. Insofern bevorzuge ich es, offen dazu zu stehen, dass ich es nicht schaffe, vollständig objektiv zu bleiben, weshalb ich meine Anmerkungen zu diesem Thema aus meiner ganz persönlichen Sichtweise und gelegentlich mit einem Schuss Ironie formuliere.

In jedem Fall möchte ich aber darauf hinweisen, dass ich den MD keinesfalls als Gegner oder gar „Feind“ des klinisch tätigen Arztes respektive der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Medizincontrolling ansehe. Es gibt ihn ja auch gar nicht, **den** MD. Es gibt insgesamt 16 MD, einen für jedes Bundesland und dazu den MD Bund. Jeder MD ist als solches unabhängig und jede(r) beim MD tätige Ärztin/Arzt ist ebenfalls (zumindest formal gemäß dem SGB V) unabhängig und nur ihrem/seinem ärztlichen Gewissen unterworfen. Dies führt dazu, dass ein und derselbe Tatbestand, je nachdem durch welchen MD die Begutachtung durchgeführt wird, unterschiedlich bewertet werden kann. Ja, es kann sogar so weit gehen, dass unterschiedliche Ärzte bei demselben MD den Tatbestand unterschiedlich bewerten.

### 4.2 Rechtliche Grundlagen

Um die Tätigkeit des MD besser einschätzen zu können und auch womöglich ein wenig Verständnis für die beim MD tätigen Kolleginnen und Kollegen und ihre Entscheidungen zu wecken, sollen hier ein paar Worte zu den rechtlichen Grundlagen, aufgrund derer der MD tätig wird (und die auch für den klinisch tätigen Arzt zumindest teilweise relevant sind), erlaubt sein:

Am 7. November 2019 hat der Bundesrat das „Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen“ (MDK-Reformgesetz) verabschiedet. Mit diesem Gesetz soll die Unabhängigkeit des bisherigen MDK von den Krankenkassen gestärkt werden. Um dies zu erreichen, wird der bisherige MDK in eine eigenständige Körperschaft des öffentlichen Rechts überführt. Dabei wird der Verwaltungsrat erweitert. Von den 23 Mitgliedern werden 16 von den Krankenkassen benannt.

Hauptamtlich bei Krankenkassen und deren Verbänden Beschäftigte sind nicht mehr in den Verwaltungsrat wählbar. Fünf Mitglieder werden von Patienten- und Verbraucherschutzverbänden benannt, zwei von den Verbänden der Pflegeberufe und den Landesärztekammern. Hierdurch werden zwar formal einige Mitglieder des Verwaltungsrates krankenkassenunab-

hängig sein, weiterhin sind aber mehr als zwei Drittel der Mitglieder des Verwaltungsrates von den Krankenkassen bestimmt.

Zugunsten der Krankenkassen wurde die Frist, innerhalb derer eine Krankenkasse eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst veranlassen muss, von sechs Wochen auf vier Monate verlängert. Des Weiteren wurde eine Strafgebühr eingeführt, die ein Krankenhaus für vom Medizinischen Dienst als inkorrekt eingestufte Abrechnungen bezahlen muss, implementiert. Zukünftig soll eine variable Prüfquote die Zahl der Prüfungen deutlich verringern: je weniger Beanstandungen bei den Abrechnungsprüfungen gefunden werden, desto geringer wird die gesamte Prüfquote für das Krankenhaus. Darüber hinaus soll in Abhängigkeit von der Anzahl der beanstandeten Prüfstelle ein Zuschlag von den Krankenhäusern gezahlt werden, dies ist die oben erwähnte Strafzahlung für fehlerhafte Abrechnungen.

Unbeanstandete Abrechnungen (pro Quartal)	Prüfquote	Aufschlagszahlung (mind. 300 €)
> 60 %	bis zu 5 %	keine
40–60 %	bis zu 10 %	25 % (höchstens 10 % der korr. Rechnung)
< 40 %	bis zu 15 %	50 % (höchstens 10 % der korr. Rechnung)
< 20 % oder bei begründetem Verdacht einer systematisch überhöhten Abrechnung	Keine Beschränkung, also bis zu 100 % (§ 275c Abs. 2 Satz 6 SGB V)	50 % (höchstens 10 % der korr. Rechnung)

Grundsätzlich klingt dies nicht schlecht. Abhängig von der Qualität der Abrechnung können die Krankenhäuser selbst die Höhe ihrer Prüfquote quasi mitbestimmen. Dies birgt aber auch Probleme. Ganz besonders problematisch ist die Tatsache, dass auch Entscheidungen des Medizinischen Dienstes, die sich im späteren Verlauf als nicht gerechtfertigt herausgestellt haben, dennoch unverändert für die Berechnung der Prüfquote herangezogen werden können. Dies heißt konkret, dass eine zunächst einmal vom Medizinischen Dienst getroffene Entscheidung, eine Rechnung sei inkorrekt, bei der Berechnung der Quote von korrekten respektive inkorrekten Rechnungen herangezogen werden wird. Diese Berechnung der Quote an inkorrekten Krankenhausabrechnungen bleibt aber bestehen, auch dann, wenn sich im weiteren Verlauf herausstellt, dass die Auffassung des Medizinischen Dienstes unrichtig war und die Abrechnung in Wirklichkeit korrekt gewesen ist. Also bleibt die Quote an „fehlerhaften Abrechnungen“ unverändert, auch wenn sich im Nachhinein herausstellt, dass es sich gar nicht um fehlerhafte Abrechnungen gehandelt hat. Hiermit ist meines Erachtens der Willkür des Medizinischen Dienstes Tür und Tor geöffnet.

Nach seinem Selbstverständnis ist der Medizinische Dienst (MD) der sozialmedizinische Beratungs- und Begutachtungsdienst für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung. Er stellt sicher, dass die Leistungen der Kranken- und der Pflegeversicherung nach objektiven medizinischen Kriterien allen Versicherten zu gleichen Bedingungen zugutekommen (Quelle: [www.medizinischerdienst.de/medizinischerdienst/medizinischer-dienst-gesundheitssystem/](http://www.medizinischerdienst.de/medizinischerdienst/medizinischer-dienst-gesundheitssystem/)).

Dieses Selbstverständnis des MD zeigt sehr deutlich, dass er jetzt zwar als Körperschaft des öffentlichen Rechts formal unabhängig von den Krankenkassen agiert, er sieht sich aber wei-



## 5 Begriffserklärungen

Da auch Kolleginnen und Kollegen, die nicht (ausschließlich) handchirurgisch tätig sind oder Kodierfachkräfte diesen Kodierleitfaden nutzen werden, sollen hier ein paar wichtige Abkürzungen noch einmal kurz erläutert werden. Hierbei handelt es sich überwiegend um Begriffe aus dem Kapitel 3 und nicht um Fachbegriffe, die in Kapitel 1 oder 2 bereits ausführlich im Rahmen der Erläuterung grundlegender Begriffe erklärt wurden.

BDC:	Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen
Büchlerlappen:	An einer beugeseitigen Fingerarterie gestielter Insellappen zur Deckung von Defekten im Bereich der Hand
Cross-Arm-Lappen:	Heutzutage nur noch selten benutzter (Fern-)Lappen mit zufallsverteilter Durchblutung, bei dem das Defektareal an der Hand (oder Finger) für mehrere Wochen (in der Regel 3 Wochen) in eine am gegenüberliegenden (Ober-)Arm geschaffene Hauttasche eingenäht wird
DGH:	Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie
DGOOC:	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie
DGPRÄC:	Deutsche Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie
DGU:	Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie
DIMDI:	Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information mit Sitz in Köln. Pflegt die Diagnosen- und Prozeduren-Kataloge ICD und OPS
DKR:	Deutsche Kodierrichtlinien, werden jährlich neu überarbeitet, herausgegeben vom InEK
DMA-Lappen:	Vom Handrücken gehobener, an der Dorsalen Metakarpal Arterie gestielter Insellappen zur Deckung von Defekten im Bereich der Hand
ECRB/ECRL:	Extensor carpi radialis brevis/extensor carpi radialis longus, die beiden radialeitigen Handgelenksstreckmuskeln
EDC:	Extensor digitorum communis, der gemeinsame Langfinger-Streckmuskel
EDM:	Extensor digiti minimi, der individuelle Kleinfinger-Streckmuskel
EI:	Extensor indicis (proprius) der individuelle Zeigefinger-Streckmuskel
InEK:	Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus mit Sitz in Siegburg, zuständig für die Pflege des Deutschen DRG-Systems.
MTX:	Methotrexat inhibiert als Folsäure-Antagonist kompetitiv und reversibel das Enzym Dihydrofolat-Reduktase (DHFR). Anwendung als Basistherapeutikum in der Behandlung von rheumatischen Erkrankungen und als Zytostatikum in der Krebsbehandlung.
PMMA-Kette:	Auf einem dünnen Draht zu Ketten aneinander gereihte, mit dem Antibiotikum Gentamicin angereicherte Kugeln aus Polymethylmetacrylat (PMMA) zur lokalen Antibiotikum-Therapie. PMMA-Ketten werden vor allem im septischen Rahmen der Knochenchirurgie angewandt.
STT-Arthrodes:	Arthrodes der Handwurzelknochen Os Scaphoideum, Os Trapezium und Os Trapezoidum. Durch die Verblockung dieser drei Knochen wird eine Aufrichtung und Fixierung des Kahnbeins erreicht, Einsatz z. B. bei fortgeschrittenem Handwurzelkollaps.
V-Y-Lappen:	Im Allgemeinen als einfach durchzuführen eingeschätzter, jedoch durchaus technisch anspruchsvoller lokaler Verschiebelappen mit zufallsverteilter Durchblutung zur Deckung kleinerer Defekte im Bereich der Finger.



In der 4., neu bearbeiteten Auflage werden in bewährter Weise direkt am Fall die wichtigsten Aspekte der DRG-Abrechnung im Fachgebiet Handchirurgie aufgezeigt.

In diesem Fachgebiet trifft der Grundgedanke des DRG-Systems „Ein Fall – eine Diagnose – eine Prozedur“ nur ausnahmsweise zu. Dies liegt daran, dass die komplexeren handchirurgischen Fälle in der Regel auch eine komplexe Versorgung erfordern, die nicht mit einer Prozedur alleine abzubilden ist. Die einfachen Fälle hingegen fallen oft unter die Vorschriften für das ambulante Operieren nach § 115b SGB V und können daher nur dann unter stationären Bedingungen versorgt werden, wenn die Ausnahmeregelungen des G-AEP greifen.

Im Handbuch werden zum einen die Grundlagen dargestellt, zum anderen werden anhand konkreter Kodierbeispiele die verschiedenen Verschlüsselungsmöglichkeiten „Schritt für Schritt“ erläutert. Wie schon in den bisherigen Auflagen wird versucht, den Blick für das Wesentliche im „Dschungel der Verschlüsselung“ zu schärfen und dabei zu helfen, möglichst sinnvoll und einheitlich korrekt zu verschlüsseln.

Des Weiteren werden die Probleme, welche die MD-Prüfungen bergen, aufgezeigt und anhand konkreter Beispiele versucht, Hilfestellung zu leisten, um die berechtigten Interessen der in einer Klinik handchirurgisch tätigen Ärzte zu wahren. In diesem Rahmen wird auch auf die neue Gesetzgebung in Bezug auf die MD-Prüfung und insbesondere auf die geplanten Änderungen zum ambulanten Operieren eingegangen.

Der Autor:

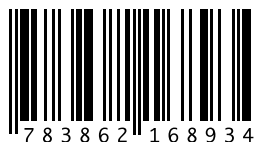
**Dr. Ralf D. Nyszkiewicz**, Jahrgang 1958, Facharzt für Chirurgie, Zusatzbezeichnung Handchirurgie. Abteilungsleiter der Handchirurgie in der Klinik für Orthopädie, Unfall- und Handchirurgie am Werner Forßmann Krankenhaus in Eberswalde. Seit 2003 Mitarbeit für die DGH in der Ständigen Fachkommission DRG von AWMF und BÄK bei der Bundesärztekammer. Langjährige Mitarbeit in der DRG-Kommission der DGH und Leiter der Kommission Abrechnung der DGH.

[www.medhochzwei-verlag.de](http://www.medhochzwei-verlag.de)

 medhochzwei

**Leseprobe**

ISBN 978-3-86216-893-4



9 783862 168934

€ 35,00 (D)