

Änderungen in den Deutschen Kodierrichtlinien 2006

Albrecht Zaiß
Abt. Medizinische Informatik
Universitätsklinikum Freiburg

Deutsche Kodierrichtlinien

Version 2006

- Bearbeitet durch die AG Klassifikation der Selbstverwaltung
 - Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)
 - Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (GKV)
 - Verband der privaten Krankenversicherung (PKV)
 - Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK gGmbH)
- unter Beteiligung von
 - Bundesärztekammer (BÄK)
 - Deutscher Pflegerat
- verabschiedet im Spitzengespräch am 8. September 2005

Deutsche Kodierrichtlinien

Version 2006

- Fortsetzung von „Verschlankung und Klarstellung“
- Bearbeitung von Kapitel 15 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
- Kondensierung und Streichung von DKR zur Vermeidung
 - inhaltlicher Redundanzen innerhalb der DKR
 - inhaltlicher Redundanzen zu ICD-10-GM und OPS
- **Keine** neuen DKR
- Klarstellungen zu spezifischen Fallkonstellationen
- Anpassung der DKR
 - ICD-10-GM Version 2006
 - OPS Version 2006
 - G-DRG Klassifikation Version 2006
- Redaktionelle Überarbeitung

Streichungen (1)

- Übergangsregelungen
 - zur Abrechnung gemäß Bundespflegesatzverordnung
 - alle Krankenhäuser bis 2006 auf DRG umgestellt
- 0102a Virushepatitis
 - Redundant zur ICD-10-GM
- 0504a Panikattacken mit Phobie
 - keine Relevanz (Australisches Erbe)

Streichungen (2)

- 1516a Ältere Erstgebärende
- 1517a Vielgebärende
- 1522a Geburtseinleitung
- 1525c Primärer und sekundärer Kaiserschnitt

Alle keine Relevanz!

- 1803a Stürze
 - Vermeidung von Redundanz zu **neuem** ICD-Kode
R29.6 Stürze, anderenorts nicht klassifiziert

D001a Allgemeine Kodierrichtlinien

Übernahme des Abschnitts zur Bedeutung einer konsistenten, vollständigen 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.

- bisher in DKR D002d Hauptdiagnose

D002d Hauptdiagnose

Aufnahme eines Verweises auf DKR D003 hinsichtlich der Kodierung von Symptomen als Nebendiagnose.

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 Allgemeine Kodierrichtlinien für Krankheiten Deutsche Kodierrichtlinien, Version 2006 5 kodieren. Zur Kodierung von Symptomen als Nebendiagnose siehe DKR D003 *Nebendiagnosen*.

D003d Nebendiagnosen

Symptome als Nebendiagnose

Ein Symptom wird nicht kodiert, wenn es im Regelfall als eindeutige und unmittelbare Folge mit der zugrunde liegenden Krankheit vergesellschaftet ist. Stellt ein Symptom jedoch ein eigenständiges, wichtiges Problem für die medizinische Betreuung dar, so wird es als Nebendiagnose kodiert (siehe auch ICD-10-GM Kapitel XVIII).

Beispiel 5

Ein Patient wird erstmalig mit einem zerebralen Krampfanfall zur Behandlung der Krampfanfälle und zur Abklärung der Ursache stationär aufgenommen. Die CT- und MRT-Diagnostik lässt ein Hirnarterienaneurysma erkennen.

Hauptdiagnose: Hirnarterienaneurysma
Nebendiagnose(n): Zerebraler Krampfanfall

Beispiel 6

Ein Patient wird zur Behandlung rezidivierender zerebraler Krampfanfälle aufgenommen, die durch einen drei Monate vorher diagnostizierten Hirntumor hervorgerufen werden. Es werden die Krampfanfälle behandelt und der Hirntumor wird wegen Progression operiert.

Hauptdiagnose: Hirntumor
Nebendiagnose(n): Zerebraler Krampfanfall

D005d Folgezustände und geplante Folgeeingriffe

- Aufnahme des neuen ICD-10-GM Codes

O94 Folgen von Komplikationen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett

in die Tabelle „Spezifische Schlüsselnummern für die Ursache von Spätfolgen“

D006e Akute und chronische Krankheiten

- Anpassung von Beispiel 1 an neuen ICD-Kode K85.- Akute Pankreatitis

Beispiel 1

Ein Patient wird wegen akuten Schubs bei chronischer idiopathischer Pankreatitis ohne Organkomplikationen aufgenommen.

Hauptdiagnose: K85.00 *Idiopathische akute Pankreatitis ohne Angabe einer Organkomplikation*

Nebendiagnose(n): K86.1 *Sonstige chronische Pankreatitis*

- Austausch der Kodierung des akuten Schubs bei chronischer Bronchiolitis an ICD-10-GM in Abschnitt c)

c) die ICD-10-GM darauf hinweist, dass nur eine Schlüsselnummer erforderlich ist. Zum Beispiel weist bei der Kodierung von „akuter Schub bei chronischer mesenterialer Lymphadenitis“ das Alphabetische Verzeichnis darauf hin, dass die **akute** Krankheit nicht getrennt kodiert werden muss, da sie in runden Klammern nach dem Hauptbegriff aufgeführt ist (d.h. als nicht wesentlicher Modifizierer):

Mesenteriale Lymphadenitis (akut) (chronisch) I88.0

D012e Mehrfachkodierung (1)

- Klarstellung, dass Ätiologie vor Manifestation nur für das Kreuz/Stern-System gilt.

1. Ätiologie- und Manifestationsverschlüsselung: „Kreuz - Stern - System“

Schlüsselnummern für Ätiologie (zugrunde liegende Ursache) werden durch das Kreuz-Symbol (†) und Manifestations-Schlüsselnummern durch das Stern-Symbol (*) gekennzeichnet. Zu kodieren ist **in derselben Reihenfolge, in der sie im Alphabetischen Verzeichnis oder im Systematischen Verzeichnis der ICD-10-GM erscheinen**, d.h. die Ätiologie-Schlüsselnummer, gefolgt von der Manifestations-Schlüsselnummer.

Diese Reihenfolge für die Ätiologie-/Manifestationsverschlüsselung gilt nur für das Kreuz-/Stern-System. Die Hauptdiagnosenregelung der DKR D002 erfährt somit außerhalb der Kreuz-/Stern-Systematik in Bezug auf die Reihenfolge von Ätiologie-/Manifestationskodes keine Einschränkung.

D012e Mehrfachkodierung (2)

- Anpassung des Beispiels 6

Beispiel 6

J91*

Pleuraerguss bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

Hier findet sich kein Hinweis auf entsprechende Kreuzcodes. Jede Schlüsselnummer, die die Ätiologie des Pleuraergusses kodiert, kann verwendet werden, wie z.B. I50.1- *Linksherzinsuffizienz*, und wird mit einem Kreuz (†) gekennzeichnet. Eine Ausnahme hiervon stellt der maligne Pleuraerguss dar, welcher mit C78.2 *Sekundäre bösartige Neubildung der Pleura, Inkl.: Maligner Pleuraerguss, onA* verschlüsselt wird.

- Aufnahme neuer Ausrufezeichenkodes in Tabelle 2 für die obligate Mehrfachkodierung:
 - *R65.-! Systemisches inflammatorisches Response Syndrom [SIRS]*
 - *U60.-! Klinische Kategorien der HIV-Krankheit*
 - *U61.-! Anzahl der T-Helferzellen bei HIV-Krankheit*

P001e Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren

- Streichung des Absatzes

Bluttransfusionen

Bluttransfusionen und Infusionen von Blutprodukten sind **immer dann zu kodieren**, wenn sie nicht als fester Bestandteil einer Prozedur anzusehen sind. Lediglich beim Einsatz der Herz-Lungen-Maschine (HLM) gelten sie als Standardmaßnahme und werden nicht gesondert kodiert.

Für die Kodierung von Bluttransfusionen und Infusionen von Blutprodukten siehe auch [DKR P005d Multiple/Bilaterale Prozeduren](#) (Seite 44) und [P012d Prozeduren, unterschieden auf der Basis von Größe, Zeit oder Anzahl](#) (Seite 49).

- da die Gabe von Bluttransfusionen beim Einsatz der Herz-Lungen-Maschine nicht mehr als Standardmaßnahme zu werten ist.

P005e Multiple/Bilaterale Prozeduren

Beispiel 1

Ein Patient wird zur Exzision von zehn Läsionen aufgenommen: eine bei rezidivierendem Basalzellkarzinom der Nase, drei Läsionen bei Basalzellkarzinom am Unterarm, drei Läsionen bei Keratosis solaris am Rücken, eine Läsion bei Keratosis solaris am Unterschenkel und zwei Läsionen bei Basalzellkarzinom am Ohr.

Hauptdiagnose: C44.3 *Basalzellkarzinom, Nase, rezidivierend*

Nebendiagnose(n): C44.2 *Basalzellkarzinom, Ohr*

C44.6 *Basalzellkarzinom, Unterarm*

C97! *Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen*

L57.0 *Keratosis solaris*

Prozeduren: 5-212.0 *Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe an der äußeren Nase*

5-181.0 *Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres*

5-894.08 *Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut, Unterarm*

5-919.0 *Operative Versorgung von Mehrfachtumoren an einer Lokalisation der Haut in einer Sitzung, 3-5 Tumoren*

5-894.0a *dto., Rücken*

5-894.0f *dto., Unterschenkel*

Aufnahme von C97!

P007a Endoskopie multipler Gebiete

- Anpassung an OPS 2006

Beispiel 1

Eine einfache Ösophago-, Gastro-, Duodeno-, Jejun- und Ileoskopie wird kodiert als

1-636.0 *Diagnostische Intestinoskopie (Endoskopie des tiefen Jejunums und Ileums),
einfach (durch Push-Technik)*

P014e Prozeduren, die normalerweise nicht verschlüsselt werden

Tabelle 1: Beispiele für nicht kodierbare Prozeduren

- Gipsverbände mit Ausnahme aufwändiger Gipsverbände (8-310)
- Verbände, außer bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen (8-191)
- Kardioplegie
- Kardiotokographie (CTG)
- Medikamentöse Therapie mit folgenden Ausnahmen:
 - bei Neugeborenen
 - nicht-antibiotische Chemotherapie
 - systemische Thrombolyse
 - Immunglobulingabe
 - Gabe von Gerinnungsfaktoren
 - Andere Immuntherapie (8-547)
 - antiretrovirale Therapie
 - Medikamente aus 8-012 und 8-013
- Echokardiographie
- Ruhe-EKG
- Langzeit-EKG

P015e Organentnahme und Transplantation

- Kreuz/Stern-System für GVHD

5. Versagen und Abstoßungsreaktion nach Transplantation

Wird ein Patient aufgrund eines Versagens oder einer Abstoßungsreaktion nach Transplantation eines Organs oder Gewebes oder einer Graft-versus-host-Krankheit (GVHD) aufgenommen, wird ein Kode aus T86.– *Versagen und Abstoßung von transplantierten Organen und Geweben* als Hauptdiagnose zugewiesen.

Im Falle einer Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen sind ggf. die Organmanifestationen einer GVHD, sofern diese die Nebendiagnosenkriterien nach DKR D003 *Nebendiagnosen* (Seite 10) erfüllen, unter Beachtung des Kreuz/Stern-Systems zu kodieren. Anschließend ist die (z.B. maligne) Grunderkrankung als Nebendiagnose anzugeben (Diese Regelung hat Vorrang vor DKR 0201 *Auswahl und Reihenfolge der Kodes* (Seite 61)).

Erfolgt die Aufnahme aus einem anderen Grund als des Versagens oder der Abstoßungsreaktion nach Transplantation, so ist T86.– *Versagen und Abstoßung von transplantierten Organen und Geweben* nicht als Hauptdiagnose anzugeben.

- Überarbeitung der Tabelle für die Lebertransplantation

0101d HIV/AIDS

- Umformulierung

HIV-Krankheit (AIDS) – B20, B21, B22, B23.8, B24

Zur Kodierung von Patienten mit einer HIV-assoziierten Erkrankung (dies kann eine AIDS-definierende Erkrankung sein oder nicht) stehen folgende Codes zur Verfügung:

| | |
|-------|--|
| B20 | <i>Infektiöse und Parasitäre Krankheiten infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]</i> |
| B21 | <i>Bösartige Neubildungen infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]</i> |
| B22 | <i>Sonstige näher bezeichnete Krankheiten infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]</i> |
| B23.8 | <i>Sonstige näher bezeichnete Krankheitszustände infolge HIV-Krankheit</i> |
| B24 | <i>Nicht näher bezeichnete HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]</i> |

Die Codes R75 und Z21 sind in diesem Fall nicht zu verwenden.

- Neuer Hinweis auf **Ausnahme:**

Grundsätzlich sind entgegen der Definition einer Nebendiagnose (DKR D003 *Nebendiagnosen* (Seite 10)) alle bestehenden Manifestationen der HIV-Krankheit (AIDS) zu kodieren.

0201e Auswahl und Reihenfolge der Codes

- „Systemische“ Strahlentherapie wie Systemische Chemotherapie

Erfolgt die Aufnahme des Patienten primär zur systemischen Chemotherapie oder „systemischen“ Strahlentherapie (Radiojodtherapie, Ganzkörperbestrahlung) des Primärtumors und/oder der Metastasen, ist das primäre Malignom als Hauptdiagnose zuzuweisen. Erfolgt die Aufnahme des Patienten primär zur systemischen Chemotherapie und ist ausnahmsweise der Primärtumor nicht bekannt, wird die Metastase als Hauptdiagnose angegeben.

0209d Malignom in der Eigenanamnese

- Anpassung von Beispiel 1

Beispiel 1

Ein Patient wurde zur Verlaufsuntersuchung bei vorbestrahltem Blasenkarzinom (laterale Harnblasenwand) aufgenommen. Dabei fand sich kein Rezidiv des Malignoms.

Hauptdiagnose: Z08.1 *Nachuntersuchung nach Strahlentherapie wegen bösartiger Neubildung*

Nebendiagnose(n): Z85.5 *Bösartige Neubildung der Harnorgane in der Eigenanamnese*

Prozedur(en): 1-661 *Diagnostische Urethrozystoskopie*

0501e Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

- Änderung der Hauptdiagnose in Beispiel 2

Beispiel 2

Bei einem Patienten wird eine alkoholbezogene Ösophagitis diagnostiziert.

Hauptdiagnose: K20 *Ösophagitis*

Nebendiagnose(n): F10.1 *Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, schädlicher Gebrauch*

0601e Schlaganfall

- Klarstellung der Kodierung von „alten Schlaganfällen“ (Beispiel 2)

Beispiel 2

Ein Patient wurde mit einer Pneumokokken-Pneumonie aufgenommen. Der Patient hatte vor drei Jahren einen akuten Schlaganfall und erhält seitdem Thrombozytenaggregationshemmer zur Rezidivprophylaxe. Es besteht eine residuale spastische Hemiparese. Diese verursachte erhöhten Pflegeaufwand.

Hauptdiagnose: J13 *Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae*

Nebendiagnose(n): G81.1 *Spastische Hemiparese und Hemiplegie*

I69.4 *Folgen eines Schlaganfalls, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet*

0901e Ischämische Herzkrankheit

- Streichung von Absätzen wegen Widerspruch zu „Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Maßnahmen in D002d Hauptdiagnose

Voraussetzung für die Zuweisung der Codes

Z95.1 *Vorhandensein eines aortokoronaren Bypasses oder*

Z95.5 *Vorhandensein eines Implantates oder Transplantates nach koronarer Gefäßplastik*

ist außer dem Vorliegen anamnestischer Informationen über das Vorhandensein eines Koronararterienbypasses oder eine frühere Koronarangioplastie, dass diese Angaben für die aktuelle Krankenhausbehandlung **von Bedeutung** sind (siehe **DKR D003d Nebendiagnosen** (Seite 11)).

Anmerkung: Für die Abrechnung von Fallpauschalen und Sonderentgelten sind bei der Zuweisung dieser Diagnosen ~~die~~ *Übergangsregelungen* (siehe dort unter **Nebendiagnosen** (Seite XX)) zu beachten.

~~Embolische oder nicht-atherosklerotische Okklusion eines Koronarbypasses wird kodiert als~~

T82.8 *Sonstige Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen.*

1001d Maschinelle Beatmung

- Streichung des Absatzes

„Als Bezugsdatum ist der Tag der ersten Leistung zu wählen ...“

da im Datensatz die Gesamtbeatmungszeit angegeben wird.

Bei einer/mehreren Beatmungsperiode(n) während eines Krankenhausaufenthaltes ist zunächst die Gesamtbeatmungszeit gemäß obigen Regeln zu ermitteln, die Summe ist zur nächsten ganzen Stunde aufzurunden. (s.a. DKR P012 *Prozeduren, unterschieden auf der Basis von Größe, Zeit oder Anzahl* (Seite 47) und DKR P005 *Multiple/Bilaterale Prozeduren* (Seite 42)).

1401e Dialyse

- Dauer bei kontinuierlicher Peritoneal-Dialyse

Prozeduren

Die Codes für **kontinuierlich durchgeführte** Hämofiltrationen (8-853.1, .2), Hämodialysen (8-854.1), Hämodiafiltrationen (8-855.1, .2) und Peritonealdialysen (8-857.1, .2) verschlüsseln an 6. Stelle die Dauer der Maßnahme.

Die Dauer ist vom Beginn bis zum Ende einer Behandlung zu ermitteln. Bei mehreren Anwendungen eines kontinuierlichen Verfahrens während eines stationären Aufenthaltes ist jede Anwendung mit einem Code zu verschlüsseln (keine Addition der Behandlungszeiten). Ein Filterwechsel oder eine vergleichbare technisch bedingte Unterbrechung eines kontinuierlichen Verfahrens begründet jedoch keine erneute Verschlüsselung.

Zur Kodierung bei Aufnahme zur Anlage eines Dialyseshunt siehe DKR 0912 *Chirurgisch angelegte arteriovenöse Fistel/Shunt* (Seite 95).

1505a Vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft

- Anpassung an neue ICD-Kodes O60.-

2. Wenn die Schwangerschaft mit einer **Totgeburt** (Fetalgewicht mindestens 500g, keine Vitalitätszeichen) vorzeitig beendet wird, ist als Hauptdiagnose der Grund für die Schwangerschaftsbeendigung anzugeben, wie z.B.

O35.0 *Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf) Fehlbildung des Zentralnervensystems beim Feten.*

Als Nebendiagnosen sind

O60.1 *Vorzeitige Wehen mit vorzeitiger Entbindung oder*

O60.3 *Vorzeitige Entbindung ohne Wehen,*

O09.-! *Schwangerschaftsdauer*

sowie

Z37.1! *Totgeborener Einling (bzw. der analoge Kode bei Mehrlingen)*

zuzuweisen.

1507e Resultat der Entbindung

- Klarstellung

1507e Resultat der Entbindung

Für **jede** Entbindung ist von dem Krankenhaus, in dem die Geburt stattgefunden hat, der passende Kode aus

Z37.-! Resultat der Entbindung

bei der Mutter zu kodieren. Er darf nicht die Hauptdiagnose sein.

1509e Mehrlingsgeburt

- Anpassung an neuen ICD-Kode O60.1

Beispiel 1

Vorzeitige Zwillingsgeburt in der 35. Woche, der erste Zwilling wird durch Extraktion aus Beckenendlage, der zweite durch eine „klassische Sectio“ (transisthmischen Querschnitt) bei Geburtshindernis durch Querlage entbunden.

| | | |
|-------------------|---------|---|
| Hauptdiagnose: | O64.8 | <i>Geburtshindernis durch sonstige Lage-, Haltungs- und Einstellungsanomalien</i> |
| Nebendiagnose(n): | O32.5 | <i>Betreuung der Mutter bei Mehrlingsschwangerschaft mit Lage- und Einstellungsanomalie eines oder mehrerer Feten</i> |
| | O30.0 | <i>Zwillingsschwangerschaft</i> |
| | O60.1 | <i>Vorzeitige Wehen mit vorzeitiger Entbindung</i> |
| | O09.5! | <i>Schwangerschaftsdauer, 34 bis 36 vollendete Wochen</i> |
| | Z37.2! | <i>Zwillinge, beide lebendgeboren</i> |
| Prozedur(en): | 5-727.1 | <i>Spontane und vaginale operative Entbindung bei Beckenendlage, Assistierte Entbindung mit Spezialhandgriffen</i> |
| | 5-740.1 | <i>Klassische Sectio caesarea, sekundär</i> |

1519e Frühgeburt, vorzeitige Wehen und frustrane Kontraktionen (1)

1519e Frühgeburt, vorzeitige Wehen und frustrane Kontraktionen

Eine Entbindung (spontan, eingeleitet oder durch Kaiserschnitt) vor der abgeschlossenen 37. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt) wird mit

O60.1 *Vorzeitige Wehen mit vorzeitiger Entbindung* oder

O60.3 *Vorzeitige Entbindung ohne Wehen*

kodiert.

Wenn der Grund für die Frühgeburt bekannt ist, ist dieser Grund als Hauptdiagnose zu verschlüsseln, gefolgt von **O60.1** oder **O60.3** als Nebendiagnosekode. Wenn der Grund nicht bekannt ist, ist **O60.1** oder **O60.3** der Hauptdiagnosekode.

Außerdem ist als Nebendiagnose ein Kode aus

O09.-! *Schwangerschaftsdauer*

zuzuordnen.

O60.2 der Hauptdiagnosekode.

Außerdem ist als Nebendiagnose ein Kode aus

O09.-! *Schwangerschaftsdauer*

zuzuordnen.

1519e Frühgeburt, vorzeitige Wehen und frustrane Kontraktionen (2)

1519e Frühgeburt, vorzeitige Wehen und frustrane Kontraktionen

Eine Entbindung (spontan, eingeleitet oder durch Kaiserschnitt) vor der abgeschlossenen 37. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt) wird mit

O60.1 *Vorzeitige Wehen mit vorzeitiger Entbindung* oder

O60.3 *Vorzeitige Entbindung ohne Wehen*

kodiert.

Vorzeitige Wehen **mit** Wirkung auf die Zervix vor der abgeschlossenen 37. Schwangerschaftswoche, die zu einer termingerechten Entbindung beim selben Krankenhausaufenthalt führen, werden mit

O60.2 *Vorzeitige Wehen mit termingerechter Entbindung*

kodiert.

Wenn der Grund für die vorzeitigen Wehen bekannt ist, ist dieser Grund als Hauptdiagnose zu verschlüsseln, gefolgt von **O60.2** als Nebendiagnosekode. Wenn der Grund nicht bekannt ist, ist **O60.2** der Hauptdiagnosekode.

Außerdem ist als Nebendiagnose ein Kode aus

O09.-! *Schwangerschaftsdauer*

zuzuordnen.

1606e Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie (HIE)

- Anpassung an neuen ICD-Kode

1606e Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie (HIE)

Die hypoxisch-ischämische Enzephalopathie wird klinisch wie folgt eingestuft:

1. Grad Übererregbarkeit, Hyperreflexie, erweiterte Pupillen, Tachykardie, aber keine Krampfanfälle.
2. Grad Lethargie, Miosis, Bradykardie, verminderte Reflexe (z.B. Moro-Reflex), Hypotonie und Krampfanfälle.
3. Grad Stupor, Schlaffheit, Krampfanfälle, fehlende Moro- und bulbäre Reflexe.

Die ICD-10-GM sieht für die Kodierung einer hypoxisch-ischämischen Enzephalopathie den Kode

P91.6 *Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie beim Neugeborenen [HIE]*

vor. Die Codes für den jeweiligen Schweregrad der HIE sind wie unten aufgelistet zusätzlich zu kodieren. Die oben aufgeführten Symptome sind – mit Ausnahme von Konvulsionen – nicht separat zu kodieren.

1916e Vergiftung durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen

- Ausnahme:

Kodierung der Insulinüberdosierung

Die **Ausnahme** von dieser Regel ist die Insulinüberdosierung, bei der ein Kode aus [E10–E14](#) (vierte Stelle „6“ für *Diabetes mellitus mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen*) zuerst anzugeben ist und der Kode für die Vergiftung ([T38.3 Vergiftung durch Insulin und orale blutzuckersenkende Arzneimittel \[Antidiabetika\]](#)) als eine Nebendiagnose (siehe [DKR 0401 Diabetes mellitus](#) (Seite 73)).

Zusammenfassung

- Weitere Reduktion der DKR
 - jetzt ca. 140 Seiten (ohne Anhänge und Verzeichnisse)
- Inhaltliche Klarstellungen
- Entfernung von Widersprüchen
- Anpassungen an die neuen Versionen von
 - ICD-10-GM 2006
 - OPS 2006
 - G-DRG 2006
- **Keine kodierrelevanten Änderungen und keine neuen Regeln!**