



muss man komplett neu umdenken?«, war ihre abschließende Frage an das Publikum. Unter den Initiatoren des Kodes scheint jedenfalls ein Diskussionsprozess zur Weiterentwicklung in Gang gekommen zu sein, bei dem auch die Alltagsauglichkeit des Instruments ein wesentlicher Bestandteil ist.

Diskussion

Die Einführung des Instruments zur Abbildung der hochaufwendigen Pflege mittels OPS 9-20 und PKMS ist unbestritten ein anerkennenswertes Anliegen der Pflegeberufe. Es muss aber die Frage erlaubt sein, ob hier nicht das Kind mit dem Bade ausgeschüttet wurde. Bei der Etablierung des PKMS wurde ein sehr komplexes Instrument geschaffen, das im praktischen Alltag zu einer deutlichen Mehrbelastung in der Dokumentation führen wird. Ob die erzielbaren Erlöse die damit verbundenen Kosten übersteigen, kann derzeit noch nicht abgesehen werden.

Der DPR selbst empfiehlt auf gezielte Nachfrage, sich mit der Materie PKMS inhaltlich auseinanderzusetzen. Andererseits rät er bei der Frage »Investition in

Software« eher zum Abwarten, da im Bereich des PKMS umfangreiche Änderungen zu erwarten sind. Diese sollen in das Vorschlagswesen 2011 einfließen und ab 2012 dann wirksam werden.

Insofern ist es auch schwierig, Empfehlungen an die Klinikleitungen abzugeben. Diese befinden sich derzeit in der Zwickmühle, dass von Seiten der Pflegedienstleitungen die Einführung des Kodes im jeweiligen Krankenhaus gefordert wird, um damit das Personal zu finanzieren und andererseits von Seiten der Abrechnungsabteilungen die dort Verantwortlichen zum Abwarten raten. Als Erfahrung aus dem Prozess kann nur jeder interessierten Gruppe geraten werden, sich bei der Etablierung von neuen Scores oder Kodes sich nicht nur von fachlichen Erwägungen leiten zu lassen, sondern auch die Handhabung in der Praxis unter Berücksichtigung der bekannten Abrechnungsproblematiken nicht außer Acht zu lassen. Nur so kann der mit der Einführung eines Kodes verbundene medizinische Fortschritt auch mit planbaren Erlösen bezahlt werden. Sonst besteht die große Gefahr, dass die Kliniken auf den Kosten für die Einführung und Durchführung mangels Abrechenbarkeit sitzen bleiben. ■



Dr. med. Ulf Dennler
Geschäftsbereichsleiter
Universitätsklinikum
Jena, Geschäftsbereich
Medizincontrolling;
Vorstandsmitglied im
DGfM

E-Mail: ulf.dennler@medizincontroller.de

Korrekte Kodierung im Widerstreit – wer entscheidet?

Klären Kodierrichtlinien alles? Jährlich werden zwischen 10 und 11 Prozent der Krankenhausabrechnungen im Auftrag der Kostenträger durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK) überprüft. Fast 70 Prozent der Prüfungen stellen nachträglich die Notwendigkeit oder die wirtschaftliche Erbringung der medizinisch-pflegerischen Leistungen im Krankenhaus in Frage. Jede dritte Prüfung hingegen wird eingeleitet, um festzustellen, ob die Hauptdiagnose korrekt festgelegt wurde, ob die Kodierung von Nebendiagnosen tatsächlich durch einen dokumentierten Ressourcenverbrauch begründet sind und ob Prozeduren-Kodes die in der Krankenakte dargestellten tatsächlichen medizinischen Behandlungsmaßnahmen abbilden. In einer einfachen Überschlagsrechnung sind es somit etwa 600.000 Prüfungen zur Feststellung der korrekten oder fehlerbehafteten Kodierung, die jährlich durch die Krankenkassen veranlasst werden.

Angesichts der Komplexität der Klassifikationen (Katalogjahr 2010) mit 13.271 systematischen und weiteren 76.135 (!) alphabetischen Diagnoseeinträgen sowie 27.015 systematischen und weiteren 30.950 alphabetischen Prozedurenbezeichnungen sind Fehler in der Anwendung des Systems nahezu unvermeidlich.

Zur Reduzierung von fehlerhaften Kodierungen ist im Kodierprozess eine strenge Hierarchie dokumentationsrelevanter Vorschriften zu beachten. Oberste Priorität haben dabei die speziellen Kodierrichtlinien, gefolgt von den allgemeinen Kodierrichtlinien. In diesen Kodierrichtlinien ist zuerst zu prüfen, ob es für die Abbildung eines spezifischen medizinischen Problems eine eindeutige Festlegung gibt.

Ein typisches Beispiel für die Widersprüchlichkeit dieser hierarchischen Entscheidungsabfolge ist die Kodierrichtlinie:

■ 1107a Dehydratation bei Gastroenteritis

Bei stationärer Aufnahme zur Behandlung einer Gastroenteritis mit Dehydratation wird die Gastroenteritis als Hauptdiagnose und »Dehydratation« (E86 Volumenmangel) als Nebendiagnose angegeben.

Dabei stehen die ersten beiden Ziffern des Index »1107a« für das 11. Kapitel der Speziellen Kodierrichtlinien »Krankheiten des Verdauungssystems«, die dritte und die vierte Ziffer verweisen auf den 7. Abschnitt innerhalb des Kapitels und der abschließende Buchstabe bezieht sich auf das Veröffentlichungs- bzw. Aktualisierungsjahr der Kodierrichtlinie.

Unter Beachtung der Allgemeinen Kodierrichtlinien zur Festlegung der Hauptdiagnose könnte man bei Vernachlässigung der speziellen Kodierrichtlinie argumentieren, dass der Volumenmangel mit der Gefahr der Kreislaufinsuffizienz und des konsekutiven Organversagens die Diagnose ist, die den Krankenhausaufenthalt veranlasst hat, oder zumindest den höheren Ressourcenverbrauch bei Einbeziehung der Verweildauer in die Kalkulation begründet.

Während im vorangestellten Beispiel die Entscheidung über die korrekte Kodierung bei Einbeziehung aller relevanten Informationen mit hoher Sicherheit getroffen werden kann, treten in der täglichen klinischen Praxis regelmäßig Fälle auf, bei denen eine unzweifelhafte Festlegung der korrekten Kodierung nahezu ausgeschlossen scheint. Nehmen wir an, ein Patient wird wegen einer tiefen Beinvenenthrombose stationär aufgenommen und erleidet am zweiten Tag des stationären Aufenthaltes eine Lungenembolie. Im Rahmen der antikoagulativen Therapie tritt eine gastrointestinale Blutung auf, die auf ein operables Kolonkarzinom zurückzuführen ist. Das Kolonkarzinom wird mit kurativer Intention reseziert. Die medizinisch begründete und unstrittige Verweildauer beträgt 33 Tage.

Je nach als relevant erachteter Kodierrichtlinie sind sowohl Argumente für die Thrombose als auch Argumente für das Karzinom als Hauptdiagnose zu finden (Thrombose als die den Krankenhausaufenthalt veranlassende Erkrankung versus Thrombose als Symptom eines paraneoplastischen Syndroms bei Karzinom als zugrunde liegende Erkrankung).

Im Ergebnis der differentiellen Bewertung resultieren zwei unterschiedliche DRGs mit einer Erlösdifferenz von ungefähr 1.400 Euro bei medizinisch identischer Behandlung:

- **Thrombose/Lungenembolie: 901B** Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne komplizierende Konstellation, ohne Strahlentherapie, ohne endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, mit komplexer OR-Prozedur 3,502
- **Kolonkarzinom: G18B** Eingriffe an Dün- und Dickdarm außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose, mit komplexem Eingriff (CW rel) RG: 2,521 bzw. inklusive Zuschläge 3,060 (DRG-Katalog 2010; Grouper: <http://www.clinical-coding.eu/>)

Während in diesem Beispiel der MDK mit großer Wahrscheinlichkeit von einem paraneoplastischen Syndrom ausgehen dürfte, wird in den sozialmedizinischen Stellungnahmen von Vertretern des MDK in ähnlichen Fällen die Thrombose dann als eigenständige, den Krankenhausaufenthalt veranlassende Erkrankung bemüht, wenn sich das resultierende Relativgewicht des Falls durch die Änderung reduzieren lässt.

ICD-Kode	ICD-*	ICD-!	ICD-Text
A18.5	H22.0*		Tuberkulöse Iridozyklitis
A50.3	H22.0*		Konnatale spätsyphilitische Iridozyklitis
A51.4	H22.0*		Iridozyklitis bei sekundärer Syphilis
A51.4	H22.0*		Sekundäre syphilitische Iridozyklitis
A51.4	H22.0*		Syphilitische Iridozyklitis
A54.3	H22.0*		Gonorrhische Iridozyklitis
A54.3	H22.0*		Iridozyklitis durch Gonokokken
B00.5	H22.0*		Herpetische Iridozyklitis
B00.5	H22.0*		Iridozyklitis durch Herpesviren
B02.3	H22.0*		Iridozyklitis bei Herpes zoster
B02.3	H22.0*		Iridozyklitis bei Zoster
B89	H22.0*		Iridozyklitis bei parasitärer Krankheit a.n.k.
B99	H22.0*		Iridozyklitis bei Infektionskrankheit a.n.k.
D86.8	H22.1*		Iridozyklitis bei Sarkoidose
H20.0			Akute und subakute Iridozyklitis
H20.0			Akute Iridozyklitis
H20.0			Allergische Iridozyklitis
H20.0			Endogene Iridozyklitis
H20.0			Iridozyklitis bei Hypopyon
H20.0			Nichtgranulomatöse Iridozyklitis
H20.0			Rezidivierende Iridozyklitis
H20.0			Subakute Iridozyklitis
H20.1			Chronische Iridozyklitis
H20.1			Granulomatöse Iridozyklitis
H20.2			Phakogene Iridozyklitis
H20.2			Iridozyklitis mit Linseninduration
H20.8			Sonstige Iridozyklitis
H20.9			Iridozyklitis, nicht näher bezeichnet
H20.9			Iridozyklitis
H22.0			Iridozyklitis bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten
H22.1			Iridozyklitis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten
H26.2			Katarakt mit chronischer Iridozyklitis
H40.4			Glaukom bei Iridozyklitis
H44.1			Sympathische Iridozyklitis
M45.09	H22.1*		Iridozyklitis bei Spondylitis ankylopoetica

Eine weitere Schwierigkeit bei der Auswahl der richtigen Kodierung liegt im hierarchischen Aufbau der Klassifikationssysteme begründet. Zwar schreiben die Hinweise zur Nutzung der Klassifikationen in Anlehnung an WHO-Empfehlungen vor, dass zunächst der Begriff möglichst genau im alphabetischen Verzeichnis gesucht werden soll, dann aber im systematischen Verzeichnis die korrekte Einordnung des ausgewählten Codes in der Hierarchie verifiziert werden muss.

Allein der Suchbegriff »Iridozyklitis« führt in eine Liste mit 35 Einträgen mit 20 Hauptdiagnosevarianten in 4 MDC (s. Tab. 1).

Tab. 1:
ICD-Kodes zum Suchbegriff »Iridozyklitis« mit Einbeziehung der Kreuz-Stern-Systematik



Kommerzielle Kodierungsbrowser sind in der Regel nicht in der Lage, komplexe Suchalgorithmen mit einer Auflistung aller möglichen Kodierungsvarianten und der Option zur schrittweisen intuitiven hierarchischen Eingrenzung zu unterstützen.

Sowohl durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen als auch durch die Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling wurden in den vergangenen Jahren Expertengruppen gebildet, die Empfehlungen zur einheitlichen Bewertung strittiger Konstellationen erarbeiten.

Die SEG 4 des MDK

Der MDK beschreibt seine Struktur auf der eigenen Homepage wie folgt:

Föderale Struktur

Die jeweiligen Landesverbände der Betriebs-, Innungs- und Ortskrankenkassen, die landwirtschaftlichen Krankenkassen und der Verband der Ersatzkassen haben in jedem Bundesland gemeinsam die Arbeitsgemeinschaft »Medizinischer Dienst der Krankenversicherung« gegründet. Der MDK untersteht der Aufsicht des Sozialministeriums im jeweiligen Bundesland. Die Rechtsform der MDK in den östlichen Bundesländern und des MDS ist der eingetragene Verein, in den westlichen Bundesländern die einer Körperschaft des öffentlichen Rechts.

MDK-Gemeinschaft

Die regionalen Medizinischen Dienste und der MDS bilden die MDK-Gemeinschaft und kooperieren fachlich eng miteinander. Dazu wurden zwei Arten von gemeinsamen Kompetenz-Einheiten eingerichtet. Sie bündeln die Fachkompetenz der MDK-Gemeinschaft und fördern den Arbeits- und Informationsaustausch. Sieben »Sozialmedizinische Expertengruppen« (SEG) stellen medizinisches Fachwissen in zentralen Beratungs- und Begutachtungsfeldern des MDK bereit, z.B. »Pflegeversicherung« oder »Arzneimittelversorgung«. Die vier Kompetenz-Centren bündeln spezielles medizinisches Fachwissen und stellen es MDK-intern sowie den Kranken- und Pflegekassen zur Verfügung. Darüber hinaus hat der Gesetzgeber dem MDS die Aufgabe der Koordination der Medizinischen Dienste übertragen. Besonders die vom MDS initiierten Begutachtungsanleitungen sowie ein zentrales Fortbildungsprogramm sichern die bundeseinheitliche Beratung und Begutachtung durch die Medizinischen Dienste. (http://www.mdk.de/Gliederung_Organisation.htm, Stand 12.10.2010)

Für Fragen der Vergütung und Abrechnung wurde die Sozialmedizinische Expertengruppe 4 gegründet, die sich mit folgenden Aufgaben auseinandersetzt:

Ambulante Versorgung

- Prüfsysteme vertragsärztlicher Abrechnung
- Weiterentwicklung von Gebührenordnung/EBM
- Leistungs- und Mengensteuerung, Evaluation
- Analyse ärztlichen Handelns unter den Bedingungen pauschalierter Vergütung

Stationäre Versorgung

- Definition und laufende Überarbeitung von Aufgreifkriterien zur DRG-Prüfung
- Erarbeitung einheitlicher Anleitungen zur Einzelfall- und Stichprobenprüfung
- Erarbeitung eines Qualitätssicherungskonzepts für Krankenhausprüfungen
- Weiterentwicklung des DRG-Systems (Kodierrichtlinien etc.)

Schnittstelle Ambulante/Stationäre Versorgung

- Beratung/Überprüfung von Entgeltkalkulationen i. R. von vertraglichen

Vereinbarungen

- Fallpauschalen in integrierten Versorgungssystemen
- Fallpauschalen in DMP-Programmen

(http://www.mdk.de/media/pdf/SEG_4.pdf;

Stand 12.10.2010)

Von allen genannten Aufgaben sind es vor allem die Kodierempfehlungen, mit denen die SEG 4 des MDK die Aufmerksamkeit der Leistungserbringer im Gesundheitswesen gefunden hat. Die SEG 4 selbst begleitet ihre Kodierempfehlungen mit folgenden einleitenden Bemerkungen:

Die erste Serie dieser Empfehlungen wurde im Dezember 2005 auf der Homepage der Medizinischen Dienste (<http://www.mdk.de>) veröffentlicht. Die Gruppe hat ihren Empfehlungen die folgenden einleitenden Hinweise vorgestellt:

»Im G-DRG-Entgeltsystem werden Krankenhausfälle einer DRG zugeordnet. Es muss daher sichergestellt sein, dass Krankenhausfälle mit gleichem Leistungsinhalt im Hinblick auf ihr Krankheits- und Leistungsspektrum auch bei komplexem Sachverhalt einheitlich verschlüsselt werden. Eine einheitliche Kodierqualität muss sichergestellt sein. Verbindliches Regelwerk für diese Zielvorgabe sind die Deutschen Kodierrichtlinien. Die MDK-Gutachter sind neben den Krankenhausärzten die am meisten betroffenen Anwender und daher auch entsprechend mit Unklarheiten und Interpretationsspielräumen bei der Kodierung konfrontiert. Die Erfahrungen der MDK-Ärzte werden kontinuierlich in eine länderübergreifende Datenbank mit Kodierempfehlungen eingebracht, die im Auftrag der Leitenden Ärzte der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung eingerichtet worden ist. Die Pflege der Datenbank wurde der Sozialmedizinischen Expertengruppe der MDK-Gemeinschaft »Vergütung und Abrechnung« (SEG 4) übertragen. Die technische

Abwicklung der Veröffentlichung erfolgt über den Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS). Die Kodierempfehlungen stellen das Ergebnis eines fortlaufenden Diskussions- und Abstimmungsprozesses innerhalb der MDK-Gemeinschaft dar. Die Kodierempfehlungen werden regelmäßig erweitert und aktualisiert. **Die vorliegenden Kodierempfehlungen stellen keine rechtsverbindlichen Vorgaben dar. Ziel dieser Kodierempfehlungen ist eine bundesweit einheitliche Kodierung. Die Veröffentlichung soll die Transparenz bezüglich der MDK-Begutachtungen fördern und damit mehr Verfahrenssicherheit für Krankenhäuser und Krankenkassen schaffen.**« (http://infomed.mds-ev.de/sindbad_frame.htm; Stand 12.10.2010)

Aus Sicht der am Prozess der Dokumentation, Kodierung und Abrechnung beteiligten Mitarbeiter der Kliniken lösen insbesondere die zwei letzten zitierten Sätze gemischte Gefühle aus. Weder die Kodierung im Krankenhaus noch die Begutachtung erfolgt durch »das Medizincontrolling« oder »den MDK«. Für die Qualität stehen immer die handelnden Personen. Aus Sicht der Kliniken wird es immer dann unerfreulich, wenn typische Sachverhalte in Form von Kodierempfehlungen durch die Expertengruppen der DGfM und den MDK konsentiert wurden, der einzelne MDK-Gutachter sich dann aber unter Berufung auf seine ärztliche Gewissensfreiheit nicht an diesen Konsens gebunden fühlt.

Der FoKA der DGfM

Die Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling e.V., die im Jahr 2000 gegründet wurde, versteht sich als eine Interessengemeinschaft der im Medizincontrolling tätigen Ärzte, Pfleger, Kodierer, MD(A)s, Juristen und Betriebswirte. Sie ist die wissenschaftliche Vertretung der Medizincontroller in Deutschland. Als im Jahr 2005 die ersten Kodierempfehlungen des MDK veröffentlicht wurden, wuchs der Druck auf die Fachgesellschaft, sich mit der Validität der einzelnen Empfehlungen auseinanderzusetzen. Nahezu zeitgleich wurden sowohl im Regionalverband Rhein-Neckar als auch im Regionalverband Mitteldeutschland Arbeitsgruppen gebildet, die sich inhaltlich mit den Kodierempfehlungen des MDK auseinandersetzten. Initial wurden die Bewertungen der KDE im Internet auf den Seiten von www.medizincontroller.de und www.medinfoweb.de veröffentlicht. Die Resonanz, die diese Aktivität fand, leitete die Institutionalisierung unter dem Dach der DGfM ein. Im Jahr 2006 wurde der »Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung (FoKA)« gegründet. In ihm sind Mitglieder aus allen Regionalverbänden der DGfM organisiert. Jeweils zwei Mitglieder aus

den Regionalverbänden vertreten die regionalen Positionen in der Steuergruppe des FoKA. Dazu trifft sich die Steuergruppe mehrfach pro Jahr, um im Ergebnis die dann bundesweit konsentierten Positionen abzustimmen und zu veröffentlichen.

Dabei liegt das Hauptaugenmerk weniger auf der Entwicklung eigener Kodierempfehlung als vielmehr auf der Einleitung einer Diskussion und dem fachlichen Austausch mit anderen Fachverbänden und Expertengruppen. Schwerpunkt der momentanen Aktivitäten des Fachausschusses ist die Bewertung und Kommentierung der Kodierempfehlungen der SEG 4. Dabei werden die dort veröffentlichten Kodierempfehlungen entweder bestätigt (Konsens), kommentiert (Konsens mit Kommentar) oder die unterschiedlichen Meinungen mit entsprechender Argumentation transparent gemacht (Dissens). Somit stehen beide Institutionen nicht in Konkurrenz zueinander. Vielmehr sind sie als Zentren von Kodier- und Abrechnungsexperten zu sehen, welche durch Austausch ihres Fachwissens den Horizont des Einzelnen erweitern und das DRG-System im Gesamten weiter voranbringen.

Der FoKA legt seiner Tätigkeit die Prinzipien der bedingungslosen Transparenz zu Grunde. Dies beginnt mit der namentlichen Veröffentlichung aller Mitglieder der FoKA-Steuergruppe. Für die öffentlich einsehbare Diskussion während des Prozesses der Bewertung der Kodierempfehlungen wurde ein Wiki implementiert, in dem jedes DGfM-Mitglied nach Registrierung Diskussionsbeiträge beisteuern kann.

In den Steuergruppensitzung wird unter Berücksichtigung dieser Diskussionsbeiträge jede KDE auf Übereinstimmung oder Widerspruch zu:

- Speziellen Kodierrichtlinien
- Allgemeinen Kodierrichtlinien
- Alphabetischer und hierarchisch-systematischer Klassifikation
- Inklusiva/Exklusiva/Hinweisen zu terminalen Codes oder übergeordneten Klassifikationsclustern (Kapitel oder Gruppen)

gesucht.

In den Fällen, in denen dieser Algorithmus nicht zur Lösung der Fragestellung führt, werden ergänzend Recherchen nach Leitlinien, wissenschaftlichen Definitionen oder Reviews herangezogen. Als typisches Beispiel dieser Vorgehensweise kann die KDE 53 angesehen werden:

Problem/Erläuterung

Wann darf T88.4 Misslungene oder schwierige Intubation als Nebendiagnose kodiert werden?

Kodierempfehlung SEG 4

»Eine Intubation ist erst dann schwierig, wenn die direkte



und vollständige Sicht auf den Kehlkopfeingang trotz optimaler Beugung des Halses und Streckung des Kopfes, mehrerer Versuche, Einsatz unterschiedlicher Laryngoskopspatel, äußeren Drucks auf den Kehlkopfeingang, kompletter Muskelrelaxierung des Patienten und Hinzuziehen weiterer erfahrener Anästhesisten nicht erreicht werden kann.« (Larsen, Anästhesie, 7. Auflage 2003) »Nach dem ASA - Algorithmus für den schwierigen Atemweg wird für die Definition der schwierigen Intubation noch die Anzahl der Intubationsversuche (> 3 Versuche) und die Dauer für das korrekte Einführen des Endotrachealtubus (> 10 Minuten bei konventioneller Laryngoskopie) herangezogen.« (Larsen, s. o.)

Zur Beurteilung ist das Narkoseprotokoll (einschließlich Prämedikationsprotokoll) erforderlich. Das Prämedikationsprotokoll kann Aufschluss darüber geben, ob die Diagnose einer schwierigen Intubation bereits anamnestisch bekannt war oder ob sich im Rahmen der Prämedikation Hinweise auf eine zu erwartende schwierige Intubation ergaben. Eine tatsächlich schwierige Intubation muss auf dem eigentlichen Protokoll über Narkose und Operation vermerkt und mit Text beschrieben sein.

Es muss ersichtlich sein, welche Maßnahmen zur Bewältigung des Problems mit welchem Erfolg getroffen wurden, wie viele Intubationsversuche unternommen wurden, wie viel Zeit zwischen Narkoseeinleitung und Intubation vergingen und ob mehrere Ärzte beteiligt waren.

Bei schwierigen Intubationen können technische Hilfsmittel zur Anwendung kommen, z.B.: Fibereoskopische Intubation, Intubation mit der Intubationslarynxmaske, Intubation mit dem Kombi-Tubus, Verwendung von speziellen Laryngoskopen, Notfallrohr, Koniotomie.

Kommentar FoKA

Konsens mit Kommentar: Die Kodierempfehlung der SEG-4 beschreibt die Kriterien einer unerwartet schwierigen oder misslungenen Intubation. Der Kode T88.4 Misslungene oder schwierige Intubation ist nicht auf die unerwartet schwierigen Intubationen zu beschränken.

Gemäß den Empfehlungen anästhesiologischer Fachgesellschaften sind Risiken für Intubationsschwierigkeiten präoperativ zu ermitteln und in begründeten Fällen primär eine fiberoptische Intubation zur Vermeidung hypoxämischer Komplikationen durchzuführen. Bei Vorliegen einer Indikation und Durchführung eines aufwendigen Intubationsverfahrens ist die Kodierung des Kodes T88.4 gerechtfertigt.

Hinweis: Im Bereich der Geburtshilfe sind die speziellen geburtshilflichen Komplikationskodes (O29.6, O74.7, O89.6) anzuwenden.

Rückmeldung SEG 4

Kein Anpassungsbedarf

Es gibt weder eine spezielle noch eine allgemeine Kodierrichtlinie mit Bezug zum Diagnosekode T88.4. Für die Kodegruppe T80-T88 gibt es zwar einen erklärenden Satz bezüglich der Nutzung dieser Codes als Hauptdiagnose, wobei diese DKR keinen Bezug zum medizinischen Problem (Nebendiagnose) hat.

Im ICD-Verzeichnis beinhaltet der Kode T88.4 folgende Einträge:

- Misslungene oder schwierige Intubation
- Misslungene Intubation
- Problem durch Intubation bei Anästhesie
- Schwierige Intubation
- Versagen der Intubation während der Anästhesie

Erwähnenswert in diesem Zusammenhang ist der Umstand, dass im Sinne der medizinischen Nomenklatur eine (schwierige) Intubation keine Diagnose, sondern ein Behandlungsverfahren ist. Im angloamerikanischen Sprachraum spricht man folgerichtig vom »difficult airway«, also dem »schwierigen Atemweg«, der bei Notwendigkeit der Intubation besondere personelle oder technische Ressourcen erfordert.

In den Hinweisen wird lediglich auf Besonderheiten der Kodierung von Komplikationen während der Schwangerschaft, der Entbindung und im Wochenbett verwiesen.

Folgerichtig zog die SEG 4 Fachliteratur, in dem Fall ein Standardwerk der Facharztausbildung in der Anästhesiologie zu Rate. Somit sind Aussagen zur Kodierbarkeit des Kodes zwar grundsätzlich richtig, sofern auch tatsächlich das medizinische Problem einer unerwartet schwierigen Intubation vorliegt. Aktuelle Leitlinien zur Evaluation und zum Beherrschen des »schwierigen Atemwegs« empfehlen die primäre fiberoptische Wachintubation zur Vermeidung einer lebensbedrohlichen Hypoxämie.

Unter Beachtung von Diagnosesynthesaurus, Leitlinien und den zitierten Kriterien einer aufwendigen Intubation wird somit deutlich, dass die SEG 4 zwar das Teilproblem der unerwartet schwierigen Intubation umfassend beschrieben hat, darüber hinaus die Kodierung aber auch dann angezeigt ist, wenn nach Risikoevaluation in begründeten Fällen eine primäre fiberoptische Intubation durchgeführt wird.

Ausblick

Solange Kliniken ihre Leistung mit einem überaus komplexen System von Diagnosen und Prozeduren abbilden und Interpretationsspielräume bei der Auswahl der Codes zu Erlösunterschieden von drei- bis vierstelligen Eurobeträgen führen, wird es im Widerstreit von Kostenträgern und Leistungserbringern die Notwendigkeit zu Schlichtungen und Klarstellungen geben. ■