



Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH
Institutsträger: Deutsche Krankenhausgesellschaft • GKV-Spitzenverband • Verband der privaten Krankenversicherung

Geschäftsstelle des Schlichtungsausschusses nach § 19 KHG

In dem Schlichtungsverfahren vom

28.10.2020

hat der Schlichtungsausschuss nach § 19 KHG über die zwischen der Sozialmedizinischen Expertengruppe Vergütung und Abrechnung der Medizinischen Dienste (SEG 4) und dem Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (FoKA) bis zum 31.12.2019 als strittig festgestellten Kodierempfehlungen (KDE) nach § 19 Abs. 5 KHG, nach konsentiertem Antrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft, des GKV-Spitzenverbandes und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. wie folgt entschieden:

Entscheidung KDE 309:

<p>Wird ein Patient wegen Bandscheibenvorfällen und Spinalkanalstenose mit Radikulopathie C6/C7 und Parese des M. trizeps brachii im Krankenhaus operiert (Bandscheibenexzision, Spondylodese, Dekompression), kann die Trizepsparese mit dem Code G83.2 <i>Monoparese und Monoplegie einer oberen Extremität</i> als Nebendiagnose kodiert werden.</p>

Gültigkeit:

Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses gelten für die zugelassenen Krankenhäuser, die Krankenkassen und die Medizinischen Dienste für die Erstellung oder Prüfung von Krankenhausabrechnungen für Patientinnen und Patienten, die ab dem 01.01.2021 in das Krankenhaus aufgenommen werden und für die Krankenhausabrechnungen, die am 11.11.2020 bereits Gegenstand einer Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind.

Vorsorglich weisen wir darauf hin, dass eine Klage gegen die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses nach § 19 Abs. 7 S. 3 KHG keine aufschiebende Wirkung hat und ein Vorverfahren gemäß § 19 Abs. 7 S. 2 KHG nicht stattfindet.



Historie:

Kodierempfehlung, Fragestellung und Verlauf der Diskussion zwischen der Sozialmedizinischen Expertengruppe Vergütung und Abrechnung der Medizinischen Dienste (SEG 4) und dem Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (FoKA).

KDE-309

Schlagworte: Bandscheibenvorfall, Spinalkanalstenose, Lähmung

Stand: 22.10.2009

Aktualisiert: 01.01.2016

ICD: G83.88; M50.1; G55.1*

Problem/Erläuterung:

Ein Patient wird wegen Bandscheibenvorfällen und Spinalkanalstenose mit Radikulopathie C6/C7 und Parese des M. trizeps brachii im Krankenhaus operiert (Bandscheibenexzision, Spondylodese, Dekompression). Kann als Nebendiagnose aufgrund der Trizepsparese auch G83.88 (ab 2016 G83.8) *Sonstige näher bezeichnete Lähmungssyndrome* angegeben werden?

Kodierempfehlung SEG 4:

Bei der Versicherten lag ein mit dem ICD-Kode G83.88 (ab 2016 mit dem ICD-Kode G83.8) zu verschlüsselndes "sonstiges Lähmungssyndrom" nicht vor, sondern eine motorische und sensible radikuläre Symptomatik C6/C7 infolge von Bandscheibenvorfällen und Spinalkanalstenose in dieser Höhe entsprechend dem ICD-Kode M50.1 *Zervikale Bandscheibenschäden, Zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie* in Verbindung mit G55.1* *Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei Bandscheibenschäden*. Mit diesen beiden ICD-Kodes, ggf. in Verbindung mit dem Code M48.02 *Sonstige Spondylopathien, Spinal(kanal)stenose, Zervikalbereich* ist das Krankheitsbild spezifisch beschrieben.

Abgesehen davon erfüllt die - von der Hauptdiagnose erfasste - Trizepsparese nicht die Kriterien für die Kodierung als Nebendiagnose nach DKR D003.

Kommentierung FoKA:

Dissens (aktualisiert am 27.01.2014):

Eine Radikulopathie infolge eines Bandscheibenvorfalles kann unterschiedliche Symptome wie Schmerzen, Sensibilitätsstörungen und motorische Lähmungen verursachen. Sowohl zur vollständigen Abbildung des Krankheitsbildes als auch angesichts des zusätzlichen Ressourcenverbrauchs (z.B. EMG, Physiotherapie, Schmerztherapie etc.) entspricht die Mehrfachkodierung den Vorgaben in den DKR D003i und D012i, Beispiel 7.

Eine spezifische Kodierung der M. trizeps-Parese kann mit dem Code G83.2 *Monoparese und Monoplegie einer oberen Extremität* erfolgen. In den Hinweisen zum ICD-Dreisteller G83 ist vermerkt: "Diese Kategorie dient auch zur multiplen Verschlüsselung, um diese durch eine beliebige Ursache hervorgerufenen Krankheitszustände zu kennzeichnen."



Rückmeldung SEG 4:

Rückmeldung steht noch aus.

Aktualisierung Kodierempfehlung SEG 4 vom 01.01.2019:

Bei dem Patienten lag ein mit dem ICD-Kode G83.88 (ab 2016 mit dem ICD-Kode G83.8) zu verschlüsselndes "sonstiges Lähmungssyndrom" nicht vor, sondern eine motorische und sensible radikuläre Symptomatik C6/C7 infolge von Bandscheibenvorfällen und Spinalkanalstenose in dieser Höhe entsprechend dem ICD-Kode M50.1 *Zervikale Bandscheibenschäden, Zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie* in Verbindung mit G55.1* *Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei Bandscheibenschäden (M50-M51†)*. Mit diesen beiden ICD-Kodes, ggf. in Verbindung mit dem Code M48.02 *Sonstige Spondylopathien, Spinal(kanal)stenose, Zervikalbereich* ist das Krankheitsbild spezifisch beschrieben. Abgesehen davon erfüllt die – von der Hauptdiagnose erfasste – Trizepsparese nicht die Kriterien für die Kodierung als Nebendiagnose nach DKR D003.



Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH
Institutsträger: Deutsche Krankenhausgesellschaft • GKV-Spitzenverband • Verband der privaten Krankenversicherung

Geschäftsstelle des Schlichtungsausschusses nach § 19 KHG

In dem Schlichtungsverfahren vom

28.10.2020

hat der Schlichtungsausschuss nach § 19 KHG über die zwischen der Sozialmedizinischen Expertengruppe Vergütung und Abrechnung der Medizinischen Dienste (SEG 4) und dem Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (FoKA) bis zum 31.12.2019 als strittig festgestellten Kodierempfehlungen (KDE) nach § 19 Abs. 5 KHG, nach konsentiertem Antrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft, des GKV-Spitzenverbandes und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. wie folgt entschieden:

Entscheidung KDE 354:

Wird bei einem Patienten während einer Koronarangiographie bei Drei-Gefäßerkrankung eine RIVA-Stenose aufgedehnt und dann ein medikamentenfreisetzender Stent eingelegt, anschließend versucht eine weitere Einengung distal des Stents mit einem zweiten medikamentenfreisetzenden Stent zu versorgen, dies jedoch nicht gelingt, weil sich der Stent an einer Gefäßbiegung verhakt, so dass der Stent verworfen wird, ist gemäß Ziffer 4 der DKR P004 *Nicht vollendete oder unterbrochene Prozedur* auch der verworfene Stent bei der Kodierung der zutreffenden Codes aus 8-837.m- *Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents* und aus 8-83b.0- *Zusatzinformationen zu Materialien, Art der medikamentenfreisetzenden Stents oder OPD-Systeme* zu berücksichtigen. In dem Fall (KDE-354) ist das Einlegen der Stents daher mit dem Code 8-837.m1 *Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents, 2 Stents in eine Koronararterie* zu kodieren. Für die Art der medikamentenfreisetzenden Stents sind die zwei sechsstelligen Codes aus dem OPS 8-83b.0- *Art des medikamentenfreisetzenden Stents* zu kodieren.

Gültigkeit:

Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses gelten für die zugelassenen Krankenhäuser, die Krankenkassen und die Medizinischen Dienste für die Erstellung oder Prüfung von Krankenhausabrechnungen für Patientinnen und Patienten, die ab dem 01.01.2021 in das Krankenhaus aufgenommen werden und für die Krankenhausabrechnungen, die am 11.11.2020 bereits Gegenstand einer Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind.

Vorsorglich weisen wir darauf hin, dass eine Klage gegen die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses nach § 19 Abs. 7 S. 3 KHG keine aufschiebende Wirkung hat und ein Vorverfahren gemäß § 19 Abs. 7 S. 2 KHG nicht stattfindet.



Historie:

Kodierempfehlung, Fragestellung und Verlauf der Diskussion zwischen der Sozialmedizinischen Expertengruppe Vergütung und Abrechnung der Medizinischen Dienste (SEG 4) und dem Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (FoKA).

KDE-354

Schlagworte: Stent, Einlage, fehlgeschlagen

Stand: 2010-08-17

Aktualisiert: 01.01.2019

OPS: 8-837.m; 8-83b.0; 5-995;

Problem/Erläuterung:

Während einer Koronarangiographie bei Drei-Gefäßerkrankung wird eine RIVA-Stenose aufgedehnt und dann ein medikamentenfreisetzender Stent eingelegt. Anschließend wird versucht, eine weitere Einengung distal des Stents mit einem zweiten medikamentenfreisetzenden Stent zu versorgen. Dies gelingt nicht, weil sich der Stent an einer Gefäßbiegung verhakt. Der Stent wird verworfen. Ist die Stenteinlage mit 8-837.m0 *Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents, ein Stent in eine Koronararterie*

oder

8.837.m1 *Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents, 2 Stents in eine Koronararterie* zu verschlüsseln?

Ist der Schlüssel 8-83b.0 *Zusatzinformationen zu Materialien, Art des medikamentenfreisetzenden Stents* ein- oder zweimal anzugeben?

Kodierempfehlung SEG 4:

Zu verschlüsseln ist 8-837.m1 *Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents, 2 Stents in eine Koronararterie*. Gemäß DKR P004, Punkt 4 ist die Prozedur nahezu vollständig erbracht und wird daher ohne Zusatzcode 5-995 kodiert. Die Angabe des Schlüssels 5-995 *Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Eingriff nicht komplett durchgeführt)* scheidet hier auch deshalb aus, da keine Operation, sondern eine Maßnahme aus Kapitel 8 (Nichtoperative therapeutische Maßnahmen) durchgeführt wurde.

Der Schlüssel 8-83b.0 *Zusatzinformationen zu Materialien, Art des medikamentenfreisetzenden Stents* ist allerdings nur einmal anzugeben, da diese Zusatzinformation nur für implantierte Stents anzugeben ist (siehe Hinweis im OPS).

Kommentierung FoKA:

Dissens: Die Einträge im OPS-Katalog stehen zueinander im Widerspruch.

Gemäß der Hinweise zum OPS 8-837.m* ist die Angabe des Materials obligat anzuwenden (Hinw.: Die Art der medikamentenfreisetzenden Stents ist gesondert zu kodieren (8-83b.0 ff.)). Wenn somit für den primären Code die Kodierbarkeit in Übereinstimmung mit den DKR anerkannt wird, ist auch der abhängige Materialcode anzugeben.



Rückmeldung SEG 4:

Laut OPS ist der Zusatzcode nur für implantierte Stents anzugeben. Deshalb kein Änderungsbedarf.



Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH
Institutsträger: Deutsche Krankenhausgesellschaft • GKV-Spitzenverband • Verband der privaten Krankenversicherung

Geschäftsstelle des Schlichtungsausschusses nach § 19 KHG

In dem Schlichtungsverfahren vom

28.10.2020

hat der Schlichtungsausschuss nach § 19 KHG über die zwischen der Sozialmedizinischen Expertengruppe Vergütung und Abrechnung der Medizinischen Dienste (SEG 4) und dem Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (FoKA) bis zum 31.12.2019 als strittig festgestellten Kodierempfehlungen (KDE) nach § 19 Abs. 5 KHG, nach konsentiertem Antrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft, des GKV-Spitzenverbandes und des PKV-Verbandes wie folgt entschieden:

Entscheidung KDE 386:

Wird ein Patient wegen einer Anastomositis an einer gastrojejunalen Anastomose bei zurückliegender Billroth II Operation (Operation vor drei Jahren) und mit Ulcera im Jejunum behandelt, ist dies mit den nachfolgend zutreffenden Codes oder Codes aus

K29.6 Sonstige Gastritis

K28.- Ulcus pepticum jejuni

K52.9 Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet

K91.88 Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems nach medizinischen Maßnahmen, andernorts nicht klassifiziert

zu kodieren.

Der Code *K91.88 Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems nach medizinischen Maßnahmen, andernorts nicht klassifiziert* dient der Kodierung der Anastomositis und stellt gleichzeitig den Zusammenhang zwischen der Anastomositis und der vorangegangenen Billroth II-Operation her.

Gültigkeit:

Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses gelten für die zugelassenen Krankenhäuser, die Krankenkassen und die Medizinischen Dienste für die Erstellung oder Prüfung von Krankenhausabrechnungen für Patientinnen und Patienten, die ab dem 01.01.2021 in das Krankenhaus aufgenommen werden und für die Krankenhausabrechnungen, die am 11.11.2020 bereits Gegenstand einer Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind.



Vorsorglich weisen wir darauf hin, dass eine Klage gegen die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses nach § 19 Abs. 7 S. 3 KHG keine aufschiebende Wirkung hat und ein Vorverfahren gemäß § 19 Abs. 7 S. 2 KHG nicht stattfindet.

Historie:

Kodierempfehlung, Fragestellung und Verlauf der Diskussion zwischen der Sozialmedizinischen Expertengruppe Vergütung und Abrechnung der Medizinischen Dienste (SEG 4) und dem Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (FoKA).

KDE-386

Schlagwort: Anastomositis

Stand: 2011-04-12

Aktualisiert: 01.01.2019

ICD: T81.8; K29.6; K52.9

Problem/Erläuterung:

Bei einem Patienten mit einem Billroth II - Magen (Operation vor drei Jahren) wird gastrokopisch eine Anastomositis an der gastrojejunalen Anastomose mit Ulcera im Jejunum beschrieben. Können hier als Nebendiagnose der ICD-Kode T81.8 *Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert* oder der ICD-Kode K91.88 *Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert* angegeben werden?

Kodierempfehlung SEG 4:

Ein spezifischer Code für eine Anastomositis existiert nicht. Da hier morphologisch neben den Ulcera eine Gastritis und eine Enteritis vorlagen, sind folgende Codes, da spezifischer als die oben genannten, zu verwenden:

K29.6 *Sonstige Gastritis*,

K28.9 *Ulcus pepticum jejuni, weder als akut noch chronisch bezeichnet, ohne Blutung oder Perforation* und

K52.9 *Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet*.

Kommentierung FoKA:

Dissens:

Es sind zwar die vom MDK vorgeschlagenen Codes zu benutzen, jedoch in einer Kombination mit K91.88 um den Zustand möglichst spezifisch zu beschreiben.

Der Suchbegriff "Anastomositis" wird zwar im alphabetischen Verzeichnis unter dem Code T81.4 aufgeführt, jedoch beschreibt dieser eine "Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert". Gemäß DKR D014 ist grundsätzlich die systematische Einordnung eines alphabetischen Codes zu überprüfen, da nur der systematische Katalog maßgeblich für die Kodierung ist.

Rückmeldung SEG 4

Kein Änderungsbedarf (27.08.2015)



Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH
Institutsträger: Deutsche Krankenhausgesellschaft • GKV-Spitzenverband • Verband der privaten Krankenversicherung

Geschäftsstelle des Schlichtungsausschusses nach § 19 KHG

In dem Schlichtungsverfahren vom

28.10.2020

hat der Schlichtungsausschuss nach § 19 KHG über die zwischen der Sozialmedizinischen Expertengruppe Vergütung und Abrechnung der Medizinischen Dienste (SEG 4) und dem Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (FoKA) bis zum 31.12.2019 als strittig festgestellten Kodierempfehlungen (KDE) nach § 19 Abs. 5 KHG, nach konsentiertem Antrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft, des GKV-Spitzenverbandes und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. wie folgt entschieden:

Entscheidung KDE 393:

Wird ein Patient zwei Tage nach endoskopischer Polypektomie am Magen mit Teerstuhl stationär aufgenommen und wird die Polypabtragungsstelle als ursächlich für die Blutung festgestellt, ist der Kode K92.2 <i>Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet</i> als Hauptdiagnose anzugeben.

Gültigkeit:

Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses gelten für die zugelassenen Krankenhäuser, die Krankenkassen und die Medizinischen Dienste für die Erstellung oder Prüfung von Krankenhausabrechnungen für Patientinnen und Patienten, die ab dem 01.01.2021 in das Krankenhaus aufgenommen werden und für die Krankenhausabrechnungen, die am 11.11.2020 bereits Gegenstand einer Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind.

Vorsorglich weisen wir darauf hin, dass eine Klage gegen die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses nach § 19 Abs. 7 S. 3 KHG keine aufschiebende Wirkung hat und ein Vorverfahren gemäß § 19 Abs. 7 S. 2 KHG nicht stattfindet.



Historie:

Kodierempfehlung, Fragestellung und Verlauf der Diskussion zwischen der Sozialmedizinischen Expertengruppe Vergütung und Abrechnung der Medizinischen Dienste (SEG 4) und dem Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (FoKA).

KDE-393

Schlagwort: Magenblutung, Teerstuhl

Stand: 16.06.2011

Aktualisiert: 01.01.2016

ICD: K92.2; Y84.9!; T81.0

Problem/Erläuterung:

Zwei Tage nach endoskopischer Polypektomie am Magen wird ein Patient mit Teerstuhl stationär aufgenommen. Ursächlich wird eine Blutung aus der Polypabtragungsstelle festgestellt. Was ist die Hauptdiagnose?

K92.2 *Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet*

oder

T81.0 *Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffs, anderenorts nicht klassifiziert.*

Kodierempfehlung SEG 4:

K92.2 *Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet* ist als Hauptdiagnose zu verschlüsseln, optional mit Y84.9! *Zwischenfälle durch medizinische Maßnahmen, nicht näher bezeichnet* als Nebendiagnose. K92.2 ist der spezifische Kode in Bezug auf die Erkrankung.

Kommentierung FoKA:

Dissens:

Die korrekte Kodierung ist die Kombination aus K92.2 und T81.0. Diese bildet den Sachverhalt im Rahmen der Ätiologie/Manifestation-Verschlüsselung am treffendsten ab. Y84.9! kann gemäß 012 ergänzend zur T81.0 kodiert werden.

Rückmeldung SEG 4:

Eine Kodierung der Ätiologie erfolgt nach den DKR nur im Kreuz-Stern-System. (27.08.2015)

Aktualisierung Kodierempfehlung SEG 4 vom 01.01.2019:

K92.2 *Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet* ist als Hauptdiagnose zu verschlüsseln, optional mit Y84.9! *Zwischenfälle durch medizinische Maßnahmen, nicht näher bezeichnet* als Nebendiagnose. K92.2 ist der spezifische Kode in Bezug auf die Erkrankung.

Siehe auch Kodierempfehlung 559.



Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH
Institutsträger: Deutsche Krankenhausgesellschaft • GKV-Spitzenverband • Verband der privaten Krankenversicherung

Geschäftsstelle des Schlichtungsausschusses nach § 19 KHG

In dem Schlichtungsverfahren vom

28.10.2020

hat der Schlichtungsausschuss nach § 19 KHG über die zwischen der Sozialmedizinischen Expertengruppe Vergütung und Abrechnung der Medizinischen Dienste (SEG 4) und dem Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (FoKA) bis zum 31.12.2019 als strittig festgestellten Kodierempfehlungen (KDE) nach § 19 Abs. 5 KHG, nach konsentiertem Antrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft, des GKV-Spitzenverbandes und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. wie folgt entschieden:

Entscheidung KDE 404:

Wird bei einem Patienten während des stationären Krankenhausaufenthaltes durch Laserresektion ein Zungenkarzinom lokal in sano entfernt und eine Neck dissection links durchgeführt sowie eine adjuvante Radiatio geplant (der Patient soll sich 12 Tage nach Entlassung zum Planungs-CT vorstellen) und wird der Patient während des aktuellen Aufenthaltes dem Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen zur "Abformung" von Oberkiefer und Unterkiefer für die spätere Anfertigung einer Strahlenschutzschiene vorgestellt, die Strahlenschutzschienen jedoch weder während des stationären Aufenthaltes noch danach vom Krankenhaus angefertigt, ist für die Abformung von Ober- und Unterkiefer in diesem Fall (KDE-404) der OPS 8-527.6 *Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie, Behandlungshilfen* nicht zu kodieren.

Gültigkeit:

Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses gelten für die zugelassenen Krankenhäuser, die Krankenkassen und die Medizinischen Dienste für die Erstellung oder Prüfung von Krankenhausabrechnungen für Patientinnen und Patienten, die ab dem 01.01.2021 in das Krankenhaus aufgenommen werden und für die Krankenhausabrechnungen, die am 11.11.2020 bereits Gegenstand einer Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind.

Vorsorglich weisen wir darauf hin, dass eine Klage gegen die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses nach § 19 Abs. 7 S. 3 KHG keine aufschiebende Wirkung hat und ein Vorverfahren gemäß § 19 Abs. 7 S. 2 KHG nicht stattfindet.



Historie:

Kodierempfehlung, Fragestellung und Verlauf der Diskussion zwischen der Sozialmedizinischen Expertengruppe Vergütung und Abrechnung der Medizinischen Dienste (SEG 4) und dem Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (FoKA).

KDE-404

Schlagwort: Strahlenschutzschiene, Abformung, Bestrahlungsvorbereitung

Stand: 16.08.2011

Aktualisiert: 11.12.2019

OPS: 8-527.6

Problem/Erläuterung:

Bei einem Patienten wird während des stationären Krankenhausaufenthaltes durch Laserresektion ein Zungenkarzinom lokal in sano entfernt und es erfolgt eine Neck dissection links. Es ist nun eine adjuvante Radiatio geplant. Während des aktuellen Aufenthaltes wird der Patient dem Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen vorgestellt, welcher eine "Abformung" von Oberkiefer und Unterkiefer für die spätere Anfertigung einer Strahlenschutzschiene vornimmt.

Die Strahlenschutzschienen werden weder während des stationären Aufenthaltes noch nachstationär innerhalb der OGVD angefertigt. Der Patient soll sich 12 Tage nach Entlassung zum Planungs-CT vorstellen.

Ist die Kodierung des OPS 8-527.6 *Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie, Behandlungshilfen* korrekt?

Kodierempfehlung SEG 4:

Während des stationären Aufenthaltes erfolgte weder die Konstruktion noch die Anpassung einer Fixations- oder Behandlungshilfe. Die Anfertigung eines Kieferabdruckes ist im OPS-Katalog nicht abbildbar und daher nicht zu kodieren.

Kommentierung FoKA:

Dissens:

Für die Bewertung des Problems sind sowohl die Kodierrichtlinien als auch gesundheitsökonomische Überlegungen zu berücksichtigen. Eine pauschalierte Ablehnung der Kodierung als Hebel zur Steuerung der Vergütung erscheint insofern nicht gerechtfertigt. Zu vermeiden ist sowohl eine Doppelvergütung als auch eine fehlende Vergütung der Herstellung der Strahlenschutzschiene.

Sämtliche am Patienten durchzuführenden Schritte sind während des stationären Aufenthaltes durchgeführt worden. Die Herstellung der Schiene wäre sowieso patientenfern erfolgt, unabhängig, ob er sich zu diesem Zeitpunkt selber noch im Krankenhaus befindet oder nicht.

Bei einem späteren Aufenthalt ist der Kode (ohne erneute Anpassung) jedoch nicht mehr zu kodieren.

Gemäß DKR P005 liegt das Datum der ersten Leistung im Zusammenhang zur Erstellung der Schiene im stationären Aufenthalt.



Ergänzend sind folgende Fragen zu berücksichtigen:

* Wer hat die Erstellung der Strahlenschutzschiene veranlasst (z.B. Krankenhaus oder niedergelassener Strahlentherapeut)?

* Wem wird die Leistung des Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen in Rechnung gestellt (Krankenhaus oder Krankenkasse)?

* Wird diese Leistung durch die Krankenkassen gegenüber Dritten vergütet oder wird die Herstellung der Strahlenschutzschiene dem Krankenhaus in Rechnung gestellt?

Rückmeldung SEG 4:

Die im OPS-Kode beschriebene Leistung ist nicht erbracht worden. (27.08.2015)



Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH
Institutsträger: Deutsche Krankenhausgesellschaft • GKV-Spitzenverband • Verband der privaten Krankenversicherung

Geschäftsstelle des Schlichtungsausschusses nach § 19 KHG

In dem Schlichtungsverfahren vom

28.10.2020

hat der Schlichtungsausschuss nach § 19 KHG über die zwischen der Sozialmedizinischen Expertengruppe Vergütung und Abrechnung der Medizinischen Dienste (SEG 4) und dem Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (FoKA) bis zum 31.12.2019 als strittig festgestellten Kodierempfehlungen (KDE) nach § 19 Abs. 5 KHG, nach konsentiertem Antrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft, des GKV-Spitzenverbandes und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. wie folgt entschieden:

Entscheidung KDE 410:

Die Frage, ob der Code 5-704.43 in dem genannten Fall (KDE-410) zusätzlich kodiert werden darf, kann nicht beantwortet werden, da der Code nicht mehr existiert und im OPS der Code-Bereich zur Abbildung von Scheidenstumpffixationen umstrukturiert wurde. Ob und welcher Code für eine Scheidenstumpffixation zu verwenden ist, ergibt sich aus den einschlägigen Regelungen der DKR und den entsprechenden Codes und Hinweisen im OPS.

Gültigkeit:

Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses gelten für die zugelassenen Krankenhäuser, die Krankenkassen und die Medizinischen Dienste für die Erstellung oder Prüfung von Krankenhausabrechnungen für Patientinnen und Patienten, die ab dem 01.01.2021 in das Krankenhaus aufgenommen werden und für die Krankenhausabrechnungen, die am 11.11.2020 bereits Gegenstand einer Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind.

Vorsorglich weisen wir darauf hin, dass eine Klage gegen die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses nach § 19 Abs. 7 S. 3 KHG keine aufschiebende Wirkung hat und ein Vorverfahren gemäß § 19 Abs. 7 S. 2 KHG nicht stattfindet.



Historie:

Kodierempfehlung, Fragestellung und Verlauf der Diskussion zwischen der Sozialmedizinischen Expertengruppe Vergütung und Abrechnung der Medizinischen Dienste (SEG 4) und dem Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (FoKA).

KDE 410

Schlagwort: Scheidenstumpffixation, Hysterektomie, vaginale

Stand: 2011-08-16

Aktualisiert: 01.01.2016

OPS: 5-704.43

Problem/Erläuterung:

Bei einer vaginalen Hysterektomie werden eine hohe Peritonealisierung und Scheidenecknähte als prophylaktische Maßnahme durchgeführt. Darf in diesem Fall zusätzlich 5-704.43 *Scheidenstumpffixation, vaginal* verschlüsselt werden?

Kodierempfehlung SEG 4:

In diesen Fällen ist die Prozedur 5-704.43 nicht zusätzlich zu kodieren, da sie Bestandteil der vaginalen Hysterektomie ist.

Voraussetzung für die zusätzliche Kodierung ist, dass sie nicht im Rahmen des Wundverschlusses durchgeführt wird, sondern eine zusätzliche Präparation erforderlich ist wie z.B. bei der Sacrospinalen Fixation nach Amreich und Richter bei Prolapshysterektomien.

Ab 2016 ist das operative Vorgehen bei Scheidenstumpffixationen nach der Art des Zuganges, der Art der Fixation und der Verwendung von alloplastischem Material abbildbar.

Kommentierung FoKA:

Dissens:

Der alleinige Wundverschluß im Rahmen der vaginalen Hysterektomie kann die zusätzliche Kodierung von 5-704.43 *Scheidenstumpffixation, vaginal* nicht begründen.

Wenn es sich hier um eine Erweiterung des Eingriffes mit anderer therapeutischer Intention handelt, ist die Kodierung der Scheidenstumpffixation zusätzlich anzugeben. Über die Kodierbarkeit ist nur im Einzelfall anhand des OP-Berichtes zu entscheiden. Die Auswahl des angewandten OP-Verfahrens ist hierbei unerheblich.

Rückmeldung SEG 4:

Ein Dissens ist aus der Kommentierung nicht ableitbar. (27.08.2015)

Aktualisierung Kodierempfehlung SEG 4 vom 01.01.2019:

In diesen Fällen ist die Prozedur 5-704.43 nicht zusätzlich zu kodieren, da sie Bestandteil der vaginalen Hysterektomie ist.



Voraussetzung für die zusätzliche Kodierung ist, dass sie nicht im Rahmen des Wundverschlusses durchgeführt wird, sondern eine zusätzliche Präparation erforderlich ist wie z. B. bei der Sacrospinalen Fixation nach Amreich und Richter bei Prolapshysterektomien.

Für Fälle ab 2016 ist das operative Vorgehen bei Scheidenstumpffixationen nach der Art des Zuganges, der Art der Fixation und der Verwendung von alloplastischem Material abbildbar.

Für Fälle ab 2018 findet sich unter der Kategorie 5-68 *Inzision, Exzision und Extirpation des Uterus* und der Prozedur 5-704 *Operationen an Vagina und Douglasraum, Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik* der Hinweis: Die Durchführung einer spezifischen Scheidenstumpffixation im Rahmen einer Vorder- und/oder Hinterwandplastik ist gesondert zu kodieren (5-704.46 bis 5-704.4p). Die Kodierung einer spezifischen Scheidenstumpffixation setzt voraus, dass eine Prozedur aus 5-704.46 bis 5-704.4p inhaltlich operativ erbracht wurde.



Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH
Institutsträger: Deutsche Krankenhausgesellschaft • GKV-Spitzenverband • Verband der privaten Krankenversicherung

Geschäftsstelle des Schlichtungsausschusses nach § 19 KHG

In dem Schlichtungsverfahren vom

28.10.2020

hat der Schlichtungsausschuss nach § 19 KHG über die zwischen der Sozialmedizinischen Expertengruppe Vergütung und Abrechnung der Medizinischen Dienste (SEG 4) und dem Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (FoKA) bis zum 31.12.2019 als strittig festgestellten Kodierempfehlungen (KDE) nach § 19 Abs. 5 KHG, nach konsentiertem Antrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft, des GKV-Spitzenverbandes und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. wie folgt entschieden:

Entscheidung KDE 562:

Gemäß OPS 8-52 *Strahlentherapie* ist jede Fraktion einer Strahlentherapie einzeln zu kodieren. Eine Fraktion umfasst alle Einstellungen und Bestrahlungsfelder für die Bestrahlung eines Zielvolumens. Ein Zielvolumen ist das Körpervolumen, welches ohne Patientenumlagerung oder Tischverschiebung über zweckmäßige Feldanordnungen erfasst und mit einer festgelegten Dosis nach einem bestimmten Dosiszeitmuster bestrahlt werden kann.

In dem vorliegenden Fall (KDE-562), in dem bei der Patientin mit Mammakarzinom während der strahlentherapeutischen Behandlung der Drüsenkörper mit simultan integriertem Boost (SIB) eine höhere Dosis im Boostgebiet erfährt, die Patientin für die eine Sitzung aber nur einmal gelagert wird und nur eine Dosisverteilung erzielt wird, ist der Boost in diesem Fall nicht gesondert zu kodieren, da der Aufwand pro Bestrahlungssitzung dem bei der Bestrahlung eines Zielvolumens entspricht.

Gültigkeit:

Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses gelten für die zugelassenen Krankenhäuser, die Krankenkassen und die Medizinischen Dienste für die Erstellung oder Prüfung von Krankenhausabrechnungen für Patientinnen und Patienten, die ab dem 01.01.2021 in das Krankenhaus aufgenommen werden und für die Krankenhausabrechnungen, die am 11.11.2020 bereits Gegenstand einer Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind.

Vorsorglich weisen wir darauf hin, dass eine Klage gegen die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses nach § 19 Abs. 7 S. 3 KHG keine aufschiebende Wirkung hat und ein Vorverfahren gemäß § 19 Abs. 7 S. 2 KHG nicht stattfindet.



Historie:

Kodierempfehlung, Fragestellung und Verlauf der Diskussion zwischen der Sozialmedizinischen Expertengruppe Vergütung und Abrechnung der Medizinischen Dienste (SEG 4) und dem Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (FoKA).

KDE 562

Schlagworte: SIB, Simultan Integrierter Boost

Erstellt: 25.08.2016

Aktualisiert: 01.01.2019

Problem/Erläuterung:

Eine strahlentherapeutische Behandlung bei Mammakarzinom erfolgt mit simultan integriertem Boost (SIB), d.h., dass der Drüsenkörper eine unterschiedliche Dosis während der Bestrahlung erhält, nämlich eine höhere im Boostgebiet. Die Patientin wird einmal gelagert, es wird nur eine unterschiedliche Dosisverteilung erzielt.

Vor Anwendung des SIB erfolgte die Boostbestrahlung klassischerweise im Anschluss an die Bestrahlung des primären Zielvolumens im Rahmen einer zweiten Strahlentherapeutischen Sitzung mit Umlagerung.

Wie ist die Bestrahlung mit SIB zu kodieren?

Kodierempfehlung SEG 4:

Jede Fraktion einer Strahlentherapie ist einzeln zu kodieren. Eine Fraktion umfasst alle Einstellungen und Bestrahlungsfelder für die Bestrahlung eines Zielvolumens. Da das Zielvolumen das Körpervolumen ist, das ohne Patientenumlagerung oder Tischverschiebung mit festgelegter Dosis nach einem bestimmten Dosiszeitmuster bestrahlt werden kann, ist die Bestrahlung mit SIB mit nur einem OPS-Code zu verschlüsseln. Ein spezifischer OPS-Code, der die spezielle Dosis-Zeitverteilung (Boost) im Zielvolumen abbildet, steht nicht zur Verfügung, die Bestrahlung mit SIB ist deshalb mit dem OPS-Code 8-522.91 *Strahlentherapie, Hochvoltstrahlentherapie, Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie mit bildgestützter Einstellung* zu verschlüsseln.

Kommentierung FoKA:

Dissens SEG 4, Konsens MDS (27.10.2016):

Zwar erfolgt die Bestrahlung ohne Umlagerung des Patienten oder Lageänderung des Tisches, die Zielvolumina für beide Bestrahlungsfractionen unterscheiden sich in ihrer Größe und Lokalisation sowie der jeder Lokalisation zugeordneten Dosis.

Im Vorschlagsverfahren für die Entwicklung des OPS 2017 wurde darüber hinaus durch die Experten des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen ein Vorschlag für die Implementierung eines eigenständigen Codes für das SIB-Verfahren eingereicht. In der Begründung heißt es: *"Die 3D-konformale Bestrahlung ohne IMRT erfordert bei Bestrahlung mehrerer Zielvolumina einen erhöhten Aufwand. Bei der intensitätsmodulierten Radiotherapie (IMRT) können zwei (oder mehr) Zielvolumina ohne Umlagerung und ohne Tischverschiebung in der derselben Sitzung bestrahlt werden (z. B.*



Bestrahlung mittels SIB). Der Aufwand entspricht dabei eher dem bei der Bestrahlung eines Zielvolumens.

Derzeit ermöglicht der OPS 8-522 in dieser Situation eine zwei- bzw. mehrfache Kodierung für eine Sitzung. Diese Vorgehensweise entspricht der fachlichen Definition des Zielvolumens nach DIN 6814-8 und der wörtlichen Definition des Zielvolumens im OPS... "

Der Vorschlag wurde durch das DIMDI für 2017 nicht umgesetzt.