

01.02.2011 DRG

DRG-Übungen: Wunddebridement 2011 – ein unverhofftes Geschenk zum neuen Jahr

R. Bartkowski, B. Endrich



© julien tromeur, fotolia.com

Für die DRG-Kommission der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und des Berufsverbandes Deutscher Chirurgen sowie der AG Chirurgie der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS)

Als an dieser Stelle im November 2010 die neuen Codes für das chirurgische Wunddebridement und die Wundreinigung vorgestellt wurden, waren die Auswirkungen auf die Gruppierung noch unklar, da der aktuelle Grouper G-DRG 2011 noch nicht verfügbar war.

Mittlerweile haben wir die neuen Codes mit der aktuellen Grouper-Software analysiert, wobei sich überraschende Ergebnisse zeigten. Die vom DRG-Institut angewendete Methode der formalen Überleitung der alten auf die neuen Codes führt zu erheblichen ökonomischen Auswirkungen, die weder von den Fachgesellschaften noch vom MDK bzw. den Kostenträgern beabsichtigt gewesen sind. In allen Definitionstabellen, in denen einer der alten Codes für das Wunddebridement (5-893.-) gestanden hat, finden sich jetzt sowohl die neuen Debridementcodes (5-896.-) als auch die neuen nichtoperativen Codes für die Wundreinigung im Rahmen eines Verbandwechsels (8-192.-). Dadurch werden auch rein konservative Behandlungen (z.B. in der Diabetologie oder Angiologie) durch eine einfache Wundreinigung zu „chirurgischen“ Fällen und mit operativen DRGs vergütet.

Für das laufende Jahr und eventuell auch noch 2012 wird dies für die Krankenhäuser zu Mehrerlösen führen, die vom MDK in der Regel nicht beanstandet werden können, da sie auf völlig korrekten Kodierungen beruhen.

Diese Situation ist weder von den Fachgesellschaften noch von den Vertretern der Kostenträger und des MDK beabsichtigt gewesen – im Gegenteil: die neuen Codes für die Wundreinigung sollten einheitlich zu einer Abwertung gegenüber der Vergütung führen, als sich bei einem chirurgischen Wunddebridement ergeben würde.

Man darf nun gespannt sein, ob die gebotene Anpassung der Vergütung für eine einfache Wundreinigung konsequent erst nach regulärer Kalkulation der Kostendaten 2011 erfolgt und planmäßig ab

2013 wirksam wird, oder ob hier doch „politisch“ eingegriffen wird und ohne Kostenkalkulation bereits 2012 eine Überarbeitung der Gruppierungsalgorithmen erfolgt.

Mit den folgenden Fallbeispielen sollen für einige wichtige klinische Situationen der Wundbehandlung die entsprechenden Kodierungen und DRG-Abrechnung erläutert werden.

Aufgabe 125a

Bei einem Schulausflug klettert ein 7-jähriger Junge über einen Stacheldrahtzaun und zieht sich dabei eine ca. 15 cm lange Rissverletzung an der Innenseite des linken Oberschenkels bis zur Leiste reichend zu. Wegen einer starken Blutung erfolgt zunächst eine notärztliche Erstversorgung durch Anlage eines Kompressionsverbandes, bevor das Kind in die nächstgelegene Klinik transportiert wird.

Bei Verdacht auf eine tiefere Gefäßverletzung erfolgt die Wundinspektion in Vollnarkose. Es zeigt sich eine 15 cm messende längsverlaufende Rissverletzung mit unregelmäßigen Wundrändern, die Faszie ist jedoch nicht tangiert. Es besteht kein Anhalt für Verletzungen von größeren Gefäßen oder Nerven. Nach ausgiebigem Debridement mit Entfernung von Stoffresten und sparsamer Wundrandexzision nach Friedrich wird die Wunde mit einer primären Hautnaht verschlossen.

Zur Wundkontrolle, Schmerzbehandlung und Mobilisation wird der Patient bis zum Folgetag stationär aufgenommen. Vor der Entlassung wird noch ein Verbandwechsel durchgeführt, bei dem sich reizlose Wundverhältnisse zeigen. Bei noch ausreichendem Tetanusschutz werden die Eltern auf die Einhaltung des geplanten nächsten Impftermins hingewiesen.

Lösung der Aufgabe 125a

Als Hauptdiagnose ist hier eine offene Wunde des Oberschenkels mit S71.1 zu kodieren. Für die Primärnaht der Haut sind 5-900.0c (Leistenregion) und 5-900.0e (Oberschenkel) anzugeben, um die betroffenen Regionen genau abzubilden. Da Wundversorgungen in der Regel nicht in Vollnarkose durchgeführt werden, ist hier die Inhalationsnarkose zusätzlich mit 8-901 zu kodieren.

Die Wundrandexzision ist gemäß Hinweistext zum OPS-Kode 5-900.- im Kode der Wundversorgung enthalten. Auch das Wunddebridement kann nicht zusätzlich z.B. mit dem neuen Debridement-Kode 5-896.1c kodiert werden, denn es gilt der Kodierausschluss bei Primärnaht.

Der am Entlassungstag vorgenommen Verbandwechsel ist ebenfalls nicht kodierbar. Der neue Kode für die Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut (8-192) ist bei einem einfachen Verbandwechsel nicht kodierbar, sondern setzt eine mechanische Wundreinigung voraus. Bei einer reizlos heilenden Wundnaht sind diese Bedingungen grundsätzlich nicht erfüllt. Auch wenn bei einem Verbandwechsel Blutkrusten entfernt werden und die Wundumgebung gereinigt wird, handelt es sich nicht um eine Entfernung von „erkranktem Gewebe“.

Die Gruppierung führt zur DRG X60Z „Verletzungen und allergische Reaktionen“, die bei einer mittleren Verweildauer von 3,1 Tagen mit einer Bewertungsrelation von 0,402 (1.206 € bei einem Landesbasisfallwert von 3.000 €) kalkuliert ist.

Da die untere Grenzverweildauer (2 Tage) unterschritten ist, wird ein Abschlag in Höhe von 0,211 Bewertungsrelationen vorgenommen, so dass ein Erlös von ca. 573 € verbleibt.

Bei dieser DRG der „medizinischen Partition“ bleiben Wundnaht und Inhalationsanästhesie bei der Gruppierung unberücksichtigt. Es ist allerdings zu bedenken, dass eine „einfache“ offene Wunde ohne chirurgische Versorgung in der Regel nicht zu einer stationären Behandlung führt. In der DRG X60Z sind bei ca. 20 % aller Fälle Wundnähte durchgeführt worden, so dass die Kosten der chirurgischen Versorgung offensichtlich in die Mischkalkulation eingeflossen sind.

Wenn ein „chirurgisches Wunddebridement“ und / oder eine „Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie zusätzlich kodiert wird, resultiert die deutlich höher vergütete DRG X06C „Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 66 Jahre, ohne komplexen Eingriff“. Diese Kodierung und Abrechnung würde im vorliegenden Fall zu Recht von den Kostenträgern beanstandet werden. Derartige Kodierfehler sollten daher unbedingt vermieden werden.

Kodierung der Aufgabe 125a

Hauptdiagnose:	S71.1	Offene Wunde des Oberschenkels
Prozedur:	5-900.0c	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Leisten- und Genitalregion
	5-900.0e	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Oberschenkel und Knie
	8-901	Inhalationsanästhesie
DRG:	X60Z PCCL= 0	Verletzungen und allergische Reaktionen BWR = 0,402, Abschlag für 1 Tag: -0,211

Aufgabe 125b

Bei dem Jungen aus der Aufgabe 125a zeigt sich am Tag nach der Wundversorgung eine Rötung, Schwellung und Sekretion im Bereich der Leistenwunde, so dass die zunächst vorgesehene Entlassung nicht erfolgen kann.

Nach Entfernung von mehreren Wundfäden im Leistenbereich und vorsichtiger Wundspreizung entleert sich eitriges Sekret, von dem ein Abstrich entnommen wird. Die Wunde wird gespült und locker tamponiert.

An den Folgetagen werden regelmäßig Verbandwechsel durchgeführt und Fibrinbeläge mit der Pinzette abgetragen. Schließlich zeigt sich ein sauberes Granulationsgewebe, so dass nach vier Tagen in Lokalanästhesie eine Sekundärnaht vorgenommen werden kann. Bei reizlosen Wundverhältnissen wird der Schüler nach einem siebentägigen Aufenthalt in die ambulante Weiterbehandlung entlassen.

Der Abstrich ergab E. coli mit Empfindlichkeit gegen alle getesteten Antibiotika. Therapeutische Konsequenzen (Antibiotika-Gabe) wurden aus diesem Befund nicht gezogen.

Lösung der Aufgabe 125b

Die Wundinfektion ist als „Komplikation einer offenen Wunde“ mit T89.02 als Nebendiagnose zu kodieren. Nicht zutreffend wäre die Kodierung mit T81.4 „Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert“, da die Kontamination bzw. Infektion nicht durch den Eingriff sondern bereits vorher durch die Verletzung verursacht worden ist.

Die nachgewiesenen Erreger (E. coli) sind hier mit dem Sekundärkode B96.2! zu verschlüsseln und werden dem Primärkode T89.02 zugeordnet. Die Erreger-Kodierung ist durch die DKR D012i eindeutig geregelt („obligate Codes“), so dass für die Angabe von B96.2! kein zusätzlicher Aufwand (Antibiotika-Therapie) im Sinne der DKR D003i „Nebendiagnosen“ nachzuweisen ist.

Die Wiedereröffnung der Wunde wird als „Hautinzision“ mit 5-892.0c verschlüsselt. Für die Wundreinigungen mit Abtragung von Fibrinbelägen ist für den gesamten Aufenthalt einmalig 8-192.1c anzugeben. Die Sekundärnaht wird schließlich mit 5-900.1c verschlüsselt.

Die Gruppierung des Falls führt nun zur DRG X06C „Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 66 Jahre, ohne komplexen Eingriff“, die bei einer Bewertungsrelation von 0,664 zu einem Erlös von ca. 1.992 € führt.

Ausschlaggebend für die Erlössteigerung waren hier weder die Wundinfektion, Wundspreizung oder die Sekundärnaht. Ausschließlich der Kode für die Wundreinigung (8-192.1c) hat hier zur Höhergruppierung geführt. Wenn die lokale Wundbehandlung mit Abtragung von Belägen jedoch nachvollziehbar dokumentiert ist, ist diese Kodierung nicht zu beanstanden und die daraus resultierende DRG abzurechnen.

Kodierung der Aufgabe 125b

Hauptdiagnose:	S71.1	Offene Wunde des Oberschenkels
----------------	-------	--------------------------------

	T89.02	Komplikation einer offenen Wunde, Infektion
	B96.2!	Escherichia coli [E. coli] und andere Enterobakteriazeen als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind
Prozedur:	5-900.0c	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Leisten- und Genitalregion
	5-900.0e	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Oberschenkel und Knie
	8-901	Inhalationsanästhesie
	5-892.c	Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Ohne weitere Maßnahmen: Leisten- und Genitalregion
	8-192.1c	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Großflächig: Leisten- und Genitalregion
	5-900.1c	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Sekundärnaht: Leisten- und Genitalregion
DRG:	X06C PCCL= 0	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 66 Jahre, ohne komplexen Eingriff BWR = 0,664, Abschlag für 1 Tag: -0,284

Aufgabe 126

Während des Notarzteinsatzes bei dem oben beschriebenen Unfall klettert ein anderes Kind auf eine Mauer, um besser sehen zu können. Dabei rutscht es ab und zieht sich eine handtellergroße tiefe Schürfwunde am rechten Unterschenkel zu, die zudem erheblich durch Sand und andere Fremdkörper verschmutzt ist.

Zur Wundversorgung wird das Kind ebenfalls in der Notfallaufnahme des Krankenhauses vorgestellt, nachdem zuvor ein Wundverband angelegt worden ist.

Nach Entfernung des Verbandes im Krankenhaus zeigen sich multiple Hautabschürfungen und Riss-Quetschverletzungen im Bereich der rechten Wade mit

zahlreichen intra- und subkutanen Einsprengungen von Fremdkörpern. Die Wade ist druckschmerzhaft geschwollen, jedoch ohne Anhalt für ein Kompartmentsyndrom.

Da weitere Manipulationen an der Wunde nicht toleriert werden und eine Lokalanästhesie nicht indiziert ist, erfolgt die Wundversorgung in Vollnarkose.

Nach Abwaschen der Wundfläche und mechanischer Reinigung durch Bürsten erfolgt mit einem scharfen Löffel die Kürettage und subtile Entfernung der eingesprengten Partikel. Aufgrund der Wundverhältnisse besteht die Indikation zu einer offenen Wundbehandlung ohne primäre Wundnähte. Nach Auflegen von Fettgaze wird ein leicht komprimierender Verband angelegt.

Das Kind wird zur stationären Wundbehandlung und Schmerztherapie aufgenommen. Das Bein wird hochgelagert und gekühlt. An den folgenden Tagen wird jeweils ein Verbandwechsel durchgeführt, bei dem nach vorsichtiger Entfernung der Fettgaze auch Fibrinbeläge mit der Pinzette abgetragen werden. Wegen der noch anhaltenden schmerzhaften Weichteilschwellung verbleibt das Kind insgesamt 4 Tage in stationärer Beobachtung und Behandlung. Die offen heilende Wunde ist zum Entlassungszeitpunkt ohne Infektzeichen mit beginnender Granulation.

Lösung der Aufgabe 126

Als Hauptdiagnose sind hier die offenen Wunden des Unterschenkels mit S81.80 zu kodieren, da die Wadenregion zu den „sonstigen Teilen des Unterschenkels“ gerechnet wird (neben der Knieregion). Der Code S81.7 ist gemäß DKR 1911a nicht zu wählen, sondern durch die Einzelkodierung der Verletzungen zu ersetzen. Da sich die „multiplen“ Verletzungen alle im Bereich des Unterschenkels befinden, ist S81.80 nur einmal anzugeben.

Um die Fremdkörpereinsprengungen abzubilden, wird T89.01 „Komplikationen einer offenen Wunde: Fremdkörper (mit oder ohne Infektion)“ als Nebendiagnose angegeben. Mit dieser Kodierung sind die tieferen Verletzungen abgebildet, es ist gemäß DKR 1902a nicht erforderlich, zusätzlich noch die oberflächlichen Abschürfungen und Fremdkörpereinsprengungen zu kodieren (S80.81 „Schürfwunde“, S80.84 „Oberflächliche Fremdkörper“).

Die durchgeführte Wundversorgung erfüllt alle Kriterien des großflächigen chirurgischen Wunddebridements und ist hier mit 5-896.1f zu kodieren. Chirurgisches Vorgehen, Anästhesie und Vorliegen einer Wunde sind erfüllt, das Ausschlusskriterium „Primärnaht“ liegt nicht vor. Die Anästhesie ist auch unter den besonderen Umständen dieses Falls mit 8-901 zu kodieren.

Die Wundreinigungen im Rahmen der Verbandwechsel erfüllen die Kriterien des neuen Codes 8-192.1f „Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Großflächig: Unterschenkel“. Es wäre zweifellos übertrieben, für diesen Code einen OP-Bericht zu fordern. Entsprechende Eintragungen in den Pflegebericht bzw. die Krankenakte sind jedoch unverzichtbar, wobei insbesondere nicht vergessen werden sollte, das Abtragen von Fibrinbelägen zu erwähnen.

Obwohl mehrere Verbandwechsel mit entsprechender Wundreinigung und Abtragung von Fibrinbelägen durchgeführt worden sind, ist der Code 8-192.1f gemäß OPS-Hinweistext nur einmal für den stationären Aufenthalt anzugeben.

Die Gruppierung des Falls führt nun zur DRG X06C „Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 66 Jahre, ohne komplexen Eingriff“, die bei einer mittleren Verweildauer von 4,2 Tagen mit einer BWR = 0,664 (entsprechend 1.992 €) kalkuliert ist. Die untere Grenzverweildauer von 2 Tagen ist überschritten, so dass keine Verweildauerabschläge vorzunehmen sind.

Kodierung der Aufgabe 126

Hauptdiagnose:	S81.80	Offene Wunde des Oberschenkels
Nebendiagnose:	T89.01	Komplikationen einer offenen Wunde: Fremdkörper (mit oder ohne Infektion)
Prozedur:	5-896.1f	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Unterschenkel
	8-192.1f	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Großflächig: Unterschenkel
	8-901	Inhalationsanästhesie
DRG:	X06C PCCL= 0	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 66 Jahre, ohne komplexen Eingriff BWR = 0,664, Abschlag für 1 Tag: -0,284

Bartkowski R, Endrich B. Wunddebridement 2011 – ein unverhofftes Geschenk zum neuen Jahr. Passion Chirurgie. 2011 Feb; 1 (2): Artikel 04_01.

Autoren des Artikels



Dr. med. Rolf Bartkowski

ehem. DRG-Beauftragter von BDC und DGCH

Mitglied des Kuratoriums für Klassifikationsfragen am DIMDI

Forstweg 74

13465 Berlin

[> kontaktieren](#)



Priv.-Doz. Dr. med. Bernhard Endrich

Kreiskrankenhaus St. Elisabeth

Dillingen/Donau