DRG 01.09.2017

DRG-Übungen: Rektum-Prolaps und hämorrhagische Diathese



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)

Fallbeschreibung

Eine 77-jährige Patientin gelangte wegen eines seit einigen Tagen bestehenden Darmvorfalls bei chronischer Obstipation zur stationären Aufnahme. Bei der klinischen Untersuchung fand sich ein drittgradiger äußerer Rektumprolaps über eine Distanz von ca. drei Zentimetern sowie eine Rektozele. Nach entsprechender Darmvorbereitung wurde eine Koloskopie durchgeführt, bei der zudem eine leicht blutende zirkuläre Ulzeration im Bereich der inneren Umschlagfalte festgestellt wurde. Die tieferen Dickdarmabschnitte waren unauffällig.

Nebenbefundlich lag eine Arrhythmia absoluta bei Vorhofflimmern vor. Die Antikoagulation mit Phenprocoumon war bereits vom Hausarzt ausgesetzt worden. Zur Stabilisierung der Blutgerinnung (Quick bei Aufnahme: 40 %) erfolgte eine Vitamin-K-Substitution. Zusätzlich fiel noch eine Anämie mit einem Hb von 10,6 g/dl auf.

Es wurde die Indikation zur operativen Behandlung gestellt und am vierten Behandlungstag eine „Stapled Transanal Rectal Resection“ mit dem System Contour Transtar® vorgenommen.

Der postoperative Verlauf war komplikationslos. Nach Kostaufbau und suffizienter Stuhlregulation konnte die Patientin am fünften postoperativen Tag in die hausärztliche Behandlung entlassen werden. Unter einer oralen Eisensubstitution war der Hb bis zum Entlassungstag auf 11,4 g/dl angestiegen.

Kodierungen und Abrechnung

Als Hauptdiagnose ist hier der Rektumprolaps mit K62.3 zu kodieren. Eine Differenzierung des Schweregrades ist dabei in der ICD-10-GM nicht vorgesehen. Die Rektozele ist eine weitere Manifestation der Beckenbodenschwäche, die hier ergänzend mit N81.6 als Nebendiagnose angegeben werden kann. Auch die Ulzeration des Rektums ist als eigenständige Erkrankung kodierbar (K62.6).

Als internistische Nebendiagnose ist das Vorhofflimmern zu kodieren, wobei mit I48.2 gleichzeitig auch die Arrhythmia absoluta abgebildet wird. Ein Aufwand im Sinne der DKR D003 ist durch die Notwendigkeit einer Antikoagulantientherapie gegeben.

Die Cumarin-induzierte Gerinnungsstörung kann hier mit D68.33 kodiert werden, da es sich um eine manifeste Blutung gehandelt hat und eine spezifische Therapie durchgeführt worden ist. Anderenfalls wäre nur Z92.1

(Dauertherapie mit Cumarinen ohne Blutung) anzugeben gewesen.

Auch die chronische Anämie, die laut amtlichem Alphabetischen Verzeichnis zur ICD-10-GM mit D50.0 (Eisenmangelanämie nach chronischem Blutverlust) abgebildet wird, kann hier aufgrund des Behandlungsaufwandes (orale Eisensubstitution) als Nebendiagnose kodiert werden.

Als diagnostische Prozedur ist die Koloskopie mit 1-650.1 zu verschlüsseln.

Bei der STARR-Prozedur handelt es sich um eine peranale tubuläre Vollwandresektion des Rektums, welche mit 5-484.27 zu kodieren ist.

Die Gruppierung führt zur DRG G18D Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose. Die mittlere Verweildauer dieser DRG beträgt 5,6 Tage, die untere bzw. obere Grenzverweildauer zwei bzw. elf Tage. Bei einer tatsächlichen Verweildauer von acht Tagen sind somit keine Zu- oder Abschläge berechenbar. Erlösbestimmend sind die gewählte Hauptdiagnose und die Rektumresektion. Die Nebendiagnosen sowie die Koloskopie bleiben hier ohne Einfluss auf den Erlös.

Anmerkungen zur Prozeduren-Kodierung

Die Kodierung der STARR-Prozedur führte in der Vergangenheit regelmäßig zu Auseinandersetzungen mit den Kostenträgern bzw. dem MDK, da keine verbindlichen Kriterien existierten, mit denen eine partielle Rektumresektion von einer lokalen Exzision bzw. Manschettenresektion abgegrenzt werden kann [1].

Auf Initiative der Gemeinsamen DRG-Kommission von BDC und DGCH wurde 2015 eine Klarstellung in den OPS aufgenommen, mit der eine Manschettenlänge von mindestens vier Zentimetern als Kriterium für eine partielle Resektion im Sinne des OPS-Kodebereiches 5-484.2- festgelegt ist. Bei der Stapler-Resektion einer kürzeren Rektummanschette ist dagegen eine lokale Vollwandexzision zu kodieren (5-482.b0), die in der Regel zu der geringer vergüteten DRG G21C Bestimmte andere Eingriffe an Darm und Enterostoma, ohne äußerst schwere CC führt. Gelegentlich wird vom MDK argumentiert, dass bei einem Stapler-Einsatz grundsätzlich ein Kode aus dem Bereich 5-482.b- zu verwenden sei. Dies ist jedoch nicht zutreffend, denn es wurde bei der tubulären Resektion (5-484.2-) sogar ausdrücklich der Hinweis aufgenommen: „Inkl.: Anwendung eines Staplers“.

Problematisch kann allerding der Nachweis der Länge des Resektates sein und zu Auseinandersetzungen führen. Nur bedingt verwertbar ist die Messung der Resektatlänge durch den Pathologen, da die gemessene Länge durch Schrumpfung (Muskeltonus, Fixation), Klammernahtreihen und Fragmentierung von der ursprünglichen Dimension um 50 % und mehr abweichen kann. Eine im Präparat bestimmte Länge von mindestens vier Zentimetern ist daher als beweisend zu betrachten, eine geringere gemessene Länge schließt jedoch eine partielle tubuläre Resektion nicht zwingend aus! In dieser Situation kommt der klinischen und intraoperativen Befundung eine entscheidende Rolle zu. Es sollte daher im OP-Bericht stets exakt beschrieben werden, welche Ausdehnung der Prolaps hat, wobei ein Rektum-Prolaps im Stadium 3 zweifellos die Resektion einer Manschette von mehr als vier Zentimetern Länge erforderlich macht. Hilfreich können auch endoskopische oder radiologische Befunde mit konkreten Angaben zur Ausdehnung des Prolapses sein.

Hinzuweisen ist noch auf die Unterscheidung zwischen Rektum- und Analprolaps (K62.2). Letzterer wird typischerweise im Zusammenhang mit Hämorrhoiden beobachtet (Stadium IV). Die Stapler-Behandlung (nach Longo) stellt keine Vollwandexzision dar und ist somit weder mit 5-484.27 noch mit 5-482.b0 zu kodieren, sondern mit 5-493.5 Operative Behandlung von Hämorrhoiden mit Stapler. Hier gilt der Hinweis, dass die Behandlung eines Prolapses von Rektum-Mukosa im Kode enthalten ist. In der Regel triggert dieser Eingriff in die geringer vergütete DRG G26B Andere Eingriffe am Anus, Alter > 13 Jahre.

Hauptdiagnose:	K62.3	Rektumprolaps
Nebendiagnosen:	N81.6	Rektozele
	K62.6	Ulkus des Anus und des Rektums
	I48.2	Vorhofflimmern, permanent
	D68.33	Hämorrhagische Diathese durch Cumarine (Vitamin-K-Antagonisten)
	D50.0	Eisenmangelanämie nach Blutverlust (chronisch)
Prozedur:	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum
	5-484.27	Rektumresektion unter Sphinktererhaltung: Tubuläre Resektion unter Belassen des Paraproktiums: Peranal
DRG:	G18D PCCL= 2	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose BWR = 1,251 (entspr. 4.223,51 € bei einem Basisfallwert von 3.376,11 €)

Literatur

[1] Bartkowski R: Kodierung 2011 – Chirurgisch relevante Änderungen der ICD-10 und des OPS. Der Chirurg – BDC 11 (2010) 610 – 617

[2] Bartkowski R: Diagnosen- und Prozedurenkodierung 2015: Chirurgisch relevante Änderungen bei ICD-10 und OPS. Passion Chirurgie Q1 (2015) 33 – 39

Bartkowski R. DRG-Übungen: Rektum-Prolaps und hämorrhagische Diathese. Passion Chirurgie. 2017 September, 7(09): Artikel 04_07.