



**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 festgestellte Kodierempfehlung 47 (KDE) wie folgt mehrheitlich entschieden:

### **Entscheidung KDE 47:**

Die Angina pectoris (I20- *Angina pectoris*) ist unter der Gruppe Ischämische Herzkrankheiten (I20-I25) eingeordnet und ist ein Missverhältnis zwischen Sauerstoffbedarf und-Angebot im Herzen (Ischämie). Die Diagnose kann basierend auf den Kriterien der ESC Leitlinie<sup>1</sup> klinisch gestellt werden bei Vorliegen von mindestens 2 der folgenden Kriterien:

- Retrosternale Schmerzen oder Schmerzen im Bereich von Hals, Kiefer, Schulter oder Arm; Voraussetzung ist, dass die Schmerzsymptomatik nicht auf andere in Frage kommende Ursachen zurückzuführen ist
- Hervorgerufen durch körperliche Anstrengung
- Besserung innerhalb von fünf Minuten durch Ruhe und/oder Nitrate.

<sup>1</sup> ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes

### **Begründung:**

In der Verhandlung vom 28.10.2020 ist der Schlichtungsausschuss mehrheitlich zu dem Beschluss gekommen, dass die Diagnose einer Angina pectoris auch klinisch getroffen werden kann, da eine apparative Bestätigung der Diagnose nicht in allen Fallkonstellationen möglich bzw. indiziert ist. Bezüglich der Anforderungen an eine klinische Diagnosestellung wird Bezug genommen auf die Leitlinie<sup>1</sup> der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie. Um eine konsistente Anwendung für den Kliniker zu ermöglichen, wurde auch der Begriff der atypischen Angina für die Anforderungen zur Kodierung berücksichtigt. Da es sich bei den im Beschluss aufgeführten Spiegelstrichen um eine Nennung außerhalb des Zusammenhangs der Leitlinie handelt, wurde beim ersten Spiegelstrich als Voraussetzung ergänzt, dass die bei einem Fall konkret zu bewertende Symptomatik anhand der klinischen Anamnese und/oder durchgeführter Untersuchungen nicht auf andere Ursachen zurückzuführen ist.

<sup>1</sup> ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes



## eingereichte Anträge für das Schlichtungsverfahren:

### Antrag des GKV-Spitzenverbandes:

Die in der KDE 47 beschriebenen pectanginösen Beschwerden (Schmerz bzw. „Enge der Brust“) dürfen nur mit einem Kode aus I20.- (*Angina pectoris*) kodiert werden, wenn als Ursache dafür ein Missverhältnis zwischen myokardialem Sauerstoffangebot und Sauerstoffverbrauch (Ischämie) nachgewiesen ist.

### Gegenantrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft:

Die Angina pectoris (I20.- *Angina pectoris*) (bzw. die pectanginösen Beschwerden) sind unter der Gruppe *Ischämische Herzkrankheiten* (I20-I25) eingeordnet und stehen für ein Missverhältnis zwischen Sauerstoffbedarf und -angebot im Herzen.

Wird, wie in dem vorliegenden Fall (KDE-47), ein Patient aufgrund pectanginöser Beschwerden unter dem Verdacht auf eine koronare Herzkrankheit stationär behandelt und ergibt die kardiologische Diagnostik einschließlich Linksherzkatheteruntersuchung keinen Hinweis auf eine kardiale Ursache kann die Angina pectoris als Hauptdiagnose kodiert werden, wenn mindestens 2 der folgenden Kriterien erfüllt sind<sup>1</sup>:

- Retrosternale Schmerzen oder im Bereich von Hals, Kiefer, Schulter oder Arm
- hervorgerufen durch körperliche Anstrengung
- Besserung innerhalb von fünf Minuten durch Ruhe und/oder Nitrate.

Sofern im Einzelfall die Diagnose Angina pectoris *am Ende eines stationären Aufenthaltes weder sicher bestätigt noch sicher ausgeschlossen* werden kann, ist zusätzlich die DKR D008 *Verdachtsdiagnosen* anzuwenden. Im Hinblick auf die dort geforderte, einzuleitende Behandlung, ist auch die Empfehlung einer bedarfsabhängigen Medikation für die Kodierung der Verdachtsdiagnose ausreichend.

<sup>1</sup> Entsprechend der ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes



**Gültigkeit der Entscheidung:**

Diese Entscheidung des Schlichtungsausschusses gilt 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 25.11.2020 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.

**Rechtsbehelfsbelehrung:**

Gegen diese Entscheidung des Schlichtungsausschusses kann innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe Klage beim Sozialgericht Berlin, Invalidenstr. 52, 10557 Berlin, schriftlich oder zu Protokoll des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle erhoben werden.

Siegburg, 25.11.2020

Dr. Franz Metzger

Vorsitzender des Schlichtungsausschusses nach § 19 KHG



## 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-47

Schlagwort: Angina pectoris, Brustschmerz, Thoraxschmerz

Stand: 2007-01-10

Aktualisiert: 2008-01-08

ICD: R07.- R07.2

### Problem/Erläuterung:

Ein Patient wird mit pectanginösen Beschwerden unter Verdacht auf koronare Herzkrankheit aufgenommen. Die kardiologische Diagnostik einschließlich Linksherzkatheteruntersuchung ergibt keinen Hinweis auf eine kardiale Ursache. Rechtfertigt diese Symptomatik alleine die Kodierung der Angina pectoris als Hauptdiagnose?

### Kodierempfehlung SEG 4:

Nein. Die Definition der Angina pectoris umfasst nicht nur die Symptomatik (Schmerz bzw. „Enge der Brust“), sondern auch deren Genese (Missverhältnis zwischen myokardialem Sauerstoffbedarf und Sauerstoffangebot: Ischämie). Entsprechend findet sich auch der ICD-Kode im Kapitel I20 bis I25 *Ischämische Herzkrankheiten*.

Die reine Symptomatik ohne Hinweis auf eine Ischämie ist entsprechend mit einem Kode aus R07.- *Hals- und Brustschmerzen* (z.B. R07.2 *Präkordiale Schmerzen*) zu verschlüsseln.

### Kommentar FoKA:

Dissens:

Wir stimmen mit der Empfehlung der SEG 4 nicht überein, da:

1. Angina pectoris ist eine klinische Diagnose. Sofern sie behandelt wurde, kann sie als HD kodiert werden (DKR D008b *Verdachtsdiagnose*)
2. Auch eine kardiologische Diagnostik inkl. Linksherzkatheteruntersuchung kann eine ischämische Ursache nicht ausschließen (z.B. Koronarspasmus)

Verweis: siehe auch KDE-Nr. 65 und Nr. 172

### Rückmeldung SEG 4:

Kein Anpassungsbedarf

### Aktualisierung Kodierempfehlung SEG 4 vom 01.01.2019:

Nein. Die Definition der Angina pectoris umfasst nicht nur die Symptomatik (Schmerz bzw. „Enge der Brust“), sondern auch deren Genese (Missverhältnis zwischen myokardialem



Sauerstoffbedarf und Sauerstoffangebot: Ischämie). Entsprechend findet sich auch der ICD-Kode im Kapitel I20 bis I25 *Ischämische Herzkrankheiten*.

Die reine Symptomatik ohne Hinweis auf eine Ischämie ist entsprechend mit einem Kode aus R07.- *Hals- und Brustschmerzen* (z.B. R07.2 *Präkordiale Schmerzen*) zu verschlüsseln.

Siehe auch Kodierempfehlung 172.