



**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:**

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 *Monoparese und Monoplegie einer oberen Extremität* als Nebendiagnose kodiert werden.

### **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.