

## AIM DRG-CHECKLISTE

Grundsätze in der medizinischen Dokumentation → so genau wie möglich (unspezifische Diagnosen sind meist nicht DRG-relevant)  
 Aufwand für jede Diagnose beschreiben → diagnostischer, therapeutischer oder pflegerischer Aufwand

<b>Herz-Kreislauf</b>	
<b>Herzinsuffizienz</b>	NYHA Stadium I-IV, Rechts- vs. Linksherzinsuffizienz (resp. biventrikulär), Pleuraerguss, Aszites
<b>Herzklappen-Pathologien</b>	Angabe der betroffenen Herzklappe
<b>Hypertensive(r) Krise</b>	>180/120 mmHg (je nach Definition) ggf. mit Endorganschäden. Ätiologie, Komplikationen, Notfallsit.?
<b>Hypertonie, arteriell</b>	Folgeerkrankungen (Kardiopathie, Nephropathie), Abklärung der Ursache (primäre vs. sekundäre Formen wie renovaskulär, renoparenchymatös, endokrin) Vs Hypertensive Herz- / Nierenkrankheit (oder kombi?)
<b>Kardiomyopathie</b>	Dilatativ, obstruktiv, etc. therapeutische Massnahmen?
<b>Koronare Herzkrankheit</b>	Angina pectoris CCS 0-IV, ACS, 1-/2-/3-Gefässe, mit/ohne Stenose, Intervention (Gefäss, Anzahl Stents)
<b>Vorhofflimmern/-flattern</b>	paroxysmal, persistierend, permanent? Vorhofflattern Typ I (typisch) oder II (atypisch)? (Flattern DRG-relevant!)
<b>Rhythmusstörungen</b>	Vorhofflimmern/-flattern, Blockbilder, Long-QT, Präexzitationssyndrom diagnostische Massnahmen, z.B. Holter, R-Test usw. PM-/ICD-Indikation, genaue Modellangabe (MR-tauglich?)
<b>Anämie</b>	Spezifizieren: postoperative/akute Blutungsanämie, hämolytische Anämie, aplastische Anämie, Sichelzellanämie, Tumoranämie, chron. Niereninsuffizienz, nach Chemotherapie, Eisenmangelanämie / nach chron. Blutverlust, megaloblastäre Anämie, Skorbutanämie, Thalassämie (α,β,etc?), Substitution (Anzahl EC), Eisengabe, Erythropoese-stimulierende Medikamente
<b>Gerinnungsstörungen / Gerinnungsfaktormangel</b>	Spezifizieren: Thrombopenie, DIC, sekundär (Hepatopathien), Entgleisung unter OAK. Genauer Aufwand: Ersatz von Gerinnungsfaktoren, TC-Konzentrate, Konaktion, Fibrinogen oder Beriplex nach/bei Blutung → Dg «erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren»
<b>Hämorrhagische Diathese</b>	Aet.? Durch Antikoagulantien (Cumarine, Heparine), Antikörper, erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren. Mit/ohne Blutung?
<b>Akute Blutung</b>	Mit hämorrhagischem/hypovolämem Schock? unter OAK/ASS? akute Blutungsanämie, Gerinnungsfaktormangel?
<b>GI-Blutung</b>	obere vs. untere GI-Blutung, nicht schockierend vs. schockierend, unter ASS/OAK. Ätiologie, Sofortmassnahmen beschreiben
<b>PAVK, venöse Insuffizienz</b>	Fontaine Stadium 1-4, Aet. / Interventionen dazu. Akut, chronisch, peripher, mit/ohne Ulzeration
<b>Thrombotische Mikroangiopathie</b>	Differenzierung (aHUS, TTP, ADAMTS 13 Defizit, EHEC)/Massnahmen (Plasmapherese, Immuntherapie, Allfällige Transfusionen)
<b>Lunge</b>	
<b>ARDS</b>	Stadium? mild (FIO2 200-300mmHg), moderat (FIO2 100-200mmHg), schwer (<100mmHg)?
<b>Pneumonie</b>	ambulant vs. nosokomial erworben (>48h nach Spitaleintritt, vorherige Hospitalisierung < /> 28d), hypostatisch. Lokalisation (basal, lobär, broncho). Erreger (bakteriell, viral?), Resistenzen, antibiotische Therapie, Drainage
<b>Respiratorische Insuffizienz</b>	akute vs. chron./Partial- vs. Globalinsuffizienz (inkl. pathol. BGA) akute pulmonale Insuffizienz nach Operation Intubation-/ NIV-Dauer, O2-Applikation, Komplikationen
<b>Leber</b>	
<b>Aszites</b>	Aet.? Aufwand: Punktion, med. Therapie, sonographische Verlaufskontrolle?
<b>Hepatitis</b>	akut chronisch? Aufwand? (zB Medi-Umstellung, Schutzmassnahmen?)
<b>Hypertonie, portal</b>	Ätiologie, Massnahmen, Komplikationen
<b>Leberinsuffizienz</b>	akutes/subakutes/chronisches Leberversagen
<b>Leberzirrhose</b>	CHILD Stadium, nachfolgende Komplikationen, Aszites etc Aet zB Autoimmun, Äthylisch. therapeutische Massnahmen
<b>Niere / Uro</b>	
<b>Niereninsuffizienz, akut</b>	AKIN, KDIGO Einteilung verwenden Stadium 1-3, Aet.
<b>Niereninsuffizienz, chronisch</b>	GFR (CKD-EPI Formel) Stadium 1-5/Albuminurie A1-3/Begleiterkrankungen (renale Anämie, sek. Hyperparathyreoidismus, Azidose, BD), Aet., Therapie / Dialyse?
<b>Akute Zystitis</b>	zB anstatt «HWI» als Diagnose Erreger, Resistenzlage, antibiotische Therapie, DK
<b>Endo</b>	
<b>Adipositas</b>	Einteilung nach WHO: BMI 25-29.9 Übergewicht, BMI 30-34.9 Stadium I, BMI 35-39.9 Stadium II, BMI > 40 Stadium III Aufwand? (Anpassung Medi, ERB, spezielles Equipment/Matratze, Lagerung, 3. Assistenz etc.)
<b>Diabetes mellitus</b>	Typ 1 vs. Typ 2, Steroid-induziert, pankreatopriv, entgleist vs. nicht entgleist, diabetisches Fussyndrom, diagnostizierte und behandelte Komplikationen/ Spätkomplikationen Kriterien für entgleister DM (bezieht sich nur auf BZ- Einstellung): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rezidiv. Hypoglykämien (&lt; 3 mmol/l) mit Symptomen</li> <li>• Starke BZ-Schwankungen (&gt; 5 mmol/l Differenz)</li> <li>• HbA1c &gt; 9%</li> <li>• mind. 3 BZ-Werte &gt; 15 mmol/l</li> <li>• Aufwändiges Management auch unter 15 mmol/l</li> </ul>

<b>Energie- und Eiweissmangel-ernährung, Kachexie</b>	NRS-Score, leicht, mässig oder erhebliche Mangelernährung, Ernährungsberatung/-therapie ( min. 2x), parenterale od. enterale Ernährung (inkl. Dauer)
<b>Mangel Vitamine/ Spurenelemente</b>	Genaue Angabe des Mangels, Angabe der substituierten Vitamine/Spurenelemente, parenterale oder enterale Ernährung
<b>Osteoporose</b>	Postmenopausal, nach Ovariectomie, arzneimittelinduziert, idiopathisch Bei Plasmazytom, bei endokrinen Störungen, Mit/ohne Fraktur (pathologisch)
<b>Labor</b>	
<b>Agranulozytose/Aplasie</b>	Angabe der Dauer in Tagen, Ätiologie (z.B. nach Chemotherapie), Antibiotika
<b>Andere Zytopenien</b>	Thrombozytopenie (primär/sekundär), Neutropenie ☐ alle separat dokumentieren. Aetiologie
<b>Hyponatriämie und andere Elektrolytentgleisungen</b>	So dokumentieren (auch zB SIADH), inkl. Aufwand (Substitution bzw. Massnahmen zur Senkung, Therapie unbedingt dokumentieren: Gabe von Bouillon reicht zB als Aufwand)
<b>Blutprodukte</b>	Anzahl der verabreichten Erythrozyten-/Thrombozytenkonzentrate (ebenso FFPs etc.) erwähnen
<b>System</b>	
<b>Allergische Reaktion</b>	Grad 1-4, Auslöser, Sofortmassnahmen beschreiben
<b>Angeborene Erkrankungen</b>	Mehraufwand im Patientenmanagement dokumentieren
<b>Metastasen</b>	Sämtliche Metastasen klar beschreiben (mit Bezug zum Primärtumor)
<b>Tumor</b>	TNM-Klassifikation des Primärtumors, alle Metastasen, Rezidiv Primärbehandlung, Art der Chemotherapie, Komplikationen
<b>Funktionseinschränkungen</b>	Barthel/FIM innerhalb von 5 Tagen nach Eintritt → motorische Funktionsein. MMS → kognitive Funktionseinschr.
<b>Lymphödem</b>	Stadium I – III mit Angabe Lokalisation, Ätiologie, therapeutische Massnahmen
<b>Infektionen</b>	Fokus, Erreger, Resistenzen (wie 3MRGN / 4 MRGN), Osteomyelitis? Wundinfekt? Protheseninfekt? Ursache? → SOFA Score bei Sepsis!
<b>Schock</b>	Septisch, hypovoläm, hämorrhagisch, traumatisch. Puls<BD? Diagnose stellen! Septisch: trotz adäquater Volumengabe mittl. Art. Druck von >64 mmHg nur mit Vasopressoren erreicht werden kann, plus Lactatwert >2mmol/l
<b>Sepsis</b>	Fokus? Erreger? mit Schock, mit/ohne Organkomplikationen → Organ-Diagnosen separat, zB akute respiratorische Partial-/Globalinsuffizienz, akute Niereninsuffizienz (Stadium), Kreislaufinstabilität, Gerinnungsstörung, paralyt. Ileus, Thrombozytopenie, Leberversagen/-insuffizienz) SOFA muss erfasst werden, SOFA 2 mehr als vorbestehend
<b>Psyche</b>	
<b>Alkoholabhängigkeit</b>	Falls eine Abhängigkeit vorliegt, «Alkoholabhängigkeit» als Diagnose (nicht nur Alkoholabusus = schädlicher Gebrauch) Gilt auch für andere Suchterkrankungen (z. B. Benzodiazepine)
<b>Delir</b>	Spezifizieren: postinterventionell, infekt- oder entzugsbedingt, hypo-/hyperaktiv, bei Demenz; falls unklar als "nicht näher bezeichnet" oder «multifaktoriell» aufführen. DOS-Score? Abklärungen, medikamentöse Therapie, pflegerische Massnahmen
<b>Demenz</b>	Spezifizieren: Alzheimer vs. vaskuläre Demenz, Parkinson, frontotemporale Demenz, subkortikal vaskulär, multiinfarkt, Aufwand beschreiben
<b>Depression</b>	einfache Episode vs. rezidivierend vs. chronisch, Schweregrad angeben
<b>Psychische Erkrankungen</b>	schizotype Störung, wahnhaftige Störung, paranoide /schizoide Persönlichkeitsstörung, leichte, mittelgradige, schwere, schwerste Intelligenzminderung (mit/ohne Verhaltensstörung)
<b>Psych. Abhängigkeiten</b>	Alkohol, Nikotin, Opioide, Cannabinoide, Sedativa oder Hypnotika, Kokain, andere Stimulanzien, flüchtige Lösungsmittel, Halluzinogene. Abhängigkeit, Entzugssyndrom mit/ohne Delir, amnestisches Syndrom
<b>Neuro</b>	
<b>Enzephalopathie</b>	Aet., zB hepatisch, Grad 1-4, laxative Therapie, supportive Massnahmen
<b>Epilepsie</b>	lokalisationsbezogen, fokal, partiell, idiopathisch, generalisiert, Grand-/Petit-Mal, Status epilepticus?
<b>Hemiparese und -plegie</b>	neu oder residuell, schlaff oder spastisch, komplett oder inkomplett. Ätiologie, (Pflege-)Aufwand beschreiben, mit/ohne RM-Schädigung!
<b>Parkinson</b>	Stadieneinteilung nach Höhn und Jahr primär/sekundär, vaskulär, arzneimittelinduziert? Aet.
<b>Schlaganfall akut – Folgen von Schlaganfall</b>	Blutung oder Infarkt? Ursache Thrombose/Embolie? Begleitsymptomatik? Paraplegien (spastisch, schlaff? Hemi/Tetra?), Aphasie, Dysphagie, etc.
<b>Pflegerisch</b>	
<b>Dekubitus/Hautulcus</b>	Grad 1-4, Wundfläche (Grösse), Ursache, Lokalis.? Débridement? Wundpflege, Defektdeckung nach Grösse (in cm2)
<b>Erysipel/Zellulitis/ Phlegmone</b>	Lokalisation, Ätiologie, antibiotische Therapie, supportive Massnahmen Phlegmone vs Unterschied zu Erysipel, Zellulitis, Faszitis (genaue Diagnose!)
<b>Diarrhoe</b>	Aufwand? Aet.? infektiös/nicht infektiös? → führt zu Gastroenteritis
<b>Ileus</b>	Postoperativ, Briden, paralytisch
<b>Inkontinenz</b>	Stuhl? Harn? Welche Art? (Belastungs-I., Drang-I. Überlauf-I., etc)
<b>Koprostase</b>	bei Obstipation "Koprostase" als Diagnose, therapeutische Massnahmen? Outlet-Obstipation, Kolontransitstörung, medikamentös?
<b>GI-Blutung</b>	Lokalisation? Meläna?