

03 Haupt- und Nebendiagnose

Die Hauptdiagnose

Die Hauptdiagnose wird von der WHO definiert als „derjenige Zustand, der am Ende des Spitalaufenthaltes als Diagnose feststeht und der der Hauptanlass für die Behandlung und Untersuchung der Patientin, bzw. des Patienten war“.

Somit die die Eintrittsdiagnose vielfach nicht einhergehend mit der Diagnose, die am Ende an erster Stelle im Austrittsbericht stehen sollte.

Gibt es mehrere Diagnosen, die als Hauptdiagnose in Frage kommen könnten, so sollte sich die behandelnde Ärzeschaft nach dem grössten Aufwand anhand von medizinischen Leistungen ( rztliche, pflegerische Leistungen, Operationen, medizinische Produkte, usw.) orientieren.

Bei internen Verlegungen und Behandlung von mehreren Kliniken soll die abschliessende Klinik sich auf die Aufwände über den ganzen stationären Aufenthalt orientieren.

Beispiel:

Ein Patient wird zur Behandlung eines entgleisten Diabetes mellitus 12 Tage hospitalisiert. Ein Tag vor Austritt, Operation einer Phimose.

Der Diabetes mellitus mit 12-tägigem Aufenthalt verursacht den grössten Aufwand und ist somit die Hauptdiagnose (eine Operation bestimmt nicht automatisch die Hauptdiagnose).

 ber 80% von Versicherungs-Bearstandungen schweizweit betreffen die Wahl der Hauptdiagnose, daher ist es vorteilhaft, Diagnosen und deren Aufwände sorgfältig zu dokumentieren.

Die Nebendiagnose

Die Nebendiagnose ist definiert als „eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Spitalaufenthaltes entwickelt“.

Kodiert werden nur solche Nebendiagnosen, die das Patientenmanagement während des stationären Aufenthaltes wie folgt beeinflussen, mit:

- Therapeutische Massnahmen
- Diagnostische Massnahmen
- Erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand

Zusammengefasst darf alles kodiert werden, wenn der **medizinische Aufwand > 0** ist. Vorausgesetzt, zu den Aufwänden ist eine Diagnose ärztlich dokumentiert, und die Aufwände mit den Diagnosen klar in Verbindung zu setzen. Je klarer diese Verbindung beschrieben wird, desto besser kann der Kodierer den Fall abbilden.

Beispiel:

Eine Patientin wird für koronare Herzkrankheit, arterielle Hypertonie und Herzinsuffizienz mit einem Betablocker behandelt. Kodiert werden alle drei Diagnosen:

- *Koronare Herzkrankheit*
- *Arterielle Hypertonie*
- *Herzinsuffizienz*

Im Kodierhandbuch steht klar, dass das Spital, respektive die behandelnde Ärzteschaft den medizinischen Aufwand > 0 anhand der Dokumentation belegen können muss.

Auf DRG-relevante Nebendiagnosen wird im [Blog-Beitrag 02](#) eingegangen.