

23. DRG-Blog: Psychiatrische Diagnosen

Teil 1: Psychiatrische Diagnosen im Akutspital

Im SwissDRG-System sind viele psychiatrische Diagnosen DRG-beeinflussend, also kostenrelevant. Die meisten F-Diagnosen¹ haben einen CCL²-Wert und können als Nebendiagnose den Patientenschweregrad beeinflussen. Die aktuelle medizinische Einteilung von psychiatrischen Diagnosen kann jedoch im ICD-10-Katalog veraltet sein, daher verwenden viele psychiatrische Institutionen bereits heute den ICD-11 sowie das DSM-5-Klassifikationssystem³. Da das SwissDRG-System weiterhin ICD-10 als Diagnosegrundlage hat, kann es helfen, klinische Diagnosen so abzubilden.

Beispielsweise wurde in den letzten Jahren die Diagnostik von Autismus-Spektrum-Störungen vertieft und erweitert, wird jedoch im Kapitel ICD F84.- *Tief greifende Entwicklungsstörungen* nur unzureichend berücksichtigt. ICD-11 und DSM-5 haben sich von dieser kategorialen Einteilung zugunsten des Spektrum-Begriffes gelöst.

ICD-10	ICD-11	Klinische Beschreibung
F84.0 Frühkindlicher Autismus	6A02 – Autismus-Spektrum-Störung (ASS) ICD-11 unterscheidet zusätzlich: - mit/ohne Intelligenzminderung - mit/ohne funktionelle Sprachbeeinträchtigung	„Klassischer Autismus“ Kanner-Autismus
F84.1 Atypischer Autismus	6A02 – Autismus-Spektrum-Störung, keine eigene Kategorie mehr	Beginn nach dem 3. Lebensjahr oder nicht alle diagnostischen Kernkriterien erfüllt. Veraltet. Heute: Teil des Autismus-Spektrums
F84.2 Rett-Syndrom	LD90.4 Rett-Syndrom (genetische neuroentwicklungsbezogene Störung)	Wird heute nicht mehr als Autismus klassifiziert, sondern als genetisch bedingte Entwicklungsstörung (MECP2-Mutation).
F84.3 Andere desintegrative Störung des Kindesalters	6A02 – Autismus-Spektrum-Störung	Schwere Form innerhalb des Autismus-Spektrums, ist keine eigenständige Kategorie mehr
F84.4 Überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungstereotypien	ICD-11: Keine direkte Entsprechung → Einordnung meist unter: 6A05 Intelligenzentwicklungsstörung ggf. kombiniert mit 6A02 (ASS) oder 6A06 (ADHS)	Ist heute diagnostisch meist als Kombination mehrerer neuroentwicklungsbezogener Störungen erfasst

¹ Im ICD-10-System beginnend mit F, Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen (F00 – F99)

² Komplikations- und Komorbiditätswert: <https://www.sgaim.ch/de/themen/swissdrbg-blog/18-multimorbiditaet>

³ DSM-5 = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, <https://www.psychiatry.org/dsm5>

F84.5 Asperger-Syndrom	6A02 – Autismus-Spektrum-Störung Begriff „Asperger“ wird in ICD-11 nicht mehr verwendet	Heute gemeint als: „Autismus ohne Intelligenzminderung und ohne Sprachbeeinträchtigung“
F84.8 Sonstige tiefgreifende Entwicklungsstörungen	6A02 – Autismus-Spektrum-Störung (unspezifiziert)	Nicht klar zuordenbare autistische Symptomatik
F84.9 Tief greifende Entwicklungsstörung, nicht näher bezeichnet	6A02.Z – Autismus-Spektrum-Störung, nicht näher bezeichnet	Unspezifische Autismusdiagnose Oft verwendet bei unvollständiger Diagnostik

Zusammengefasst: Der klinische psychiatrische Beschrieb ist meist viel detaillierter als im ICD-10-Katalog abbildbar. Autismus-Spektrum-Störungen werden meist mit dem unspezifischen Code **F84.8 Sonstige tiefgreifende Entwicklungsstörungen** abgebildet, obwohl sicherlich nach der Häufigkeit der Ätiologie die Vielzahl mit der veralteten Form F84.5 Asperger-Syndrom abgebildet werden könnten.

Weitere innerhalb des Spektrums auftretende Verhaltensformen können beispielsweise die neuere Bezeichnung **PDA (Pathological Demand Avoidance)**⁴ sein. Diese wird im Fachchargon oft so beschrieben: Autismus-Spektrum-Störung (ICD-11 6A02.0) im Sinne Asperger-Syndrom (ICD 10 F 84.5) ohne Störung der intellektuellen Entwicklung und ohne Beeinträchtigung der funktionalen Sprache (DSM-5 299.0) "mit ausgeprägter Anforderungsvermeidung" oder "mit PDA-Profil". Kodiert wird dies mit ICD-10 F84.5. Auch wenn der Aufwand erhöht ist bei oppositionellem Verhalten sollte die zusätzliche Kodierung von F91.3 oppositionelle Störung vermieden werden, nicht nur, weil bei F91.- das Exklusivum für F84.- steht, sondern auch, weil bei PDA das Verhalten vertieft assoziiert mit der Autismus-Störung bei belastenden oder dysfunktionalen sozialen Umständen ist, und keine oppositionelle Störung an sich. ICD-11 bietet im klinischen Bereich zudem auch die Möglichkeit, Masking oder Demand Avoidance bei Autismus-Spektrum-Störungen abzubilden, so dass auch weniger klassische Profile, wie der oft mit höherer sozialer Motivation einhergehende Female autism Phenotype und PDA darin abgebildet werden können. Selten gibt es Demand Avoidance auch im frühkindlichen Autismus mit Intelligenzminderung, was zeigt, dass die ICD-11-Einteilung der ASS auch limitierend sein kann, und es dadurch keine ideale Klassifikation gibt, sondern einige Klassifikationen sich ergänzen.

DRG-Relevanz

Die meisten psychiatrischen Diagnosen, im ICD-10 beginnend mit F, weisen einen CCL-Wert auf, sind demnach bei allen DRGs mit Morbiditäts-Gewichtung DRG-relevant. Zudem können einige F-Diagnosen als Split-Kriterium direkt in eine höhere DRG triggern, beispielsweise alle F84.- Autismus-Kodes als Nebendiagnose bei **Sectionios, vorgeburtlichen stationären Behandlungen, vaginalen Geburten oder bei stationären Aufenthalten bei Ess-, Zwangs-, und Persönlichkeitsstörungen** im Akutspital.

⁴ <https://pda-autismus-verein.org/was-ist-pda/>

Aufwand

Der Aufwand von Patienten mit psychiatrischen Diagnosen kann vielfältig und oft nicht direkt mit Kostenstellen zuteilbar sein, daher ist auch hier eine korrekte und auf den Patienten individuell angepasste Leistungserfassung notwendig. Der klinische Aufwand bei Autismus-Spektrumstörungen im stationären Setting kann eine vertiefte Aufklärung des Patienten sein (längere/zusätzliche Gespräche), mit Organisation von täglich gleichen Abläufen, um Struktur, Vertrauen und Halt zu bieten:

Gespräche:

- Ausführlichere Anamnese (inkl. Kommunikationsstil, Trigger, Coping, Sensorik)
- Konkrete, wörtliche Aufklärung (Vermeidung von Metaphern/Implikationen)
- Mehr Zeit für Einwilligungsgespräche; Verständnis sichern (Teach-Back)
- Einbezug von Bezugspersonen (bei Einverständnis)
- Höherer Abstimmungsbedarf bei Komorbiditäten (z. B. Angst, ADHS, Depression, Epilepsie)

Sensorische Besonderheiten – Anpassung der Umgebung

- Einzelzimmer oder ruhiger Bereich.
- Licht dimmen, Nachtunterbrechungen bündeln.
- Ohrstöpsel, Augenmaske, feste Abläufe.
- Mehr Koordination mit Pflege/Service (Reinigung, Visitezeiten).

Struktur und Vorhersehbarkeit – erhöhter Organisationsaufwand

- Visualisierte Tagesstruktur (Whiteboard/Planblatt).
- Zusätzliche Informationsschleifen bei Planänderungen.
- Engere Abstimmung zwischen Station, Diagnostik, OP-Planung.

Untersuchungen, Pflege, Interventionen – erhöhter Begleitbedarf

- Schritt-für-Schritt-Erklärung vor jeder Maßnahme.
- Längere Vorbereitungszeit (z. B. vor Blutabnahme).
- Einsatz von Coping-Hilfen (Stressball, Pausen).
- Ggf. prämedikative Strategien/Anxiolyse nach Risikoabwägung.
- Mehr Personalbindung in kritischen Situationen.

Verhalten & Krisenprävention – Deeskalationsaufwand

- Individueller Krisenplan (Trigger, Frühzeichen, Strategien).
- Schulung des Teams in ASS-sensibler Kommunikation.
- Rückzugsoptionen, Reizreduktion statt Konfrontation.

Phänotypen

Zu beachten ist nicht nur, dass die Einteilung im ICD-10 veraltet ist, sondern auch viele Krankheitsbilder. Im Autismus-Spektrum beispielsweise sind viele ältere Studien und Beschreibungen von Krankheitsbildern auf männliche Probanden verfasst. Nach aktuellem Fachbild gibt es jedoch wesentliche Unterschiede im männlichen und weiblichen Phänotypen beim Autismus-Profil. Zusammengefasst gibt es folgende Unterschiede:

- Diagnostik: Häufig später und „weniger sichtbar“ bei Mädchen/Frauen (spätere Diagnosen, mehr Fehl-/Alternativdiagnosen)
- „Female Autism Phenotype“ (FAP) und Camouflaging/Masking (Patientinnen wirken anders / sind besser kompensiert)
- Soziale Kommunikation: eher „subtilere“ Auffälligkeiten bei vielen Mädchen/Frauen (mehr oberflächlich passend wirkende soziale Strategien, weiterhin Schwierigkeiten mit impliziten sozialen Regeln (z.B. Ironie, Subtext, Absichten))
- Restricted interests & repetitive behaviors: Inhalt und „Form“ kann sich unterscheiden (Patientinnen weisen öfter sozial akzeptierte Spezialinteressen auf (z.B. Tiere, Popkultur, Personen), oder stärker internalisierte repetitive Muster (z.B. gedankliche Ritualisierung, Perfektionismus-ähnliche Routinen))
- Komorbiditäten: andere Profile sind häufig (Patientinnen weisen häufiger z.B. zusammenhängend internalisierende Symptomatiken wie Angst und Depression auf), Hinweise auf mehr diagnostische Umwege/Fehldiagnosen

Teil 2: Wichtige internistische Diagnosen in der Psychiatrie

Die AIM kann die Psychiatrie unterstützen, in dem Sie bei Überweisungen und (Rück-) Verlegungen in die Psychiatrie die Diagnosen möglichst präzisieren.

TARPSY ist das Abrechnungssystem für Psychiatrische Kliniken in der Schweiz. Die Fallpauschalen heissen PCG (Psychiatric Cost Groups). Die Fallgruppen erhalten je nach PCG verschiedene tagesbezogenen Kostengewichte, die aus dem PCG-Katalog⁵ entnommen werden. Tageskostengewichte sind empirisch ermittelte, relative Gewichte, die den durchschnittlichen Behandlungsaufwand einer gegebenen Gruppe von Patienten pro Tag beschreiben. Sie werden in der Regel jährlich anhand von aktualisierten Fallkostendaten der Spitäler berechnet. Die Tageskosten sind normalerweise bei einem PCG in den ersten Tagen höher als bei den späteren Tagen, analog der Kostenverteilung eines psychiatrischen Aufenthaltes.

Folgende medizinische Diagnosen können den PCG beeinflussen (mit ICD-10-Code):

- Arterielle Hypertonie, **mit** Angabe einer hypertensiven Krise (I10.01)
- Alkoholische Leberzirrhose (K70.3)
- Geschehnisse mit absichtlicher Selbstschädigung (X94.9!)
- Mässige und schwere Mangelernährung (E44.0 / E43)
- Akute / chronische Zystitis (N30.0 / N30.2) → **nicht „HWI“**
- Näher bezeichnete Hypothyreose (E03.8 / E03.2) → **nicht nur „Hypothyreose“**
- COPD **mit akuter Infektion / mit akuter Exazerbation** (J44.10 / J44.11)
- Alkohol-Polyneuropathie (G62.1) → **mit Bezug zu Alkohol-Abhängigkeit**
- Folsäure-Mangelanämie, sonstige (D52.8) → **nicht nur „Folsäure-Mangel“**
- Eisenmangelanämie (D50.8) → **nicht nur „Eisenmangel“**
- Aspirations-Pneumonie (J69.0)
- Sonstige näher bezeichnete extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen (G25.88), z.B. Akathisie, Stiff-Person-Syndrom
- Akute Sinusitis (J01.0 – J01.8) → **nicht Akute Rhinopharyngitis / Schnupfen**
- Sonstige intestinale Malabsorption, zB Whipple-Krankheit (K90.8)
- Adipositas Grad III und mehr, durch übermässige Kalorienzufuhr, arzneimittelinduziert oder mit alveolärer Hyperventilation (E66.0*-E66.2*)
- Generalisierte idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome (G40.3) → **nicht nur „Epilepsie“**
- Hypertensive Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz, mit Angabe einer hypertensiven Krise (I12.01)
- Multiple offene Wunden des Unterarms (S51.7)
- Medikamenten-induziertes Fieber (R50.2) → **nicht nur „Fieber“**
- Phlegmone, spezifisch mit Lokalisation (L03.1*-L03.8*)
- Asthma bronchiale, (nicht) allergisch, (un)kontrolliert/(nicht) schwer (J45*)

⁵ <https://www.swissdrg.org/de/psychiatrie/tarpsy-system-6020262027/pcg-katalog>