Kodierleitfaden
Gastroenterologie

Version 2019



DGVS

Deutsche Gesellschaft für
Gastroenterologie,
Verdauungs- und
Stoffwechselkrankheiten

Ein Leitfaden für die klinische Praxis

Herausgegeben von der
Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie,
Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)

Kodierleitfaden Gastroenterologie Version 2019
Ein Leitfaden für die Praxis.
12. aktualisierte Auflage

Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten
DRG-Research-Group, Universitätsklinikum Münster
inspiring-health, Dr. Wilke GmbH - München

Kommission für medizinische Klassifikation und Gesundheitsökonomie der DGVS:

Dr. Bora Akoglu
Chefarzt Innere Medizin
Stv. Ärztlicher Direktor
Capio Mathilden-Hospital
Am Schlag 9
63654 Büdingen

Aktualisiert durch:
inspiring-health, Dr. Wilke GmbH

Auf Basis der Vorarbeiten der DRG-Research-Group
Universitätsklinkum Münster

Titel, Untertitel, Aufmachung, Zusammenstellung und Inhalt sind urheberrechtlich geschützt. Für Schäden, die durch fehlende oder fehlerhafte Veröffentlichung entstehen, übernehmen Redaktion, Herausgeber, Verlag und vertreibende Einrichtungen keine Haftung.

Börm Bruckmeier Verlag
ISBN 978-3-89862-988-1

1 – Vorwort 11
2 – Einführung 12
3 – Was ist neu? 14
3.1 – Das G-DRG-System 17
3.1.1 – Definition 17
3.2 – DRG-Zuordnung 17
3.3 – Kodierung 20
3.4 – Von der DRG zum Erlös – DRG-Kennzahlen 21
3.5 – Fallzusammenlegungen 23
3.6 – Zusatzentgelte 25
3.7 – Sachgerechte Abbildung im G-DRG-System 27
4 – Allg. Kodierrichtlinien (Krankheiten, Prozeduren) 29
4.1 – Hinweise, In- und Exklusiva 29
4.1.1 – Inklusiva 29
4.1.2 – Exklusiva 29
4.1.3 – Hinweise 30
4.2 – Diagnosen 30
4.2.1 – Diagnosearten 30
4.2.2 – Hauptdiagnose (DKR D002f) 31
4.2.3 – Nebendiagnosen (DKR D003l) 32
4.3 – Weitere allg. Kodierregeln f. Diagnosen 33
4.3.1 – Symptom/Krankheit 33
4.3.2 – Verdachtsfälle 35
4.3.3 – Geplante, aber nicht ausgeführte Behandlung 35
4.3.4 – Komplikationen 36
4.3.5 – Doppelkodierung 37
4.3.6 – Syndrome 37
4.3.7 – Anamnest. Diag., Residual- u. Folgezustände, Abhängigkeiten 38
4.3.8 – Mehrfachkodierung 39
4.3.9 – Unspezifische Diagnosen 42

5 – Spezielle Kodierrichtlinien (Krankheiten, Prozeduren) 43
5.1 – Verschlüsselung von Krankheiten 43
5.1.1 – Gastrointestinale (GI-) Blutung 43
5.1.2 – Ösophagus- und Magenvarizenblutung 48
5.1.3 – Peranale Blutung 49
5.1.4 – Gastrales Ulkus mit Gastritis 49
5.1.5 – Kontrolluntersuchungen nach GI-Blutungen 49
5.1.5.1 – Während desselben stat. Aufenthaltes 49
5.1.5.2 – i.R. eines neuen stat. Aufenthaltes 50
5.1.6 – Gastroenteritis 50
5.1.7 – Andere Erkrankungen des Ösophagus 53
5.1.7.1 – Ösophagusulkus 53
5.1.7.2 – Ulzeröse Ösophagitis 53
5.1.7.3 – Barrett-Ösophagus 53
5.1.7.4 – Ösophagusstriktur 54
5.1.7.5 – Ösophagusfistel 54
5.1.8 – Helicobacter pylori 54
5.1.9 – Virushepatitis 55
5.1.9.1 – Klassifikation 55
5.1.9.2 – Hepatitis A 55
5.1.9.3 – Hepatitis B 56
5.1.9.4 – Hepatitis B und Hepatitis D 57
5.1.9.5 – Hepatitis C 57
5.1.9.6 – Hepatitis E 58
5.1.9.7 – Virale Hepatitis anderer u. unklarer Ätiologie 59
5.1.10 – Leberzirrhose 59
5.1.10.1 – Einführung 59
5.1.10.2 – Aufnahmegrund: Leberzirrhose 59
5.1.10.3 – Aufnahmegrund: Folgeerkrankung 60
5.1.10.4 – Formen der Leberzirrhose 62
5.1.10.5 – Ursache der Leberzirrhose 62

5.1.10.6 – Klinische Stadien der Leberzirrhose (Zusatzkode) 63
5.1.10.7 – Symptome/Komplikationen von Lebererkrankungen 63
5.1.10.8 – Assoziierte Diagnosen 64
5.1.11 – Pankreatitis 66
5.1.12 – Andere Darmerkrankungen 67
5.1.13 – Neoplasmen 67
5.1.13.1 – Hauptdiagnose bei Neoplasmen 67
5.1.13.2 – Metastasen 71
5.1.13.3 – Lokalisation 73
5.1.13.4 – Malignom in der Eigenanamnese 76
5.1.13.5 – Komplikationen o. Symptome maligner Erkrankungen 77
5.1.13.6 – Nebenwirkungen der zytostatischen Therapie 79
5.1.13.7 – Familiäre adenomatöse Polypose 80
5.1.13.8 – Hereditäres nichtpolypöses Kolonkarzinom (HNPCC) 80
5.1.14 – Chronisch entzündliche Darmerkrankungen 80
5.1.15 – Palliativbehandlung 83
5.1.16 – Zystische Fibrose 84
5.1.17 – Antiinfektivaresistenzen 85
5.2 – Zusätzliche Kodierhilfen 86
5.2.1 – Im Krankenhaus erworbene Pneumonie 86
5.2.2 – Grippe durch bestimmte Influenzaviren 87
5.2.3 – Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom (SIRS) 88
5.2.4 – Relevante Nebenwirkungen der Steroidtherapie/Immunsuppressiva 89
5.2.5 – Wechsel d. Therapieregimes aufgrund v. NW 90
5.2.6 – Funktionseinschränkungen 90
5.2.7 – Häufige relevante Komorbiditäten (internist. Pat.) 91

5.2.7.1 – Hypertonie 91
5.2.7.2 – Atherosklerotische Herzkrankheit (KHK) 92
5.2.7.3 – Diabetes mellitus 93
5.2.7.4 – Chronische obstruktive Lungenkrankheit 95
5.2.7.5 – Chronische Niereninsuffizienz 95
5.2.7.6 – Vorhofflattern und Vorhofflimmern 96
5.2.7.7 – Herzinsuffizienz 96
5.2.7.8 – Dekubitalgeschwür 97
5.2.7.9 – Adipositas 97
5.2.7.10 – Vernachlässigung 98
5.2.7.11 – Gastrointestinale Varizen 98
5.2.8 – Komplikationen durch Prothesen im GI-Trakt 99
6 – Verschlüsselung von Prozeduren 100
6.1 – Einleitung 100
6.2 – Kodierung bei Verbringung 100
6.3 – Seitenlokalisationsangaben 101
6.4 – Diagnostische Endoskopie 101
6.4.1 – Leistungskomplexe 101
6.4.2 – Führender diagnostischer endoskop. Eingriff 101
6.4.3 – Endoskopische Biopsien 104
6.5 – Endoskopische therapeutische Verfahren 106
6.5.1 – Endoskopische Destruktionen und Blutstillung 106
6.5.2 – Endoskopische Polyp-/Mukosektomie 110
6.5.3 – Endoskopische Magenverkleinerung 112
6.5.4 – Endoskopische biliodigestive Anastomosen 112
6.5.5 – Endoskopische biliodigestive Diversion 112
6.5.6 – Endoskopische Stent-Implantation u. - Entfernung 113
6.5.6.1 – Selbstexpandierende Prothesen 113
6.5.6.2 – Nicht selbstexpandierende Prothesen Implantation, Wechsel und Entfernung nicht selbstexpandierender Prothesen 115

6.5.7 – Endoskopische Antirefluxverfahren 115
6.5.8 – Dilatation/Bougierung 116
6.5.9 – Endoluminale Bestrahlung des Ösophagus 117
6.5.10 – Endoskopische Drainage Pankreaszysten und Pseudozysten 117
6.5.11 – Endoskopische Entfernung von Pankreasnekrosen 117
6.5.12 – Endoskop. Steinentfernung Gallengänge u. Pankreasgang 118
6.5.13 – Endoskop. OPs durch natürl. Körperöffnungen (NOTES) 119
6.5.14 – Endoskop. GE ohne Magenresektion 119
6.6 – Enteroskopie 121
6.7 – Endosonographie 122
6.8 – PEG/PEJ 124
6.9 – Magenballon 125
6.10 – Perkutan-transhepat. Interventionen an Gallenwegen 125
6.11 – Lokaltherapie Lebertumore/-metastasen 128
6.12 – Einbringung von Bestrahlungsmarkern 130
6.13 – Vakuumtherapie 130
6.14 – Explorative Laparoskopie 132
6.15 – Bildgebende Diagnostik 134
6.15.1 – Ultraschalluntersuchungen 134
6.15.2 – Projektionsradiographien 134
6.15.3 – Computertomographie (CT) 135
6.15.4 – Darstellung des Gefäßsystems 135
6.15.5 – Magnetresonanztomographie (MRT) 135
6.15.6 – Nuklearmedizinische diagnostische Verfahren 136
6.15.6.1 – Szintigraphie GI-Trakt 136
6.15.6.2 – Resorptions- und Exkretionstests 136
6.15.6.3 – Positronenemissionstomographie (PET) 137

6.16 – Weitere nichtoperative diagnost. u. therapeut. Maßnahmen 137
6.16.1 – Spenderstuhlsuspension zur Therapie von Clostridium difficile Infektionen 137
6.16.2 – Chemotherapie 137
6.16.3 – Andere Immuntherapien 140
6.16.4 – Intensivmedizinische Komplexbehandlung 141
6.16.5 – Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern 143
6.16.6 – Komplexbehandlung: multiresistente Erreger 145
6.16.7 – Palliativmedizinische Komplexbehandlung 147
6.16.8 – Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker 150
6.16.9 – Hochaufwändige Pflege von Patienten 151
6.16.10 – Ernährung 152
6.16.11 – Anästhesie/Sedierung bei Untersuchungen 153
6.16.12 – Aszitespunktion 154
6.16.13 – Metabolische Funktionstestung 154
6.16.14 – Funktionsuntersuchungen d. Verdauungstraktes 155
6.16.15 – Durchführung v. Genmutations- u. Genexpressionsanalysen 156
6.16.16 – Allgemeine internistische Leistungen 156
6.16.17 – OPS-Zusatzkodes 157
7 – Relevante OPS-Kodes für Zusatzentgeltabrechnung 158
7.1 – Zusatzentgelte 158
7.2 – Leberersatztherapie 158
7.3 – Radiofrequenzablation am Ösophagus ZE161 158
7.4 – Immunadsorption 159
7.5 – Selbstexpandierende Prothesen: Ösophagus und Gallengänge 159

7.6 – Arzneimittel 161
7.6.1 – Hausindividuelle Vorgaben 161
7.6.2 – Adalimumab, parenteral 161
7.6.3 – Amphotericin-B-Lipidkomplex, parenteral 162
7.6.4 – Anidulafungin, parenteral 162
7.6.5 – Bevacizumab, parenteral 163
7.6.6 – Bortezomib, parenteral 163
7.6.7 – Bosutinib, oral 164
7.6.8 – Certolizumab, parenteral 164
7.6.9 – Cetuximab, parenteral 164
7.6.10 – Docetaxel, parenteral 164
7.6.11 – Eculizumab, parenteral 165
7.6.12 – Enzymersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, parenteral 165
7.6.13 – Everolimus, oral 166
7.6.14 – Filgrastim, parenteral 166
7.6.15 – Gemcitabin, parenteral 166
7.6.16 – Golimumab, parenteral 167
7.6.17 – Hämin, parenteral 167
7.6.18 – Human-Immunglobulin 167
7.6.19 – Imatinib, oral 169
7.6.20 – Infliximab, parenteral 170
7.6.21 – Interferon alfa-2a, parenteral 170
7.6.22 – Irinotecan, parenteral 171
7.6.23 – Itraconazol, parenteral 171
7.6.24 – Lenograstim, parenteral 172
7.6.25 – Hepatitis C Medikamente 173
7.6.26 – Liposomales Amphotericin B, parenteral 173
7.6.27 – Micafungin, parenteral 173
7.6.28 – Natalizumab, parenteral 174
7.6.29 – Panitumumab, parenteral 174

7.6.30 – Pazopanib, oral 175
7.6.31 – Pegfilgastrim, parenteral 175
7.6.32 – Posaconazol, parenteral 175
7.6.33 – Posaconazol, oral, Suspension 176
7.6.34 – Posaconazol, oral, Tabletten 177
7.6.35 – Ramucirumab 178
7.6.36 – Regorafenib, oral 178
7.6.37 – Rituximab, intravenös 178
7.6.38 – Rituximab, subkutan 179
7.6.39 – Sorafenib, oral 179
7.6.40 – Sunitinib, oral 179
7.6.41 – Trabectedin, parenteral 180
7.6.42 – Trastzumap, intravenös 181
7.6.43 – Trastuzumab, subkutan 182
7.6.44 – Voriconazol, oral 182
7.6.45 – Voriconazol, parenteral 183
7.7 – Blutprodukte 184
7.7.1 – Gerinnungsfaktoren 184
7.7.1.1 – Bei Blutern u. explizit aufgeführten Erkrankungen 184
7.7.1.2 – Ohne Assoziation zu Blutern/explizit aufgeführten Erkr. 187
7.7.2 – Erythrozyten und Thrombozyten 188
8 – Transplantationen 193
9 – Abkürzungsverzeichnis 198

1 – Vorwort

Dieser Kodierleitfaden enthält eine Auswahl differenziert zu kodierender Krankheitsbilder des Verdauungssystems.
Er wurde erstmalig 2002 im Rahmen des DRG-Evaluationsprojekts Gastroenterologie unter Federführung von Herrn Professor Dr. W.F. Caspary und Herrn Professor Dr. P. Frühmorgen von der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten zusammen mit der DRG-Research-Group des Universitätsklinikums Münster erstellt. Später wurde der Kodierleitfaden auf Initiative von Dr. U. Rosien und Dr. B. Akoglu in bewährter Zusammenarbeit mit der DRG-Research-Group weitergeführt und weiterentwickelt. Diese Ausgabe wurde von Mitarbeitern der Dr. Wilke GmbH – inspiring.health München und Herrn Dr. B. Akoglu aktualisiert.
Für diese zwölfte Ausgabe wurde der Kodierleitfaden erneut gründlich überarbeitet und auf die neuen Klassifikationssysteme (ICD-10-GM 2019 und OPS 2019) angepasst.
Soweit eine Kodierempfehlung auf einer Kodierrichtlinie aus den Deutschen Kodierrichtlinien basiert, wurde dieses vermerkt, z.B.: (DKR 0201n).

*Die orange unterlegten Felder geben **Beispiele** an.*

*Die hellblau unterlegten Felder geben **Definitionen** an.*

*In den grau unterlegten Felder finden Sie die **Kodierung**.*

2 – Einführung

Dieser Kodierleitfaden soll die korrekte, leistungsgerechte Kodierung gasteroenterologischer Patienten ermöglichen.

Der medizin-technische Fortschritt erschließt dem Fachbereich Gastroenterologie neue Therapiebereiche, deren Bezahlung jährlich neu berechnet und durch medizinische (Kodierung!) und ökonomische Daten der deutschen Kliniken beeinflusst werden. Nicht kodierte Diagnosen und Prozeduren mindern u.U. den Erlös des aktuellen Falles und erschweren die Weiterentwicklung des G-DRG Systems.
Die Angaben in diesem Kodierleitfaden fußen auf dem gültigen Regelwerk aus ICD, OPS, Fallpauschalenkatalog, Definitionshandbüchern, sowie den Kodierempfehlungen des MDK (SEG4) bzw. FoKA. Die jährliche Aktualisierung erfolgt durch Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten in Zusammenarbeit mit inspiring health – Dr. Wilke GmbH. Jeder "Ratgeber" lebt von seinen kritischen Lesern und so freuen sich auch bei diesem Kodierleitfaden die Autoren auf konstruktive, kritische Rückmeldungen der Anwender/Innen. Anregungen, Wünsche und Kritik richten Sie bitte an Herrn Dr. B. Akoglu (*info@dgvs.de*).
Trotz regelkonformer Dokumentation und Kodierung sind Streitfälle zwischen Krankenhaus und MDK, respektive Privatkassen an der Tagesordnung.

Argumentationshilfen für oder gegen Ihre Kodierung finden Sie zum Beispiel unter *http://www.mdk.de/1534.htm* mit derzeit 396 Kodierempfehlungen; dem klinischen Counterpart *http://foka. medizincontroller.de/index.php/SEG-4* oder der DRG-Plattform *http://www.mydrg.de/forum/*.

Die aktuelle Version des Kodierleitfadens wird auch in 2019 als digitale APP-Version veröffentlicht. Für die Betriebssysteme iOS und Android wird die digitale Version im 1. Quartal 2019 zur Verfügung stehen.

Ferner werden ein jährliches Update der Buchversion und unter- jährige Updates der APP-Version erstellt, um den systemrelevanten Veränderungen im DRG System zeitnah gerecht zu werden.

3 – Was ist neu?

Wesentliche Änderungen 2019
Neben vielen inhaltlichen und redaktionellen Änderungen wurden insbesondere Abschnitte und Kapitel zu folgenden Themen neu in den Kodierleitfaden 2019 aufgenommen.

1) DRG-System:

- Einführung neuer globaler Funktionen: Erstmalig liegen analog den Basis-DRG orientierten CC Werten auch Basis-DRG spezifische komplizierende Konstellationen vor. Im Systemjahr 2019 sind dies die Basis-DRGs G38, G40 und H38
- Splittung der DRG G40 in G40A und G40B auf Grundlage der neu eingeführten komplizierenden Konstellationen
- Schärfung der DRG Beschreibung unter Einbezug der neuen globalen Funktionen in den Basis-DRGs G38 und G40. Die globalen Funktionen sind in Benutzerhandbuch Band 4 zu finden und können über das InEK Portal heruntergeladen werden
- Splittung G47Z auf Grund Altersbeschränkung

2) Neuaufnahme der OPS Codes

1-442.30 Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Gallengänge: Nadelbiopsie
1-442.31 Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Gallengänge: Transluminal, mit Schleuse
3-055.0 Endosonographie der Gallenwege und der Leber: Gallenwege
3-055.1 Endosonographie der Gallenwege und der Leber: Leber
5-432.03 Operationen am Pylorus: Pyloromyotomie: Endoskopisch

6-00a.6 Applikation von Medikamenten, Liste 10: Glecaprevir-Pibrentasvir, oral Hepatitits C
6-00a.h Applikation von Medikamenten, Liste 10: Sofosbuvir-Velpatasvir-Voxilaprevir, oral Hepatitits C
8-98j Ernährungsmedizinische Komplexbehandlung

3) Änderungen bei ICD Codes:
In 2019 stehen folgende neue ICD Codes zur Verfügung.

B18.1_ Chronische Virushepatitis B mit Phasenangabe:
B18.11 *Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus, Phase 1*
B18.12 *Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus, Phase 2*
B18.13 *Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus, Phase 3 bei gleichzeitiger Streichung des ICD Codes Z22.5*
B18.14 *Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus, Phase 4*
B18.19 *Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus, Phase nicht näher bezeichnet*
K22.81 Ösophagusblutung
K22.81 *Ösophagusblutung (die Ösophagusvarizenblutung ist auch weiterhin mit I85.0 bzw. I85.9 zu kodieren)*
K58._ Reizdarmsyndrom mit Angabe der Stuhlgewohnheit
K58.1 *Reizdarmsyndrom, Diarrhoe-prädominant [RDS-D]*
K58.2 *Reizdarmsyndrom, Obstipations-prädominant [RDS-O]*
K58.3 *Reizdarmsyndrom mit wechselnden (gemischten) Stuhlgewohnheiten [RDS-M]*
K58.8 *Sonstiges und nicht näher bezeichnetes Reizdarmsyndrom*
K59.0_Obstitation mit Angabe der Ätiologie
K59.00 *Obstipation bei Kolontransitstörung*
K59.01 *Obstipation bei Stuhlentleerungsstörung*

K59.0_Obstitation mit Angabe der Ätiologie (Fortsetzung)

K59.02 *Medikamentös induzierte Obstipation*

K59.09 *Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation*

K74.7_ Klinische Stadien der Leberzirrhose (Zusatzkode)

K74.70 *Leberzirrhose, Stadium Child-Pugh A*

K74.71 *Leberzirrhose, Stadium Child-Pugh B*

K74.72 *Leberzirrhose, Stadium Child-Pugh C*

R17._Hyperbilirubinämie

R17.0 *Hyperbilirubinämie mit Angabe von Gelbsucht, anderenorts nicht klassifiziert*

R17.9 *Hyperbilirubinämie ohne Angabe von Gelbsucht, anderenorts nicht klassifiziert*

T85.5_ Mechanische Komplikationen / Infektionen durch Prothesen im Gastrointestinaltrakt

T85.51 *Mechanische Komplikation durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im sonstigen oberen Gastrointestinaltrakt*

T85.52 *Mechanische Komplikation durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im unteren Gastrointestinaltrakt*

T85.53 *Mechanische Komplikation durch Prothesen, Implantate oder Transplantate in den Gallenwegen*

T85.54 *Mechanische Komplikation durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Pankreas*

T85.59 *Mechanische Komplikation durch gastrointestinale Prothesen, Implantate oder Transplantate, Lokalisation n.n.bez.*

T85.75 *Infektion und entzündliche Reaktion durch interne Prothesen, Implantate oder Transplantate im hepatobiliären System und im Pankreas*

T85.76 *Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate im sonstigen Gastrointestinaltrakt*

4) Zusatzentgelte:

- **Neuaufnahme unbewertetes Zusatzentgelt:**

ZE2019-153	Trastuzumab, intravenös	6-001.k*
ZE2019-154	Anidulafungin, parenteral	6-003.k*
ZE2019-155	Palifermin, parenteral	6-003.2*
ZE2019-156	Posaconazol, parenteral	6-007.k*
ZE2019-139	Aufnahme OPS Kode	8-812.a* (Plasmat. Faktor X)

- **Streichung unbewertetes Zusatzentgelt:**
  ZE2018-105 Posaconazol, oral, Tabletten
- **Neuaufnahme bewertete Zusatzentgelte:**
  ZE166 Posaconazol, oral, Tabletten

3.1 – Das G-DRG-System

3.1.1 – Definition

Das G-DRG-System (German Diagnosis Related Groups) ist ein Patientenklassifikationssystem, das Fälle in klinisch definierte Gruppen mit ähnlichen Behandlungskosten unterteilt.
Auf der klinischen Seite möchte man – ausgehend von den Problemen und Behandlungszielen bei der Behandlung der einzelnen Patienten – ähnliche Fälle zusammenfassen. Auf der ökonomischen Seite möchte man – ausgehend von den Kosten der Einzelfälle – Fälle mit ähnlichen Kosten zusammenführen. Das G-DRG-System versucht, diese unterschiedlichen Sichtweisen miteinander zu verbinden. Als System, das für Einzelabrechnungen genutzt wird, verlieren die G-DRGs mit der Priorität einer ökonomischen Gerechtigkeit zunehmend den Bezug zu definierten klinischen Kollektiven.

3.2 – DRG-Zuordnung

Jeder Krankenhausfall wird gemäß einem Algorithmus genau einer G-DRGs zugeordnet. Diese Zuordnung ist eindeutig. Identisch dokumentierte Behandlungsfälle werden immer in die gleiche

G-DRG gruppiert. Die Gruppierung erfolgt anhand spezifischer gruppierungsrelevanter Kriterien durch eine lizenzierte Gruppierungssoftware (Grouper), dem ein in Definitionshandbüchern größtenteils hinterlegter Algorithmus zugrunde liegt. Für die Gruppierung sind folgende Faktoren relevant:

- Diagnosen (Hauptdiagnose, Nebendiagnose[n])
- Prozedur(en) und deren Durchführungsdatum
- Alter, Geschlecht
- Verweildauer
- Entlassungsart
- Aufnahmegewicht bei Kindern unter einem Jahr
- Anzahl der Beatmungsstunden

Damit Behandlungsfälle der richtigen G-DRG zugeordnet werden können, müssen sie vollständig, spezifisch und regelkonform kodiert sein. Für die Zuordnung werden die nach ICD-10-GM kodierten Diagnosen sowie die nach der deutschen Prozedurenklassifikation OPS kodierten Leistungen herangezogen. Primäres Zuordnungskriterium ist dabei die Hauptdiagnose, die den Fall in eine von 25 verschiedenen Hauptdiagnosekategorien (MDC: Major Diagnostic Category) führt. In der Gastroenterologie werden überwiegend G-DRGs der MDCs 06 (Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane) und 07 (Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas) angesteuert. Anhand des ersten Buchstabens des G-DRG-Kodes ist ersichtlich, welcher MDC ein Fall zugeordnet wurde. G-DRGs der MDC 06 beginnen mit dem Buchstaben „G“ (z.B. G50Z oder G60B), DRG der MDC 07 mit „H“. Durch die weit reichenden Änderungen im Abfragealgorithmus und die Definition von Extremkosten-DRGs werden nicht selten Fälle bereits zu früheren Zeitpunkten von anderen G-DRGs abgefangen und nicht in die G-DRG gruppiert, deren Namen oder Definitionen am besten zu passen scheinen. Die zunehmende Komplexität und fehlende Transparenz des G-DRG Systems ist jedoch Folge einer gerechteren Ressourcenumverteilung.

Für jeden Fall wird ein patientenbezogener klinischer Schweregrad (PCCL – patient clinical complexity level) berechnet, der ein Maß für die individuelle Fallschwere darstellt. Der PCCL kann ein Zuordnungskriterium zu einer DRG darstellen. Die Ermittlung erfolgt auf Basis einer komplexen Formel, die die im DRG-System vorgegebenen Bewertungen der einzelnen kodierten Nebendiagnosen berücksichtigt. Da der PCCL relativ unspezifisch Mehraufwand widerspiegelt und anfällig gegenüber Kodiereinflüssen ist, dienen zunehmend auch andere Kriterien, wie durchgeführte komplexe Prozeduren, besondere Diagnosen oder speziell definierte Prozeduren-/Diagnosefunktionen der Schweregradermittlung. Angesichts der intensiven Kodierung von PCCL-relevanten Nebendiagnosen und einer Vielzahl von unklaren Haupt-/Nebendiagnosen-Konstellationen mit nachhaltigem Diskurs, bis hin zur obersten Gerichtsbarkeit, entwickelte das InEK im Jahr 2013 erstmalig eine CCL Zuordnung einzelner Diagnosen zu einzelnen Basis-DRG. Dieses Verfahren wurde in 2015 fortgeführt und den vorliegenden klinischen und ökonomischen Daten angepasst. Seit 2016 ist erstmalig eine PCCL Zuordnung zwischen 0 und 6 möglich. Die neue Spreizung dient der sachgerechten Vergütung von Extremkostenfällen.
Eine Fallpauschalierung bedingt, dass der individuelle Leistungsrahmen für Patienten, die in die gleiche G-DRG eingruppiert werden, variiert. Eine gerechte Vergütung jedes Einzelfalles ist ausdrücklich nicht das Ziel von DRGs. Wichtig ist hingegen, dass durch Spezialisierung auf Subgruppen innerhalb einer G-DRG keine Selektion in Bezug auf den Aufwand erfolgt. Eine gerechte Vergütung über den Mittelwert wäre dann nicht möglich. Häufig tritt dieses Problem auf, wenn Fälle bei gleicher Diagnosekonstellation von unterschiedlichen Versorgungsstrukturen behandelt werden. Beispielsweise erfolgt insbesondere bei chronischen Erkrankungen häufig die Behandlung von unterschiedlichen Erkrankungsstadien (Erstdiagnostik, Differenzialdiagnostik,

akute Interventionen, medikamentöse Einstellungen, Komplikationen) auch in unterschiedlichen Strukturen. Eine differenzierte Abbildung im G-DRG-System erfordert stets auch eine differenzierte Dokumentation.

3.3 – Kodierung

Um eine sachgerechte Eingruppierung eines Behandlungsfalles zu ermöglichen, ist die detaillierte und korrekte Erfassung der die Gruppierung beeinflussenden Kriterien notwendig.
Insbesondere müssen die Hauptdiagnose, alle Nebendiagnosen und die Prozeduren zutreffend erfasst werden.
Die für die Dokumentation und Freigabe letztverantwortlichen Ärzte schreiben mit der Kodierung gewissermaßen die Rechnung.
Ein bewusstes Überkodieren bzw. Upcoding (beispielsweise durch eine weiträumige Auslegung der Nebendiagnosedefinition) aber auch möglicherweise das Nichtkodieren von Prozeduren ist weder sinnvoll noch notwendig – im Gegenteil, es schadet mittel- und langfristig allen Beteiligten in einem sich stetig weiterentwickelnden DRG System, da die notwendige Differenzierung von aufwändigen und weniger aufwändigen Fällen durch ein solches strategisches Kodieren und die inflationäre Verwendung schweregradsteigernder Nebendiagnosen verwässert wird. Während der Konvergenzphase stellten G-DRG-Erlöse vorrangig einen Abschlag auf das vereinbarte Budget dar.
Die Zusammenhänge sind außerordentlich komplex und sollten nicht durch schwer steuerbare Kodierstrategien beeinflusst werden. Strategien müssen bei der Planung ansetzen und Entwicklungen in allen Fachabteilungen eines Krankenhauses berücksichtigen.
Bei der DRG-Kodierung ist stets zu berücksichtigen, dass es sich um eine Dokumentation zu Abrechnungszwecken handelt, die sich häufig deutlich von der medizinischen Dokumentation

unterscheidet. Probleme treten bei der Kodierung einerseits bei der Überführung medizinischer Begriffe in die Kodes der Klassifikationssysteme ICD-10-GM und OPS auf. Nicht selten liegen dem aktuellen medizinischen Sprachgebrauch und den Klassifikationen unterschiedliche Systematiken zu Grunde. Andererseits regeln die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR), wann Diagnosen und Prozeduren überhaupt und nach welchen Kriterien für die DRG-Abrechnung kodiert werden dürfen. Auch die Wahl der DRG-Hauptdiagnose wird in den DKR definiert.
Beiden Problemfeldern widmet sich dieser Kodierleitfaden.

3.4 – Von der DRG zum Erlös – DRG-Kennzahlen

Für die meisten G-DRGs sind bundeseinheitliche **Bewertungsrelationen** (Relativ(Kosten-)gewichte oder Erlösäquivalente) hinterlegt. Diese spiegeln den mittleren relativen Ressourcenverbrauch bezogen auf den Durchschnitt von Behandlungsfällen innerhalb spezieller Verweildauergrenzen (Grenzverweildauern) wider.
Um zum Erlös der DRG zu gelangen, muss die Bewertungsrelation mit dem **Landesbasisfallwert** multipliziert werden. Das heißt, jedes Krankenhaus innerhalb eines Bundeslandes rechnet unabhängig von Versorgungsstufe und Spezialisierung das gleiche Geld für die gleiche (DRG-) Leistung ab (*http://www.gkvspitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/landesbasisfallwerte/landesbasisfallwerte.jsp*).
Die im Fallpauschalenkatalog angegebenen Bewertungsrelationen gelten nur innerhalb definierter Verweildauergrenzen. Die **effektive Bewertungsrelation** ergibt sich erst unter der Berücksichtigung von Zu- und Abschlägen. Unterschreitet ein Behandlungsfall die untere Grenzverweildauer einer DRG, wird von der Bewertungsrelation für jeden Tag unterhalb der Grenzverweildauer ein bestimmter Wert abgezogen. Überschreitet ein Behandlungsfall die obere Grenzverweildauer einer DRG, wird zu der Bewertungsrelation täglich ein bestimmter Betrag

hinzuaddiert. Bei verlegten Fällen (als verlegt gelten Patienten, die in ein anderes Krankenhaus, nicht aber z.B. in eine Rehabilitationseinrichtung verlegt wurden) erfolgt bei Unterschreitung der mittleren Verweildauer ebenso ein tagesbezogener Abschlag auf die Bewertungsrelation. Ausnahmen gelten nur für besondere G-DRGs und Behandlungskonstellationen.
Wie bereits erwähnt führen Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer, bzw. Überschreiten der oberen Grenzverweildauer zu Ab- bzw. Zuschlägen. Aus diesem Grund werden Krankenhausaufenthalte überdurchschnittlich häufig hinsichtlich einer möglichen Verweildauerkürzung geprüft. Insbesondere bei erheblichem Einsparpotenzial versuchen Kostenträger eine Kürzung des Aufenthalts bis zum Erreichen des „ersten Tages mit Abschlag" zu „kürzen". Diese Art der Prüfung wurde vom 3. Senat des BGH als unzulässig eingestuft, auf Grund der zwischenzeitlichen Veränderungen am Bundessozialgericht jedoch durch den 1. Senat wieder als rechtmäßig eingestuft.
Vor- und Nachstationäre Aufenthalte können in der Regel nicht neben einer G-DRG-Fallpauschale abgerechnet werden. Lediglich vorstationäre Fälle, auf die kein vollstationärer Aufenthalt folgt und nachstationäre Fälle, bei denen die Summe aller vor-, voll- und nachstationären Behandlungstage die obere Grenzverweildauer der zuvor abgerechneten G-DRG übersteigt, können wie gewohnt über eigene Pauschalen abgerechnet werden. Diagnosen und Leistungen, die während nicht gesondert abrechenbaren vor- und nachstationären Aufenthalten gestellt bzw. erbracht werden, werden zur Gruppierung der G-DRG mit herangezogen. Die Behandlungstage gehen jedoch nicht mit in die Verweildauerberechnung des vollstationären Aufenthaltes ein.
Der **Casemix** spiegelt den gesamtökonomischen DRG-Aufwand/Erlös eines Krankenhauses/einer Fachabteilung wider. Er ist die Summe der effektiven Bewertungsrelationen aller Fälle,

die innerhalb eines bestimmten Zeitraums in einer Klinik oder Abteilung behandelt wurden.
Wird der Casemix (Summe aller einzelnen effektiven Bewertungsrelationen) durch die zugrunde liegende Fallzahl geteilt, ergibt sich der **Case-Mix-Index (CMI)**. Der CMI ist ein Indikator für die durchschnittliche ökonomische Fallschwere. Über den CMI können Krankenhäuser oder Versorgungseinheiten miteinander verglichen werden. Das Krankenhaus mit dem höheren CMI hat im Mittel den höheren Aufwand. Da jedoch der CMI allein noch keine Rückschlüsse über die Effizienz (Kosten-Erlös-Relation) zulässt, hat der CMI nur eine eingeschränkte Aussagekraft.

3.5 – Fallzusammenlegungen

Prinzipiell wird für jeden stationären Aufenthalt eine eigene DRG-Fallpauschale abgerechnet. Unter gewissen Bedingungen müssen jedoch zwei oder mehrere Behandlungsaufenthalte eines Patienten zusammengefasst (Diagnosen, Prozeduren und Verweildauer) und mit nur einer Fallpauschale abgerechnet werden. Jedes Krankenhaus muss klären, wer Fallzusammenlegungen erkennt und wer die Dokumentation des zusammengefassten Falls anpasst (z.B. Festlegung der Hauptdiagnose, Zusammenfassung mengenabhängiger OPS).

Bis zum 10.3.2015 mussten Fälle zusammengefasst werden, wenn:

1. ein Patient/eine Patientin innerhalb der oberen Grenzverweildauer der für den ersten Aufenthalt abgerechneten G-DRG wieder in das gleiche Krankenhaus aufgenommen wird UND beide Behandlungsfälle in die gleiche Basis-DRG eingruppiert wurden UND keiner der Fälle von der Wiederaufnahme ausgeschlossen war.
2. ein Patient/eine Patientin innerhalb von 30 Kalendertagen ab Aufnahmedatum des ersten Aufenthaltes wieder in das

gleiche Krankenhaus aufgenommen wird UND der erste Fall in eine DRG der Medizinischen oder anderen Partition UND der zweite Fall in eine G-DRG der Operativen Partition derselben MDC gruppiert wird UND keiner der Fälle von der Wiederaufnahme ausgeschlossen war.

3. ein Patient/eine Patientin innerhalb der oberen Grenzverweildauer der für den ersten Aufenthalt abgerechneten G-DRG „wegen einer in den Verantwortungsbereich des Krankenhauses fallenden Komplikation im Zusammenhang mit der durchgeführten Leistung" wieder in das gleiche Krankenhaus aufgenommen wird. Eine Zusammenfassung wird prinzipiell nicht „bei unvermeidbaren Nebenwirkungen von Chemotherapien und Strahlentherapien im Rahmen onkologischer Behandlungen" vorgenommen.
4. ein Patient/eine Patientin innerhalb von 30 Kalendertagen ab Entlassungsdatum des ersten Aufenthaltes wieder in das gleiche Krankenhaus zurückverlegt wird und in der Zwischenzeit ununterbrochen (< 24h) stationär in anderen Krankenhäusern behandelt wurde.
5. ein Patient/eine Patientin nur beurlaubt wurde, d.h. „mit Zustimmung des behandelnden Krankenhausarztes die Krankenhausbehandlung zeitlich befristet unterbricht, die stationäre Behandlung jedoch noch nicht abgeschlossen ist." Auch von dieser Form der Fallzusammenführung sind onkologische Behandlungszyklen ausgenommen.

Am 10.3.2015 führte der 1. Senat im BSG mit Urteil B 1 KR 3/15 R Randnotiz 10 das sogenannte „fiktive wirtschaftliche Alternativverhalten" als Grund einer Fallzusammenführung ein. Einzelheiten zu diesem für Krankenhäuser sehr problematischen Urteil finden sich im Internet beispielsweise unter *http://dejure.org/2015,3722*. Das Urteil greift massiv in die Vorgaben des Gesetzgebers ein, dennoch müssen Krankenhäuser

bis auf weiteres mit diesbezüglichen Anfragen der Kostenträger rechnen. Beschreibungen zu den bereits bisher, zum Teil sehr komplexen kombinierten Fallzusammenführungen können unter www.g-drg.de heruntergeladen werden.
Bei der Zusammenlegung zunächst unabhängig kodierter Einzelfälle ist zu beachten, dass OPS, die sich auf Mengenangaben beziehen (z.B. Medikamente) für den resultierenden Gesamtfall anzupassen sind.
Von den ersten beiden Regelungen zur Fallzusammenlegung bei Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus sind wiederum einige explizit im Fallpauschalenkatalog gekennzeichnete G-DRGs ausgenommen.
Aufgrund der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems haben die DRG-Konstrukte „Basis-DRG“ und „Partition“ zunehmend ihre inhaltliche Bedeutung verloren. Die beiden erstgenannten Fallzusammenführungsregeln laufen somit gelegentlich ins Leere. Kostenträger fordern daher nicht selten, inhaltlich zusammenhängende Fälle über die Beurlaubungsregelung in den Abrechnungsregeln (§ 1 Abs. 7 FPV 2019) abrechnungstechnisch zusammenzulegen.
Ab 01.01.2019: Im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz stellt der Gesetzgeber klar, dass „die von den Vertragsparteien (GKV, DKG) auf Bundesebene getroffenen Vorgaben zur Fallzusammenführung abschließend sind und eine jenseits der gesetzlich oder vertraglich festgelegten Konstellationen eine Fallzusammenführung unzulässig ist.“ Es gelten in 2019 somit wieder die Regelungen der FPV.

3.6 – Zusatzentgelte

Neben dem DRG-Erlös werden seit 2004 auch Zusatzentgelte (ZE) nach einem definierten Leistungskatalog abgerechnet, der jährlich überarbeitet wird. Zusatzentgelt bedeutet allerdings nicht ein „über das vereinbarte Krankenhaus-Budget hinausge-

hendes Entgelt", sondern stellt nur eine andere Entgeltart dar. Veränderungen der Menge der Zusatzentgeltleistungen sollten daher vorab geplant und verhandelt werden, ansonsten drohen dem Krankenhaus mögliche Verluste aufgrund komplexer Budgetausgleichsmechanismen.
Die Liste der ZE ist im G-DRG-System 2019 gegenüber den Vorversionen nochmals geringfügig erweitert worden. Einige ZE wurden mit einer bundesweiten Bewertung in Euro versehen andere müssen krankenhausindividuell bezüglich der Menge und Entgelthöhe verhandelt werden.
Die Abrechnung der meisten Zusatzentgelte basiert auf der Verschlüsselung gemäß dem OPS Katalog. Hier ist insbesondere bei der Medikamentengabe, aber auch z.B. bei der Gabe von Blutprodukten fallbezogen die gesamte applizierte Dosis während des Aufenthaltes zu ermitteln und zu kodieren.
Für die Gastroenterologie relevante Medikamente finden Sie in alphabetischer Reihenfolge in Kapitel 7.6 Arzneimittel.
Zusatzentgelte für Blutpräparate und Medikamente können zum Teil erst ab einer relativ hohen Kumulativdosis abgerechnet werden, die häufig im Rahmen einer Standardbehandlung nicht erreicht wird (z.B. Erythrozytenkonzentrate bei Erwachsenen > 15 TE). Manche ZE und ZE Dosisklassen können allerdings nur bei Kindern unterhalb definierter Altersgrenzen abgerechnet werden. Preissteigerungen und -senkungen haben sich auch für 2019 in veränderten Bewertungen niedergeschlagen.
Wurde vom individuellen Krankenhaus rechtzeitig zum **31. Oktober eines Jahres** ein Antrag des beim DRG-Institut (InEK) für eine **neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode (NUB)** eingereicht und von diesem ein Medikament oder Verfahren nicht als NUB abgelehnt (Status 2), kann im Folgejahr ein NUB-Entgelt mit den Kostenträgern vereinbart werden. Nähere Informationen zu den NUBs finden Sie auf der Hompage der DGVS.

3.7 – Sachgerechte Abbildung im G-DRG-System

Für die Gastroenterologie haben sich in den letzten Jahren deutliche Verbesserungen bei der Abbildung im G-DRG-System ergeben. Als Fortschritte sind zum einen die differenzierteren DRG Definitionen aufzuführen, die wesentlich besser zur Beschreibung und Finanzierung aufwändiger Fallkollektive beitragen. Zum anderen haben auch die insbesondere für 2006 vorgenommenen Änderungen in der Abfragehierarchie des Gruppierungsalgorithmus einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf die Finanzierung gastroenterologischer Leistungen gehabt. Durch das Verlassen der aus dem Australischen DRG-System übernommenen Systematik, nach der streng DRGs operativer Partitionen vor denen der „anderen", interventionellen und denen der medizinischen Partition abgefragt wurde, werden hochaufwändige Fälle deutlich sachgerechter abgebildet. Ein frühzeitiges „Abfangen" und Eingruppieren dieser Fälle aufgrund einer u.a. durchgeführten endoskopischen Leistung in interventionelle G-DRGs, deren Bewertung durch Auftragsleistungen nach unten verzerrt wird, kann dadurch verhindert werden.

Die DGVS beteiligt sich seit 2006 sehr intensiv an der Weiterentwicklung des DRG-Systems zur Verbesserung der Abbildung gastroenterologischer Leistungen. Neben einer durch die Fachgesellschaft 2009 initiierten Änderung des Kalkulationshandbuchs, die zu einer besseren Abbildung der Sachkosten geführt hat, analysiert die DGVS seit 2012 gemeinsam mit einer Gruppe interessierter Kalkulationskrankenhäuser (derzeit 42) die Qualität der an das InEK gelieferten Kostendaten. Teilnehmende Häuser erhalten differenzierte Vorschläge zur Verbesserung ihrer Daten. In 2013 hat die DGVS mit einer Expertengruppe der Fachgesellschaft begonnen, einen Leistungskatalog zu erstellen, der Krankenhäusern ohne minutengenaue Zeiterfassung in der Endoskopie die Möglichkeit gibt, Personalkosten sachgerechter als mit den bisher verwendeten Schlüsselsystemen (die teilweise

aus den frühen 90er Jahren des letzten Jahrhunderts stammen) zuzuordnen. Schließlich beteiligt sich die DGVS intensiv an der Weiterentwicklung des G-DRG Systems, indem sie jedes Jahr rund 10 qualifizierte Vorschläge für die Verbesserung der Abbildung ihres Fachs einreicht und eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem InEK etabliert hat.
Darüber hinaus profitieren einige Gastroenterologien jährlich von der verbesserten Abbildung von Spezialisierungen und besonders teuren Fälle.
Nicht vergessen werden dürfen auch die zahlreichen Zusatzentgelte, durch die die Leistungsabbildung transparenter wird und sowohl auf Krankenhausbudgetebene wie auch krankenhausintern eine sachgerechtere Zuordnung ermöglichen.
Link zur DGVS Projekthomepage: *https://www.dgvs.de/fokus-gastroenterologie/drg-projekt/projektvorstellung/*

4 – Allg. Kodierrichtlinien (Krankheiten, Prozeduren)

4.1 – Hinweise, In- und Exklusiva

4.1.1 – Inklusiva

Die Einschlussbemerkungen eines Kodes dienen der näheren Beschreibung des Inhaltes des Kodes oder geben Beispiele für Maßnahmen, die diesem Kode zuzuordnen sind.
Kodierhinweise existieren neben den Deutschen Kodierrichtlinien auch in den Klassifikationssystemen ICD-10-GM und OPS. Sofern diese Hinweise, In- und Exklusiva keinen Kodierrichtlinien widersprechen, sind sie bei der Kodierung zu berücksichtigen. Inklusiva kennzeichnen Eigennamen (Synonyme) und Sonderformen, die mit dem angegebenen Kode zu verschlüsseln sind. Häufig werden auch Grenzfälle angegeben, die die inhaltliche Grenze zwischen den einzelnen Subkategorien kennzeichnen sollen. Die Liste der als Inklusiva aufgeführten Bezeichnungen ist dabei keineswegs erschöpfend. Wird eine gesuchte Bezeichnung nicht aufgeführt, kann daraus nicht zwangsläufig geschlossen werden, dass die Diagnose nicht unter dieser Kategorie zu klassifizieren ist.

4.1.2 – Exklusiva

Die Ausschlussbemerkungen eines Kodes dienen der Abgrenzung des Inhaltes des Kodes und nennen Maßnahmen, die einem oder mehreren anderen Kodes zuzuordnen sind; der oder die zutreffenden anderen Kodes sind jeweils angegeben.
Eine als Ausschluss genannte Maßnahme ist eine – gegenüber der im Kode selbst klassifizierten Maßnahme – abgrenzbare und andersartige Maßnahme, die folglich auch anders klassifiziert wird. Werden beide Maßnahmen am Patienten durchgeführt, sind auch beide Kodes nebeneinander zu verwenden. Wenn eine Ausschlussbemerkung keine Kodeangabe enthält, ist die Maßnahme

im OPS nicht zu kodieren. Ausschlussbemerkungen werden in der Regel nicht angegeben, wenn der auszuschließende Inhalt in der unmittelbar nachfolgenden Kodeliste enthalten ist.

4.1.3 – Hinweise

Hinweise beschreiben genauer, wann ein Kode verwendet werden darf oder soll (z.B. Mindestanforderungen, Strukturkriterien, Zeitangaben). Ebenso enthalten sie Anmerkungen zur gesonderten Kodierung von Teilkomponenten oder ergänzende Angaben. Hinweise finden sich im OPS insbesondere bei der Definition von Komplexziffern.

4.2 – Diagnosen

4.2.1 – Diagnosearten

- **Aufnahmediagnosen:** werden bei der Aufnahme gestellt, dienen primär der Übermittelung an die Krankenkassen und können zu Fehlbelegungsüberprüfungen herangezogen werden. Es empfiehlt sich daher beim Vorliegen von Komorbiditäten oder relevanten Manifestationen der Grunderkrankung diese mit als Aufnahme(Neben)diagnosen anzugeben. Dieses Vorgehen schützt möglicherweise vor Überprüfungen durch Krankenkassen. In der Regel werden Aufnahmediagnosen nicht zur DRG-Eingruppierung verwendet (s. Entlassungsdiagnosen). Die G-DRG-Hauptdiagnose muss nicht einer Aufnahmediagnose entsprechen (s. Definition G-DRG-Hauptdiagnose).
- **Entlassungsdiagnosen:** werden fast immer zur DRG-Eingruppierung herangezogen. Eine offizielle Regelung existiert nicht. Es ist sorgfältig zwischen medizinischer und DRG- Abrechnungsdokumentation zu unterscheiden und es empfiehlt sich, diese datentechnisch zu trennen. Ausgeschlossene Diagnosen oder Diagnosen ohne Einfluss auf Diagnostik, Therapie oder Pflege, dürfen daher nicht als DRG-Diagnosen

kodiert werden. Ob noch weitere Diagnosearten (z.B. operative Diagnosen, Konsildiagnosen) zur Gruppierung verwendet werden sollen, ist klinikindividuell zu prüfen.

- **G-DRG-Hauptdiagnose:** ist die abschließend festzulegende Hauptdiagnose für den gesamten Aufenthalt.
- **Andere Diagnosearten:** Abhängig vom jeweiligen Krankenhaus können weitere Diagnosearten existieren, wie z.B. Behandlungsdiagnosen, Arbeitsdiagnosen, etc. Die Bedeutung dieser Diagnosearten für die DRG-Dokumentation ist krankenhausindividuell festgelegt, so dass mit dem Medizincontrolling abzuklären ist, wie diese Diagnosearten zu verwenden sind.

4.2.2 – Hauptdiagnose (DKR D002f)

Definition: *Die Diagnose, die rückblickend, also nach Abschluss des gesamten Krankenhausaufenthaltes, als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich war. (...) Für die Abrechnung relevante Befunde, die nach der Entlassung eingehen, sind für die Kodierung heranzuziehen.*

Die Hauptdiagnose ist in aller Regel die Diagnose, die hauptsächlich während des Aufenthaltes behandelt wurde. Sie muss mit dem Krankheitsbild zusammenhängen, das den Patienten/die Patientin in das Krankenhaus geführt hat.
Die dabei festgestellte Hauptdiagnose muss nicht einer Aufnahme- oder Einweisungsdiagnose entsprechen.
Kommen zwei Diagnosen als Hauptdiagnose in Frage, so muss vom behandelnden Arzt entschieden werden, welche besser der Hauptdiagnosedefinition entspricht. Es ist diejenige auszuwählen, die mehr Ressourcen verbraucht hat.
Gegebenenfalls sollte das Medizincontrolling zu Rate gezogen werden.

4.2.3 – Nebendiagnosen (DKR D003l)

Definition: *Eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt.*

Nebendiagnosen dürfen nur dann kodiert werden, wenn eine der folgenden Maßnahmen erforderlich war:

- Therapeutische Maßnahme
- Diagnostische Maßnahme (Verfahren u./o. Prozedur)
- Erhöhter Betreuungs-, Pflege- u./o. Überwachungsaufwand

Ein Minimalaufwand, ab dem die Kodierung einer Nebendiagnose gerechtfertigt ist, existiert nicht. Damit rechtfertigt jedweder dokumentierter Ressourcenverbrauch die Kodierung einer Nebendiagnose. Zielt eine einzige ressourcenverbrauchende Maßnahme auf mehrere Nebendiagnosen gleichzeitig, so können alle Nebendiagnosen kodiert werden.

Für die Kodierung von Symptomen gelten seit 2010 die gleichen Regelungen wie für klassische Nebendiagnosen (Ressourcenverbrauch).

Es sollte bei der Kodierung eine Begrenzung auf wesentliche Symptome erfolgen, um den Kodieraufwand in vertretbarem Rahmen zu halten.

Trotz fehlender unterer Aufwandsgrenze werden abnorme Labor-, Röntgen-, Pathologie- und andere diagnostische Befunde nicht kodiert, es sei denn, sie haben eine klinische Bedeutung im Sinne einer therapeutischen Konsequenz oder einer weiterführenden Diagnostik. Die alleinige Kontrolle der abnormen Werte reicht nicht aus.

Ebenso sollten Zufallsbefunde bei einer aus anderem Grund durchgeführten Untersuchung (Herzklappenvitien bei der Echokardiographie, die zum Ausschluss einer Perikarditis durchgeführt wird) nur dann kodiert werden, wenn sie eine weiterführende diagnostische oder therapeutische Konsequenz nach sich ziehen.

Anamnestische Diagnosen oder Krankheiten, die (beispielsweise durch den Anästhesisten) während der präoperativen Untersuchung dokumentiert wurden, dürfen nur kodiert werden, wenn sie den oben genannten Kriterien entsprechen.
Sofern eine Begleiterkrankung das Standardvorgehen oder eine spezielle Prozedur beeinflusst, muss diese Begleiterkrankung als Nebendiagnose kodiert werden.
Für Prozeduren, die nicht zur üblichen Diagnostik und Behandlung der Hauptdiagnose gehören, sollte in der Regel eine die Prozedur begründende Nebendiagnose angegeben werden.
Es ist nicht nötig und auch nicht zulässig, Nebendiagnosen zu kodieren, die nicht den o.a. Kriterien entsprechen, außer dies wird durch eine spezielle Kodierrichtlinie legitimiert (z.B. DKR 0601i Schlaganfall).

4.3 – Weitere allg. Kodierregeln f. Diagnosen

4.3.1 – Symptom/Krankheit

DKR D002f/D003l

Wenn sich ein Patient mit einem Symptom vorstellt und die zugrunde liegende Krankheit zum Zeitpunkt der Aufnahme bekannt ist, jedoch nur das Symptom behandelt wird, ist das Symptom als Hauptdiagnose und die zugrunde liegende Krankheit als Nebendiagnose zu kodieren. Stellt sich hingegen ein Patient mit einem Symptom vor und ist die (zugrunde liegende Krankheit zum Zeitpunkt der Aufnahme bekannt und wird behandelt) bzw. (die zugrunde liegende Krankheit wird während des Krankenhausaufenthalts diagnostiziert), so ist die zugrunde liegende Krankheit als Hauptdiagnose zu kodieren.

Der Aufenthalt, währenddessen die Erstdiagnostik erfolgt, ist bezüglich der Kodierung häufig nicht von späteren Aufenthalten bei bekannter Grunderkrankung zu unterscheiden.
Wesentlich ist immer, was behandelt wurde. *Wenn sich ein Patient mit einem Symptom vorstellt und die zugrunde liegende Krankheit zum Zeitpunkt der Aufnahme bekannt ist, jedoch ausschließlich das Symptom behandelt wird, ist das Symptom oder eine symptomatische Ausprägung der Grunderkrankung die Hauptdiagnose. Die zugrunde liegende Krankheit ist als Nebendiagnose zu kodieren.* Ausnahmen stellen Kreuz-Stern-Verschlüsselungen dar. Hier wird immer die Grunderkrankung als Primär- (Ätiologie)kode und die Manifestation/Komplikation als Sekundärkode angegeben.

Beispiel: *Ein Patient wird mit Aszites bei bekannter alkoholischer Leberzirrhose stationär aufgenommen. Es wird nur der Aszites durch eine Punktion behandelt.*
HD: R18 *Aszites*
ND: K70.3 *Alkoholische Leberzirrhose*
PR: 8-153 *Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle*

Wird jedoch die Grunderkrankung erstmalig diagnostiziert oder in relevantem Ausmaß mitbehandelt, ist diese als Hauptdiagnose zu kodieren.
In den Kodierempfehlungen des MDK finden sich ebenfalls Hinweise zur Wahl der Hauptdiagnose bei kausal verknüpften Zuständen. Ein einheitliches und schulbares Kodierprinzip ist dabei nicht zu erkennen. In der Kodierrichtlinie für Grunderkrankung und Symptom (D002f) wird nicht gefordert, dass die Grunderkrankung den „Aufnahmeanlass" darstellen muss. Die vom MDK getroffene Unterscheidung zwischen Symptom und eigenständiger Erkrankung/Manifestation kann weder medizinisch noch klassifikatorisch nachvollzogen werden.

Es ist nicht sinnvoll die Wahl der Hauptdiagnose am Erlös auszurichten. Aus diesem Grund wird in den folgenden Beispielen zur Wahl der Hauptdiagnose bei direkt kausal verknüpften Zuständen das ursprüngliche Prinzip der australischen Kodierrichtlinien dargestellt, das ein sinnvolles Gruppierungsergebnis zum Ziel hat, plausibel und einfach schulbar ist.

4.3.2 – Verdachtsfälle

DKR D008b, D002f

Bei Patienten, die zur ärztlichen Beobachtung oder Diagnostik aufgenommen werden und bei denen der Verdacht auf eine Erkrankung am Ende der Behandlung nicht sicher bestätigt oder ausgeschlossen werden kann gilt:

- Bei Entlassung nach Hause und ohne Einleitung einer Behandlung in Bezug auf die Verdachtsdiagnose ist das (führende) Symptom als Hauptdiagnose zu kodieren. In Ausnahmefällen kann ein Kode aus der ICD-Kategorie Z03 „Beobachtung bei Verdacht auf…“ benutzt werden.
- Bei Entlassung nach Hause mit Einleitung einer Behandlung in Bezug zur Verdachtsdiagnose ist die Erkrankung als Hauptdiagnose zu kodieren.
- Bei Verlegung in ein anderes Krankenhaus ist die Erkrankung als Hauptdiagnose zu kodieren.

4.3.3 – Geplante, aber nicht ausgeführte Behandlung

DKR D007f

In solchen Fällen ist als Hauptdiagnose diejenige Krankheit anzugeben, die nach Prüfung des gesamten Behandlungsfalls die stationäre Aufnahme verursacht hat, selbst wenn die Behandlung aufgrund unvorhergesehener Umstände möglicherweise nicht durchgeführt wurde.

Bei stationärer Aufnahme für eine Maßnahme (z.B. Operation/Prozedur), die aus irgendeinem Grund nicht durchgeführt und

der Patient entlassen wurde, soll Z53 (Personen, die Einrichtungen des Gesundheitswesens wegen spezifischer Maßnahmen aufgesucht haben, die aber nicht durchgeführt wurden) als Nebendiagnose kodiert werden. Ist eine bestimmte Krankheit oder Komplikation Ursache für die nicht durchgeführte Maßnahme, muss diese ebenfalls als Nebendiagnose mit kodiert werden.

Beispiel: *Ein Patient mit Hepatitis C wurde zur Leberpunktion aufgenommen. Aufgrund eines fieberhaften Infektes wird die Untersuchung verschoben:*

HD: B 18.2 *Chronische Virushepatitis C*

ND: Z53 *Personen, die Einrichtungen des Gesundheitswesens wegen spezifischer Maßnahmen aufgesucht haben, die aber nicht durchgeführt wurden*

J11.1 *Grippe mit sonstigen Manifestationen an den Atemwegen, Viren nicht nachgewiesen [Akute Infektion der oberen Atemwegen]*

4.3.4 – Komplikationen

Erkrankungen und Störungen nach medizinischen Maßnahmen (Komplikationen) sollten medizinisch so spezifisch wie möglich kodiert werden. In der Regel gelingt dies am besten über ICD Codes aus den jeweiligen Organkapiteln. Dabei ist unerheblich, ob der Zusammenhang zu einer vorherigen Maßnahme nicht mehr aus dem Kode hervorgeht. Kodes der Kategorie M96.- (Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert) und der Gruppe T80-T88 (Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert) sollten nur verwendet werden, wenn keine spezifischeren Kodes zur Verfügung stehen. Dies gilt auch für Nebenwirkungen und ab 2012 ebenso für Vergiftungen durch Medikamente bei Überdosierungen.

4.3.5 – Doppelkodierung

DKR D011d

Manifestiert sich eine Erkrankung an zwei oder mehreren Lokalisationen, so gilt:

- Derselbe Diagnosekode darf nur einmal angegeben werden.
- Gibt es einen Kode für doppelseitige Erkrankung, muss dieser benutzt werden.
- Fehlt der Kode für doppelseitige Erkrankung, so darf ein „B" hinter der Kodenummer angegeben werden.

Bei den Prozedurenkodes ist derselbe Kode häufig mehrfach zu benutzen. Ausnahmen sind den Hinweisen der OPS-Klassifikation zu entnehmen.

4.3.6 – Syndrome

DKR D004d

Liegt ein spezifischer ICD-10-Kode für ein Syndrom vor, so ist dieser zu benutzen, wobei die Grundsätze der Definition der Hauptdiagnose zu berücksichtigen sind.

Im Falle der ausschließlichen Diagnostik und Behandlung einer im Vordergrund stehenden Manifestation eines Syndroms ist diese als Hauptdiagnose anzugeben.

Das Syndrom selbst, ebenso wie weitere relevante Manifestationen wird als Nebendiagnosen verschlüsselt. Entsprechen zwei Manifestationen der Definition der Hauptdiagnose, ist diejenige auszuwählen, die für Untersuchung/Behandlung die meisten Ressourcen verbraucht hat.

Ist für das Syndrom kein spezifischer Schlüssel in der ICD10-GM enthalten, so sind die einzelnen Manifestationen zu verschlüsseln. Als Nebendiagnose ist zusätzlich der Kode Q87.8 (Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungssyndrome, anderenorts nicht klassifiziert) zu benutzen.

4.3.7 – Anamnest. Diag., Residual- u. Folgezustände, Abhängigkeiten

DKR D005d

Der Residual- oder Folgezustand (aktuelle Krankheit) wird zuerst angegeben, gefolgt von der Diagnose für die Ursachen des Residualzustandes (frühere Krankheit oder Ursache für die Spätfolge). Dabei kann die aktuelle Krankheit Hauptdiagnose sein, sofern sie die Hauptdiagnosekriterien erfüllt.
Ursachen für Spätfolgen:

B90.-	*Folgezustände der Tuberkulose*
B91	*Folgezustände der Poliomyelitis*
B92	*Folgezustände der Lepra*
B94.-	*Folgezustände sonstiger und nicht näher bezeichneter infektiöser und parasitärer Krankheiten*
E64.-	*Folgen von Mangelernährung oder sonstigen alimentären Mangelzuständen*
E68	*Folgen der Überernährung*
G09	*Folgen entzündlicher Krankheiten des ZNS*
I69.-	*Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit*
O94	*Folgen von Komplikationen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett*
O97	*Tod an den Folgen direkt gestationsbedingter Ursachen*
T90-	*94 Folgen von Verletzungen*
T95.-	*Folgen von Verbrennungen, Verätzungen und Erfrierungen*
T96	*Folgen einer Vergiftung durch Arzneimittel, Drogen oder biologisch aktive Substanzen*
T97	*Folgen toxischer Wirkungen von vorwiegend nicht medizinisch verwendeten Substanzen*
T98.-	*Folgen von sonstigen u.n.n.bez. Wirkungen äußerer Ursachen*

Gleiches gilt für andere anamnestische Diagnosen (z.B. Krankheiten in der Eigenanamnese, Verlust von Extremitäten oder Organen, so genannte „Zustand nach"-Diagnosen oder Diagnosen, die Abhängigkeiten von medizinischen Geräten oder Hilfsmitteln bezeichnen), die nicht als Hauptdiagnose zulässig sind und als Hauptdiagnose kodiert zur Eingruppierung in eine Fehler-DRG führen.
Zu verschlüsseln ist als Hauptdiagnose die zugrunde liegende Erkrankung oder das führende Symptom, die zur Aufnahme in das Krankenhaus geführt haben bzw. Grund für die weiterführende Behandlung sind.
Die anamnestische Diagnose sollte dann als Nebendiagnose aufgeführt werden, wenn Diagnostik, Therapie oder Pflegeaufwand beeinflusst wurden. Der Zustand, der durch die anamnestische Diagnose beschrieben wird, sollte nicht während des aktuellen Krankenhausaufenthaltes eingetreten sein. So sollte z.B. Z94.0 (Zustand nach Nierentransplantation) nicht in dem stationären Aufenthalt, in dem die Transplantation durchgeführt wurde, verschlüsselt werden.

4.3.8 – Mehrfachkodierung

DKR D012i

Viele internistische Erkrankungen werden korrekt über eine Diagnosekombination aus zwei Kodes (Primär-Sekundärkode-Kombination) kodiert. Am häufigsten ist dabei das Kreuz-Stern-Kode-System. Dabei beschreibt der Kreuzkode (†) die Ätiologie und der Sternkode (*) die Manifestation oder Komplikation einer Erkrankung. Die Technik der Dokumentation hängt dabei vom individuellen Krankenhausinformationssystem ab. Die Angabe der Manifestation folgt jedoch stets nach der Ätiologie (Kreuz vor Stern).
Bei einigen internistischen Erkrankungen sind Kreuz-Stern-Beziehungen angegeben, die benutzt werden müssen:

Beispiel: *Ein Patient wird zur Behandlung einer diabetischen Nephropathie aufgenommen.*
HD: E11.20† *Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ II) mit Nierenkomplikationen Nicht als entgleist bezeichnet*
N08.3* *Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus*

Zu einem als solchen gekennzeichneten Sekundärkode, z.B. J91* (Pleuraerguss bei anderenorts klassifizierten Krankheiten), kann ein Primärkode vergeben werden, auch wenn dieser in der ICD-10-GM nicht speziell als solcher aufgeführt ist. Also z.B. A15.6† (Tuberkulöse Pleuritis, bakteriologisch oder histologisch gesichert). Das bedeutet, dass jede zugrunde liegende Erkrankung die Funktion einer Kreuzdiagnose (= Ätiologie-Kode) einnehmen kann.
Ist bei einer mit einem Kreuz markierten Erkrankung eine Liste aufgeführt mit möglichen Manifestationen, die mit einem Stern markiert sind, so muss diese Liste nicht alle möglichen Manifestationen umfassen. Auch Manifestationen, die nicht aufgeführt sind, können angegeben werden.
Ähnlich verhält es sich mit den so genannten Ausrufezeichenkodes, die meist die Ausprägung einer Krankheit oder Störung beschreiben und ebenfalls einem Primärkode (frei wählbar) zugeordnet werden. Ein typisches Beispiel sind bakterielle Erkrankungen.

Beispiel: *Helicobacter pylori positive Gastritis*
HD: K29.6 *Sonstige Gastritis*
B98.0! *Helicobacter pylori [H. pylori] als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind*

Obligat anzugebende Ausrufezeichenkodes (Auswahl):

B95.-!	*Streptokokken und Staphylokokken als Ursache von in anderen Kapiteln klassifizierten Krankheiten*
B96.-!	*Sonstige näher bezeichnete Bakterien als Ursache von in anderen Kapiteln klassifizierten Krankheiten*
B97.-!	*Viren als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind*
B98.-!	*Sonstige näher bezeichnete infektiöse Erreger als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind*
C97!	*Bösartige Neubildung als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen*
I50.02! - I50.05!	*Rechtsherzinsuffizienz nach NYHA Stadien*
K72.7-!	*Hepatische Enzephalopathie und Coma hepaticum*
N39.47!	*Rezidivinkontinenz*
R65.-!	*Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom (SIRS)*
U60.-!	*Klinische Kategorien der HIV-Krankheit*
U61.-!	*Anzahl der T-Helferzellen bei HIV-Krankheit*
U69.0-!	*Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie bei Patienten von 18 Jahren und älter*
U69.10!	*Anderenorts klassifizierte Krankheit, für die der Verdacht besteht, dass sie Folge einer medizinisch nicht indizierten ästhetischen Operation, einer Tätowierung oder eines Piercings ist*
U69.11!	*Dauerhaft erworbene Blutgerinnungsstörung*
U69.12!	*Temporäre Blutgerinnungsstörung*
U69.40!	*Rekurrente Infektion mit Clostridium difficile*
U80.-!	*Grampositive Erreger mit bestimmten Antibiotika-Resistenzen, die bestimmte therapeutische oder hygienische Maßnahmen erfordern*
U81.-!	*Gramnegative Erreger mit bestimmten Antibiotika-Resistenzen, die bestimmte therapeutische oder hygienische Maßnahmen erfordern*
U82.-!	*Mykobakterien mit Resistenz gegen Antituberkulotika (Erstrangmedikamente)*
U83!	*Candida mit Resistenz gegen Fluconazol oder Voriconazol*
U84!	*Herpesviren mit Resistenz gegen Virustatika*
U85!	*HIV mit Resistenz gegen Virustatika oder Proteinase-inhibitoren*

Während Stern- und Ausrufezeichenkodes gruppierungstechnisch als eigenständige Diagnose gewertet werden, gilt für Kodierregeln die Diagnosekombination als eine Einheit. Das bedeutet, dass sowohl Stern- als auch Ausrufezeichenkodes nicht als eigenständige Diagnosen ohne Primärkode verschlüsselt werden können.

4.3.9 – Unspezifische Diagnosen

DKR D009a

Als unspezifische Diagnosen gelten Diagnosen, die als „sonstige" oder „nicht näher bezeichnete" Diagnosen beschrieben werden. Dabei bedeutet:

„sonstige" Diagnose, dass der genaue Krankheitszustand bekannt ist, aber in der ICD-Klassifikation kein spezifischerer Schlüssel für diesen Zustand gefunden wurde, „nicht näher bezeichnete" Diagnose, dass die nötigen Informationen fehlen, um den Krankheitszustand genauer beschreiben zu können.

Auf der Ebene der vierten oder fünften Stelle innerhalb des Kodes wird häufig folgendermaßen unterteilt:

.0-.7	*spezifische Krankheiten oder Lokalisationen*
.8	*spezifische Krankheiten, die anderenorts nicht klassifiziert sind (oder „sonstige")*
.9	*n.n.bez.*

Gelegentlich werden die zwei Resteklassen „.8" und „.9" in einem Diagnosekode kombiniert und beinhalten sowohl „sonstige" als auch „nicht näher bezeichnete" Zustände.
Resteklassen (.8, .9) dürfen nicht verwendet werden, um Diagnosen „aufzufangen", die anderenorts klassifiziert sind. Es gibt aber Situationen, in denen sich die Wahl einer Resteklasse nicht vermeiden lässt.

5 – Spezielle Kodierrichtlinien (Krankheiten, Prozeduren)

5.1 – Verschlüsselung von Krankheiten

5.1.1 – Gastrointestinale (GI-) Blutung

DKR 1105d

Zur Kodierung von gastrointestinalen Blutungen bietet die ICD-10-GM generell verschiedene Möglichkeiten.

Es existieren:

a) Kodes, die die Blutung beinhalten (siehe Beispiel 1):
z.B. Ulcus ventriculi, akut, mit Blutung (K25.0)

b) Kodes, die die gastrointestinale Blutung unspezifisch beschreiben (siehe Beispiel 3):
z.B. Gastrointestinale Blutung, n. n. bez. (K92.2)

Wird nach stationärer Aufnahme zur Abklärung einer GI-Blutung die **Ursache** (z.B. Ulkus) gefunden, wird diese „mit Blutung" kodiert, auch wenn während der Untersuchung keine Blutungszeichen mehr bestehen (also unabhängig von der Forrest-Klassifikation). Man kann davon ausgehen, dass die Blutung der Läsion, die im Endoskopiebericht angegeben wird, zugeordnet werden kann, auch wenn die Blutung weder während der Untersuchung noch während des Krankenhausaufenthaltes auftritt.

Beispiel 1: *Ein Patient wird mit unklaren gastrointestinalen Blutungen aufgenommen. Bei der Gastroskopie findet sich als Ursache der Blutung ein akutes Ulcus duodeni, welches jedoch zum Zeitpunkt der Untersuchung keine Blutungszeichen mehr aufweist.*
HD: K26.0 *Ulcus duodeni, akut, mit Blutung*
PR: 1-632.* *Diagnostische ÖGD*

Beispiel 2: *Ein Patient wird mit unklarer gastrointestinaler Blutung aufgenommen. Bei der Gastroskopie findet sich als Ursache der Blutungen eine schwere Refluxösophagitis, welche jedoch zum Zeitpunkt der Untersuchung keine Blutungszeichen mehr aufweist.*

HD: K21.0	*Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis*
ND: K22.81	*Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Ösophagus: Ösophagusblutung*
PR: 1-632.*	*Diagnostische ÖGD*

Beispiel 3: *Ein Patient wird mit unklaren gastrointestinalen Blutungen aufgenommen. Bei der Koloskopie findet sich als Ursache der Blutungen ein Karzinom des Colon descendens, welches jedoch zum Zeitpunkt der Untersuchung keine Blutungszeichen mehr aufweist.*

HD: C18.6	*Bösartige Neubildung des Dickdarmes, Colon descendens*
ND: K92.2	*Gastrointestinale Blutung n.n.bez.*
PR: 1-650.1	*Diagnostische Koloskopie, total bis Zäkum*

Nur in den Fällen, in denen ein Ulkus, eine Erosion oder ein sonstiger Befund gefunden wird, bei dem einerseits keine aktuellen Blutungszeichen sichtbar sind, andererseits keine aktuelle Anamnese einer gastrointestinalen Blutung besteht bzw. der Befund nicht als Ursache der gastrointestinalen Blutung angesehen wird, wird der Befund „ohne Blutung“ (z.B. Ulcus ventriculi, akut, ohne Blutung oder Perforation K25.3) kodiert. Folgende Tabelle zeigt Diagnosen, die die Angabe einer Blutung bereits enthalten.

Ösophagus	
K22.81	*Ösophagusblutung*
I85.0	*Ösophagusvarizen mit Blutung*

Ösophagus - Magen

I98.3 *Ösophagus- und Magenvarizen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, mit Blutung*

Magen

K55.32 *Angiodysplasie des Dünndarmes mit Blutung*
K55.22 *Angiodysplasie des Kolons: Mit Blutung*
K31.82 *Angiodysplasie Magen und Duodenum mit Blutung (GAVE)*
K25.0 *Ulcus ventriculi: Akut, mit Blutung*
K25.2 *Ulcus ventriculi: Akut, mit Blutung und Perforation*
K25.4 *Ulcus ventriculi: Chronisch oder n.n.bez. mit Blutung*
K25.6 *Ulcus ventriculi: Chronisch oder n.n.bez, mit Blutung und Perforation*

Dünndarm

Ulcus duodeni

K26.0 *Akut, mit Blutung*
K26.2 *Akut, mit Blutung und Perforation*
K26.4 *Chronisch oder n.n.bez., mit Blutung*
K26.6 *Chronisch oder n.n.bez., mit Blutung und Perforation*

Ulcus pepticum

K28.0 *-jejuni: Akut, mit Blutung*
K28.2 *-jejuni: Akut, mit Blutung und Perforation*
K28.4 *-jejuni: Chronisch oder n.n.bez., mit Blutung*
K28.6 *-jejuni: Chronisch oder n.n.bez., mit Blutung- u. Perforation*
K27.0 *-Lokalisation n.n.bez.: Akut, mit Blutung*
K27.2 *-Lokalisation n.n.bez.: Akut, mit Blutung und Perforation*
K27.4 *-Lokalisation n.n.bez.: Chronisch oder n.n.bez., mit Blutung*
K27.6 *-Lokalisation n.n.bez.: Chronisch oder n.n.bez., mit Blutung und Perforation*

Divertikulitis / Divertikulose

K57.03 *Dünndarmdivertikulitis mit Perforation, Abszess und Blutung*
K57.13 *Dünndarmdivertikulitis ohne Perforation und Abszess, mit Blutung*
K57.01 *Dünndarmdivertikulose mit Perforation, Abszess und Blutung*
K57.11 *Dünndarmdivertikulose ohne Perforation und Abszess, mit Blutung*

Divertikulitis / Divertikulose (Fortsetzung)

K57.41 *Divertikulose sowohl des Dünndarmes als auch des Dickdarmes mit Perforation, Abszess und Blutung*
K57.83 *Divertikulitis Teil n.n.bez., mit Perforation, Abszess und Blutung*
K57.93 *Divertikulitis Teil n.n.bez., ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung*

Dünndarm-Dickdarm

K57.43 *Divertikulitis sowohl des Dünndarmes als auch des Dickdarmes mit Perforation, Abszess und Blutung*
K57.53 *Divertikulitis sowohl des Dünndarmes als auch des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung*
K57.51 *Divertikulose sowohl des Dünndarmes als auch des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung*
K57.81 *Divertikulose Teil n.n.bez., mit Perforation, Abszess und Blutung*
K57.91 *Divertikulose Teil n.n.bez., ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung*

Dickdarm

K57.23 *Dickdarmdivertikulitis mit Perforation, Abszess und Blutung*
K57.33 *Dickdarmdivertikulitis ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung*
K57.21 *Dickdarmdivertikulose mit Perforation, Abszess und Blutung*
K57.31 *Dickdarmdivertikulose ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung*

Anus

K64.0 *Hämorrhoiden 1. Grades*
K64.1 *Hämorrhoiden 2. Grades*
K64.2 *Hämorrhoiden 3. Grades*

Blutende Cameron Läsionen bei axialen Hiatushernien werden mit einem Kode aus K25.- kodiert. Siehe auch FOKA *https://foka.medizincontroller.de/index.php/Anfrage_0192*

Beispiele potenzieller Blutungsquellen, bei denen eine Blutung zusätzlich kodiert werden muss, werden nachfolgend aufgelistet.

K21.0	*Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis*
C15.-	*Bösartige Neubildung des Ösophagus*
C16.-	*Bösartige Neubildung des Magens*
K22.6	*Mallory-Weiss-Syndrom*
K31.7	*Polyp des Magens und des Duodenums*
K50.-	*M. Crohn*
K51.-	*Colitis ulcerosa*
K52.-	*Colitis indeterminata*
K51.4	*Inflammatorische Polypen des Kolon*
K63.5	*Hyperplastischer Polyp des Kolons*
D12.6	*Adenomatöser Polyp des Kolons*
C18.-	*Bösartige Neubildung des Kolons*
K62.0	*Analpolyp*
K62.1	*Rektumpolyp*
K60.-	*Fissur/Fistel in der Anal-/Rektalregion*
K62.6	*Ulcus des Anus/Rektums*
C19	*Bösartige Neubildung am Rektosigmoid*
C20	*Bösartige Neubildung des Rektums*

Zur Kodierung von Symptomen bzw. Ausprägungen gastrointestinaler Blutungen stehen folgende Kodes zur Verfügung:

K92.2	*Gastrointestinale Blutung, n.n.bez.*
K22.81	*Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Ösophagus: Ösophagusblutung*
K62.5	*Hämorrhagie des Anus und des Rektums*
K92.0	*Hämatemesis*
R19.5	*Sonstige Stuhlveränderungen*

Die beiden letzten Kodes sollten allerdings nicht bei der Verschlüsselung der Ursache von gastrointestinalen Blutungen als Hauptdiagnose verwendet werden. Die K62.5 (Hämorrhagie des

Anus und des Rektums) darf nur bei Nachweis der Blutungsquelle in diesem Bereich verwendet werden (s. 5.1.3).
Sollte keine kausale Verbindung zwischen Symptom und dem Ergebnis der Untersuchung bestehen, ist zunächst das Symptom und danach das Untersuchungsergebnis anzugeben.
Prädisponierende Faktoren, die die Blutung mit bedingen und einen weiteren diagnostischen oder therapeutischen Aufwand hervorrufen, können zusätzlich mit angegeben werden. Eine Blutung unter Dauertherapie mit Antikoagulanzien oder Antikörper wird mit dem ICD-Kode D68.3-(Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzien) verschlüsselt. Zu beachten sind ggf. auch andere Koagulopathien, die mit D65.- bis D68.- verschlüsselt werden.

5.1.2 – Ösophagus- und Magenvarizenblutung

Die Ösophagus- und/oder Magenvarizenblutung bei bekannter Lebererkrankung ist über eine Kreuz-Stern-Diagnosekombination zu kodieren. Der Kode I85.0 (Ösophagusvarizen mit Blutung) ist nicht zu verwenden.

Beispiel: *Ösophagusvarizenblutung bei alkoholischer Leberzirrhose*

HD: K70.3†	*Alkoholische Leberzirrhose*
I98.3*	*Ösophagus- und Magenvarizen mit Blutung bei anderenorts klassifizierten Krankheiten*

Bei endoskopischer Versorgung der Ösophagus- und/oder Magenvarizenblutung erfolgt bei ordnungsgemäßer Kreuz-Stern-Verschlüsselung die Zuordnung des Behandlungsfalles in die dafür vorgesehene DRG H40A oder H40B (Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung). Wird als Hauptdiagnose der Kode I85.0 gewählt, wird der Behandlungsfall einer DRG der Hauptdiagnosekategorie MDC 06 (Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane) zugeordnet und damit nicht richtig abgebildet.

5.1.3 – Peranale Blutung

„Peranale Blutung" bedeutet nicht notwendigerweise eine Blutung des Rektums und sollte deshalb nicht als K62.5 (Hämorrhagie des Anus und des Rektums) kodiert werden.
Nur bei Nachweis der Blutungsquelle in diesem Bereich ist neben der Ursache der Blutung (Hauptdiagnose) zusätzlich der Kode K62.5 als Nebendiagnose zu kodieren, es sei denn, der Kode der Hauptdiagnose beinhaltet die Blutung bereits.
Wenn eine Untersuchung den aktuellen Ursprung der perianalen Blutung nicht aufzeigen kann oder die Untersuchung nicht durchgeführt wurde, sollte die peranale Blutung als:

K92.2 *Gastrointestinale Blutung, n.n.bez.*

kodiert werden.

5.1.4 – Gastrales Ulkus mit Gastritis

DKR 1103a
Liegen beide Erkrankungen, gastrales Ulkus und Gastritis, vor, ist wie folgt zu kodieren:

K25.- *Ulcus ventriculi*
vor
K29.- *Gastritis und Duodenitis*

5.1.5 – Kontrolluntersuchungen nach GI-Blutungen

5.1.5.1 – Während desselben stat. Aufenthaltes
Als DRG-relevante Diagnosen werden auch bei Patienten mit gastrointestinalen Blutungen, die während desselben stationären Aufenthaltes bei einer Kontrolluntersuchung keine Blutungs- zeichen mehr zeigen, die dem Befund entsprechenden Diagnosekodes „mit Blutung" verschlüsselt.

5.1.5.2 – i.R. eines neuen stat. Aufenthaltes
Wird ein Patient zur Kontrolluntersuchung (z.B. nach Behandlung eines blutenden Ulcus duodeni) aufgenommen und das Ulkus weiterhin vorgefunden, wird bei fortbestehendem Nachweis von Blutungszeichen „mit Blutung" kodiert. Sollten bei der Untersuchung, bzw. in der Zeit zwischen den beiden stationären Behandlungen keine Blutungszeichen mehr bestehen, wird der Befund „ohne Blutung" kodiert.
Wird das Ulkus nicht mehr vorgefunden, wird wie folgt kodiert:

HD: Z09.8	*Nachuntersuchung nach sonstiger Behandlung wegen anderer Krankheitszustände*
ND: Z87.1	*Krankheiten des Verdauungssystems in der Eigenanamnese*
PR: 1-632.*	*Diagnostische ÖGD*

5.1.6 – Gastroenteritis

Für die Kodierung einer Gastroenteritis und/oder Kolitis stehen folgende Kodes zur Verfügung:

Auswahl spezifischer Kodes zur Kodierung einer Gastroenteritis.
Darminfektion durch:
Bakterien

A04.0	*enteropathogene Escherichia coli*
A04.1	*enterotoxinbildende Escherichia coli*
A04.2	*enteroinvasive Escherichia coli*
A04.3	*enterohämorrhagische Escherichia coli*
A04.4	*Escherichia coli*
A04.5	*Campylobacter*
A04.6	*Yersinia enterocolitica*
A04.7-	*Enterokolitis durch Clostridium difficile*
A04.70	*Enterokolitis durch Clostridium difficile ohne Megakolon, ohne sonstige Organkomplikationen (Siehe auch U69.40! bei rekurrenter Infektion)*

A04.71 *Enterokolitis durch Clostridium difficile ohne Megakolon, mit sonstigen Organkomplikationen (Siehe auch U69.40! bei rekurrenter Infektion)*
A04.72 *Enterokolitis durch Clostridium difficile mit Megakolon, ohne sonstige Organkomplikationen (Siehe auch U69.40! bei rekurrenter Infektion)*
A04.73 *Enterokolitis durch Clostridium difficile mit Megakolon, mit sonstigen Organkomplikationen (Siehe auch U69.40! bei rekurrenter Infektion)*
A04.79 *Enterokolitis durch Clostridium difficile, nicht näher bezeichnet (Siehe auch U69.40! bei rekurrenter Infektion)*
A04.8 *sonstige näher bezeichnete bakterielle Darminfektionen*
Viren
A08.0 *Rotaviren*
A08.1 *Norovirus [Norwalk-Virus]*
A08.2 *Adenoviren*
A08.3 *sonstige Viren*
Unspezifische Kodes
A09.0 *Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis, infektiösen Ursprung*
A09.9 *Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichneten Ursprungs*

Wird ein infektiöser Ursprung vermutet, wie es bei den meisten akuten (unter sechs Wochen Dauer) Diarrhoen der Fall ist, soll auch der Kode A09.0 angewandt werden. Ein Keimnachweis ist hierzu nicht erforderlich.
Lediglich in Fällen, in denen eine infektiöse Ursache ausgeschlossen wurde, ist:

K52.- *Sonstige nicht infektiöse Gastroenteritis und Kolitis*

bzw. die Erkrankung, die als Ursache der Diarrhoe angesehen wird, zu kodieren. Siehe hierzu auch die SEG4 Kodierempfehlung 24, die eine deutliche Abgrenzung zwischen K52.- und A09.-

herbeiführt. *„Nur wenn ein nichtinfektiöser Ursprung der Krankheiten angenommen werden kann, kommt alternativ K52.9 Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet in Frage. Bei Verdacht auf eine infektiöse Gastroenteritis kommt die Verschlüsselung A00 bis A08, jeweils nicht näher bezeichnet, nicht in Frage. Es kommt nicht vor, dass Erreger als Ursache einer Darminfektion festgestellt werden, ohne dass diese näher bezeichnet werden können."*

Dehydratation bei Gastroenteritis (DKR 1107a)
Bei Aufnahmen zur Behandlung einer Gastroenteritis mit Dehydratation ist die Gastroenteritis als Hauptdiagnose und die Dehydratation (E86 Volumenmangel) als Nebendiagnose anzugeben. Eine Rehydrierung (i.v.-Gabe von Flüssigkeit) alleine ist kein Kriterium für eine Dehydratation, da eine Rehydrierung sowohl zur Behandlung als auch zum Vermeiden einer Dehydratation durchgeführt werden kann. Die Diagnose einer Dehydratation muss klinisch gestellt (und dokumentiert!) werden.

Isolation bei Gastroenteritis
Bei manchen hochinfektiösen Gastroenteritiden ist eine besonders aufwändige Isolation erforderlich (z.B. bei A08.1 Akute Gastroenteritis durch Norovirus [Norwalk-Virus]). In diesem Falle sollte neben der Hauptdiagnose (die näher spezifizierte Gastroenteritis) die Isolation (Z29.0 Isolation als prophylaktische Maßnahme) als Nebendiagnose angegeben werden.
Die bei manchen infektiösen Gastroenteritiden übliche Toilettenisolierung (eigene Toilette bzw. Toilettenstuhl) alleine ist kein Kriterium für die Zusatzdiagnose. Bitte beachten Sie auch die nachfolgende OPS und die damit verbundenen Voraussetzungen für die Isolation:
Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern (8-98g).

5.1.7 – Andere Erkrankungen des Ösophagus

5.1.7.1 – Ösophagusulkus

Der Kode:

K22.1	*Ösophagusulkus*

umfasst das solitäre Ulkus sowie einzelne, umschriebene Ulzera (z.B. durch Arzneimittel/Drogen, chemische Substanzen, Fremdkörper) ebenso wie das Barrett-Ulkus.

5.1.7.2 – Ulzeröse Ösophagitis

Ulzeröse Formen einer Ösophagitis sind mit:

K20	*Ösophagitis*

oder - wenn es sich um eine Refluxösophagitis handelt - mit:

K21.0	*Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis*

zu kodieren.

5.1.7.3 – Barrett-Ösophagus

Der Barrett-Ösophagus kann abhängig vom Grad der Dysplasie über einen eigenen Kode abgebildet werden:

K22.7	*Barrett-Ösophagus ohne Nachweis einer Dysplasie*
D37.78	*Barrett-Ösophagus mit Nachweis einer geringgradigen Dysplasie*
D00.1	*Barrett-Ösophagus mit Nachweis einer schweren Dysplasie (carcinom in situ)*
C15.-	*Barrett Carcinom*

Eine Blutung wird mit dem ICD-Kode K22.81 (Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Ösophagus: Ösophagusblutung) zusätzlich angezeigt.

5.1.7.4 – Ösophagusstriktur

Kommt es im Rahmen einer floriden, therapiebedürftigen Refluxösophagitis zu einer sekundären Ösophagusstriktur, so ist wie folgt zu kodieren:

HD: K21.0 *Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis*
ND: K22.2 *Ösophagusverschluss (Ösophagusstriktur)*

Wird der Patient hingegen zur Behandlung einer Ösophagusstenose bei Refluxösophagitis aufgenommen, so ist wie folgt zu kodieren (s. auch DKR D002f):

HD: K22.2 *Ösophagusverschluss (Ösophagusstriktur)*
ND: K21.0 *Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis*

5.1.7.5 – Ösophagusfistel

Die Ösophagusfistel ist mit K22.8 zu kodieren.
Liegt eine Ösophagotracheale Fistel vor ist gemäß den Vorgaben im Systematischen ICD Verzeichnis im Systematischen ICD Verzeichnis mit J86.0 (Pyothorax mit Fistel) zu verwenden.

5.1.8 – Helicobacter pylori

Helicobacter pylori wird als Sekundärkode dann kodiert, wenn die nachgewiesene Erkrankung mit H. pylori assoziiert ist.

Beispiel: *Ein Pat. wird zur Endoskopie des oberen Gastrointestinaltraktes aufgenommen. Die Biopsien ergeben den Befund eines chronischen Duodenalgeschwürs sowie einen Helicobacter-Nachweis.*

HD: K26.7 *Ulcus duodeni, chronisch, ohne Blutung oder Perforation*
B98.0! *Helicobacter pylori [H. pylori] als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind*

5.1.9 – Virushepatitis

5.1.9.1 – Klassifikation

Die folgende Liste stellt die empfohlenen Kodes für die Klassifikation der Hepatitis A, B, C, D und E zur Verfügung.
Die Diagnose einer chronischen Virushepatitis umfasst Patienten, die asymptomatisch sind und nur im Falle einer Therapie erhebliche Kosten verursachen. Sie kann aber auch Patienten umfassen, die z.B. an einer hepatitisbedingten dekompensierten Zirrhose leiden, lange stationäre Aufenthalte aufweisen und/oder teure Interventionen, wie z.B. einen TIPSS erhalten.

5.1.9.2 – Hepatitis A

Liegt eine akute Infektion mit dem Hepatitis-A-Virus vor, so wird kodiert:

B15.0 *Virushepatitis A mit Coma hepaticum*
B15.9 *Virushepatitis A ohne Coma hepaticum*
O98.4 *Virushepatitis, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert (wird zugewiesen, wenn die Hepatitis A Schwangerschaft, Geburt oder das Puerperium kompliziert, ein Kode aus B15.- wird nach DKR 1510b zusätzlich kodiert)*

Weder eine Anamnese der Hepatitis A noch der Nachweis einer früheren, ausgeheilten Infektion werden kodiert.

5.1.9.3 – Hepatitis B

Liegt eine akute oder chronische Infektion mit dem Hepatitis-B-Virus vor, so wird kodiert:

B16.-	*Akute Hepatitis B*
B18.0	*Chronische Virushepatitis B mit Delta-Virus*
B18.1	*Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus*
O98.4	*Virushepatitis, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert (wird zugewiesen, wenn die akute oder chronische Hepatitis B die Schwangerschaft, Geburt oder das Puerperium kompliziert, ein Kode aus B16.-/B18.- wird nach DKR 1510b zusätzlich kodiert)*

Hepatitis-B-Virus-Träger ohne Vorliegen einer akuten oder chronischen Hepatitis sind mit B18.13 (Träger einer Virus-Hepatitis) zu kodieren, wenn sich dadurch der Behandlungsaufwand erhöht hat (Kriterien der Nebendiagnose erfüllt?). Die Anamnese einer ausgeheilten Hepatitis B (kein Trägerstatus) ist nicht zu kodieren. Entsprechendes gilt für die Geburtshilfe.

Liegt ein akuter Schub einer vorbestehenden chronischen Hepatitis B vor, sind nach DKR D006e zwei Kodes in folgender Reihenfolge zu kodieren:

HD: B16.9	*Akute Virushepatitis B ohne Delta-Virus und ohne Coma hepaticum*
ND: B18.1	*Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus*

5.1.9.4 – Hepatitis B und Hepatitis D
Es wird zwischen Super- und Co-Infektion differenziert:

B16.0	*Akute Hepatitis B mit Delta-Virus (Begleitinfektion) und mit hepatischem Koma*
B16.1	*Akute Hepatitis B mit Delta-Agens (Begleitinfektion) ohne hepatisches Koma*
B18.11	*Chronische Virushepatitis B mit Delta-Virus, Phase 1*
B18.12	*Chronische Virushepatitis B mit Delta-Virus, Phase 2*
B18.13	*Chronische Virushepatitis B mit Delta-Virus, Phase 3*
B18.14	*Chronische Virushepatitis B mit Delta-Virus, Phase 4*
B18.19	*Chronische Virushepatitis B mit Delta-Virus, Phase n.n.bez.*
B17.0	*Akute Delta-(Super) Infektion eines Hepatitis B-(Virus-) Trägers*
O98.4	*Virushepatitis, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert (wird zugewiesen, wenn eine akute oder chronische Hepatitis B mit D die Schwangerschaft, Geburt oder das Puerperium kompliziert, ein Kode aus B15.- bis B19.- wird nach DKR 1510p zusätzlich kodiert)*

Der ICD Code Z22.5 (Träger einer Virus Hepatitis) wurde in 2019 gestrichen und soll bei Hepatitis B Patienten durch B18.13 ersetzt werden. Die Kodierung von Trägern anderer Virus Hepatitiden ist ungeklärt. Die Anamnese einer ausgeheilten Hepatitis B mit D (kein Trägerstatus) ist nicht zu kodieren. Entsprechendes gilt für die Geburtshilfe.

5.1.9.5 – Hepatitis C
Liegt eine akute oder chronische Infektion mit dem Hepatitis-C-Virus vor, so wird kodiert:

B17.1 *Akute Hepatitis C*
B18.2 *Chronische Virushepatitis C*
O98.4 *Virushepatitis, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert (wird zugewiesen, wenn eine akute oder chronische Hepatitis C die Schwangerschaft, Geburt oder das Puerperium kompliziert, ein Kode aus B17.-/B18.- wird nach DKR 1510p zusätzlich kodiert)*

Die Anamnese einer ausgeheilten Hepatitis C ist nicht zu kodieren. Liegt ein akuter Schub einer vorbestehenden chronischen Hepatitis C vor, sind nach DKR D006e zwei Kodes in folgender Reihenfolge zu kodieren:

HD: B17.1 *Akute Virushepatitis C*
ND: B18.2 *Chronische Virushepatitis C*

5.1.9.6 – Hepatitis E
Liegt eine akute Infektion mit dem Hepatitis-E-Virus vor, so wird kodiert:

B17.2 *Akute Hepatitis E*
O98.4 *Virushepatitis, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert (wird zugewiesen, wenn die Hepatitis E die Schwangerschaft, Geburt oder das Puerperium kompliziert, der Kode B17.2 wird nach DKR 1510b zusätzlich kodiert.)*

Die Anamnese einer ausgeheilten Hepatitis E ist nicht zu kodieren.

5.1.9.7 – Virale Hepatitis anderer u. unklarer Ätiologie

Liegt eine akute Virushepatitis vor, die mit den oben angegebenen Kodes nicht spezifisch kodiert oder bei der die Ätiologie nicht geklärt werden kann, wird kodiert:

B17.8	*Sonstige näher bezeichnete akute Virushepatitis (z.B. Hepatitis G)*
B17.9	*Akute Virushepatitis, n. n. bez.*
O98.4	*Virushepatitis, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert (wird zugewiesen, wenn die akute Hepatitis die Schwangerschaft, Geburt oder das Puerperium kompliziert, der Kode B17.9 wird nach DKR 1510p zusätzlich kodiert.)*

5.1.10 – Leberzirrhose

5.1.10.1 – Einführung

Die Kodierung der Leberzirrhose richtet sich in der ICD-10-GM nach der Ursache der Erkrankung.
In einigen Schlüsseln ist Ursache und Ausprägung zusammengefasst (z.B. K70.3 Alkoholische Leberzirrhose), bei anderen ist eine korrekte Beschreibung nur über zwei Kodierungen möglich (z.B. Zirrhose auf dem Boden einer chronischen Virushepatitis).

5.1.10.2 – Aufnahmegrund: Leberzirrhose

Wird ein Patient wegen einer Leberzirrhose stationär aufgenommen und die ätiologisch zugrundeliegende Erkrankung nicht behandelt, so ist die Zirrhose Hauptdiagnose. Die Ätiologie sowie relevante Komplikationen sind als Nebendiagnosen anzugeben.

Beispiel 1: *Ein Patient kommt wegen einer äthyltoxischen Leberzirrhose zur stationären Aufnahme.*
HD: K70.3 *Alkoholische Leberzirrhose*
ND: F10.2 *Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom*

Beispiel 2: *Ein Patient kommt wegen einer Leberzirrhose bei primär sklerosierender Cholangitis zur stationären Aufnahme.*
HD: K74.6 *Sonstige und n. n. bez. Zirrhose der Leber*
ND: K83.0 *Cholangitis*

5.1.10.3 – Aufnahmegrund: Folgeerkrankung

Wird der Patient dagegen wegen einer Folgeerkrankung aufgenommen oder ist diese führend für die Aufnahme und den Behandlungsverlauf, so ist die Folgeerkrankung Hauptdiagnose und die Zirrhose Nebendiagnose (Beispiele 3-5).

Beispiel 3*: Ein Patient kommt wegen eines HCC bei kompensierter Leberzirrhose auf dem Boden einer chronischen Hepatitis C zur stationären Aufnahme. Im Rahmen des stationären Aufenthaltes erfolgt eine transarterielle Chemoembolisation des Leberherdes (TACE)*

HD: C22.0	*Leberzellkarzinom*
ND: B18.2	*Chronische Virushepatitis C*
K74.6	*Sonstige und n.n.bez. Zirrhose der Leber*
PR: 8-836.9a	*Selektive Embolisation mit embolisierenden Flüssigkeiten: Gefäße viszeral*
8-83b.2x	*Zusatzinformationen zu Materialien: Art der Flüssigkeiten zur selektiven Embolisation: Sonstige Flüssigkeiten*
8-541.6	*Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren: arteriell*

Beispiel 4: *Ein Patient mit Leberzirrhose auf dem Boden einer chronischen Hepatitis C wird wegen Bauchschmerzen aufgenommen. Die Aszitespunktion zeigt eine spontane bakterielle Peritonitis durch E. coli.*

HD: K65.0	*Akute Peritonitis*
B96.2!	*E.coli [...] als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind*
ND: B18.2	*Chronische Virushepatitis C*
K74.6	*Sonstige und n.n.bez. Zirrhose der Leber*
R18	*Aszites*
PR: 1-853.2	*Diagnostische perkutane Punktion und Aspiration der Bauchhöhle: Aszitespunktion*

Beispiel 5: *Ein Patient kommt mit Entzugserscheinungen bei chronischem Alkoholabusus in die Klinik. In der Notaufnahme kommt es zu einem generalisierten Krampfanfall im Rahmen des Entzuges. Während des Weiteren stationären Aufenthaltes wird eine alkoholische Leberzirrhose festgestellt. In der ÖGD zeigen sich asymptomatische Ösophagusvarizen.*

HD: F10.3	*Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom*
ND: G40.5	*Spezielle epileptische Syndrome*
K70.3†	*Alkoholische Leberzirrhose*
I98.2*	*Ösophagus- und Magenvarizen bei anderenorts klass. Krankheiten, ohne Angabe einer Blutung*
PR: 1-632	*Diagnostische ÖGD*

5.1.10.4 – Formen der Leberzirrhose

Zur Darstellung der unterschiedlichen Schweregrade der Erkrankung ist bei den verschiedenen Formen der Leberzirrhose neben der Kodierung des Grades der Lebererkrankungen (Fibrose, Zirrhose, Leberversagen) auch die genaue Verschlüsselung aller Komplikationen der Lebererkrankung erforderlich (z.B. Aszites, Pleuraerguss, hepatorenales Syndrom, Ösophagusvarizenblutung, spontan bakterielle Peritonitis), soweit diese die Definition einer Nebendiagnose erfüllen.

Formen der Leberzirrhose (keine abschließende Liste):

K74.3 *Primär biliäre Zirrhose*
K74.4 *Sekundär biliäre Zirrhose*
K70.3 *Alkoholische Leberzirrhose*
K71.7 *Toxische Leberkrankheit mit Fibrose und Zirrhose der Leber*
K76.1 *Chronische Stauungsleber*
K74.6 *Sonstige und n.n.bez. Zirrhose der Leber*

5.1.10.5 – Ursache der Leberzirrhose

Gegebenenfalls ist die Ursache der Leberzirrhose zusätzlich zu kodieren, z.B.:

B15-19 *Virushepatitis (s. 5.1.9)*
E83.1 *Störungen des Eisenstoffwechsels (Hämochromatose)*
E83.0 *Störungen des Kupferstoffwechsels (Wilson-Krankheit)*
K73.- *Chronische Hepatitis, andernorts nicht klassifiziert*
K75.2 *Unspezifische reaktive Hepatitis*
K75.3 *Granulomatöse Hepatitis, anderenorts nicht klassifiziert*
K75.4 *Autoimmune Hepatitis*
K75.8 *Sonstige näher bezeichnete entzündl. Leberkrankheiten*
K75.9 *Entzündliche Leberkrankheit, n.n.bez.*
K76.8 *Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Leber*
K83.0 *Cholangitis*

5.1.10.6 – Klinische Stadien der Leberzirrhose (Zusatzkode)

K74.70 *Leberzirrhose, Stadium Child-Pugh A*
K74.71 *Leberzirrhose, Stadium Child-Pugh B*
K74.72 *Leberzirrhose, Stadium Child-Pugh C*

5.1.10.7 – Symptome/Komplikationen von Lebererkrankungen

Auswahl:
K72.7-! *Hepatische Enzephalopathie und Coma hepaticum (Die Gradeinteilung, an 5.Stelle zu kodieren, erfolgt nach den West-Haven-Kriterien*
R17.0 *Hyperbilirubinämie mit Gelbsucht*
R17.9 *Hyperbilirubinämie ohne Gelbsucht*
R18 *Aszites*
K65.0 *Akute Peritonitis (Spontan bakterielle Peritonitis)*
K76.6 *Portale Hypertonie*
K76.7 *Hepatorenales Syndrom*
J91* *Pleuraerguss bei andernorts klass. Krankheiten*
D68.4 *Erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren*
D69.5- *Sekundäre Thrombozytopenie*
I98.2* *Ösophagus- und Magenvarizen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, ohne Angabe einer Blutung*
I98.3* *Ösophagus-und Magenvarizen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, mit Angabe einer Blutung*
I81 *Pfortaderthrombose*
K64.- *Hämorrhoiden*
K70.4 *Alkoholisches Leberversagen (mit oder ohne Coma hepaticum)*
K72.0 *Akutes und subakutes Leberversagen*
K72.1 *Chronisches Leberversagen*
E26.1 *Sekundärer Hyperaldosteronismus*
G31.2 *Degeneration des Nervensystems durch Alkohol*
G63.8* *Polyneuropathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten*

Hepatorenales Syndrom:
K76.7 *Hepatorenales Syndrom*
Beispiele für Nierenschädigungen:
N17.- *Akutes Nierenversagen*
N17.9 *Akutes Nierenversagen, n.n.bez. (zu verwenden, wenn keine histologische Untersuchung durchgeführt wurde)*
N18.- *Chronische Nierenkrankheit (nähere Klassifikation s. auch Kapitel 5.2.7.5)*
Hepatopulmonales Syndrom:
I28.8 *Sonstige näher bezeichnete Krankheit der Lungengefäße*
J96.1- *Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert*

5.1.10.8 – Assoziierte Diagnosen
Häufig mit Lebererkrankungen assoziierte Diagnosen:

F10 *Psychische u. Verhaltensstörungen durch Alkohol*
.0 *Akute Intoxikation*
.1 *Schädlicher Gebrauch*
.2 *Abhängigkeitssyndrom*
.3 *Entzugssyndrom*
.4 *Entzugssyndrom mit Delir*
F10.6 *Amnestisches Syndrom (Korsakow-Syndrom)*

Beispiel 6: *Toxisches Leberversagen, akut, ohne Zirrhose, nicht alkoholisch*
HD: K71.1 *Toxische Leberkrankheit mit Lebernekrose plus alle relevanten Nebendiagnosen, z.B.:*
ND: T39.1 *Vergiftung durch nichtopioidhaltige Analgetika, Antipyretika und Antirheumatika: 4-Aminophenolderivate*

Beispiel 7: *Ein Patient kommt in somnolentem Zustand bei äthyltoxischer Leberzirrhose mit hepatischer Enzephalopathie und Leberversagen in die Klinik. Bei Aszites und Pleuraerguss entwickelt er während des stationären Aufenthaltes ein hepatorenales Syndrom, sowie ein schweres Alkoholentzugssyndrom mit Delir.*

HD: K70.4†	*Alkoholisches Leberversagen*
K72.72!	*Hepatische Enzephalopathie Grad 2*
J91*	*Pleuraerguss bei andernorts klass. Krankheiten*
ND: K76.7	*Hepatorenales Syndrom*
R18	*Aszites*
F10.4	*Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom mit Delir*
PR: 8-153	*Therapeutisch perkutane Punktion der Bauchhöhle*

Die Prozedur 8-985 für den Qualifizierten Entzug ermöglicht eine differenziertere Darstellung der Behandlung der Alkoholkrankheit (definierte Voraussetzungen beachten: 6.15.8).

Beispiel 8: *Patient kommt mit alkoholischem Leberversagen. Bei bereits vorliegenden psychischen Verhaltensstörungen wird während des stationären Aufenthaltes ein Qualifizierter Entzug durchgeführt.*

HD: K70.4	*Alkoholisches Leberversagen*
ND: F10.2	*Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom*
PR: 8-985.1	*Qualifizierter Entzug: 7–13 Behandlungstage*

5.1.11 – Pankreatitis

DKR D006e

Für die Kodierung der akuten Pankreatitis ist eine spezifische Abbildung möglich:

K85	*Akute Pankreatitis*
.0-	*Idiopathische*
.1-	*Biliäre*
.2-	*Alkoholinduzierte*
.3-	*Medikamenteninduzierte*
.8-	*Sonstige*
.9-	*N.n.bez.*

Die akute Pankreatitis wird zudem in Abhängigkeit vom Vorliegen einer Organkomplikation an der 5. Stelle differenziert kodiert.

Beispiel:
K85.00 *Idiopathische akute Pankreatitis ohne Organkomplikationen*
K85.01 *Idiopathische akute Pankreatitis mit Organkomplikationen*

Unter Organkomplikationen sind z.B. Pankreasabszesse oder akute, eitrige und hämorrhagische Pankreasnekrosen zusammenzufassen. Auch Komplikationen an anderen Organen (z.B. respiratorische Insuffizienz bei SIRS, akutes Nierenversagen, Schock etc.) als Folge der Pankreatitis sollten hierunter gefasst werden. Die organfremden Komplikationen sind zusätzlich über eigenständige Kodes spezifisch zu kodieren.
Für die chronische Pankreatitis stehen folgende Kodes zur Verfügung:

K86.0	*Alkoholinduzierte chronische Pankreatitis*
K86.1	*Sonstige chronische Pankreatitis*

Bei einer akuten Exazerbation einer chronischen Pankreatitis

wird die akute Form als Hauptdiagnose verschlüsselt, die chronische Form als Nebendiagnose.

Beispiel: *Ein Patient wird wegen eines akuten Schubes bei chronischer idiopathischer Pankreatitis ohne Organkomplikationen behandelt.*
HD: K85.00 *Idiopathische akute Pankreatitis ohne Organkomplikationen*
ND: K86.1 *Sonstige chronische Pankreatitis*

5.1.12 – Andere Darmerkrankungen

Für das Jahr 2019 wurden differenzierte ICD Kodes für Reizdarm und Obstipation zur Verfügung gestellt.

K58._ *Reizdarmsyndrom*
K58.1 *Diarrhoe-prädominant [RDS-D]*
K58.2 *Obstipations-prädominant [RDS-O]*
K58.3 *Mit wechselnden (gemischten) Stuhlgewohnheit [RDS-M]*
K58.8 *Sonstiges und n. n. bez. Reizdarmsyndrom*
K59.0_ *Obstitation mit Angabe der Ätiologie*
K59.00 *Obstipation bei Kolontransitstörung*
K59.01 *Obstipation bei Stuhlentleerungsstörung*
K59.02 *Medikamentös induzierte Obstipation*
K59.09 *Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation*

5.1.13 – Neoplasmen

5.1.13.1 – Hauptdiagnose bei Neoplasmen
DKR 0201n
Abhängig von der Behandlungsphase und der durchgeführten Therapie, stellt sich bei onkologischen Patienten die Frage der Wahl der Hauptdiagnose.
Wird ein Patient zur Diagnostik/Behandlung des primären Malignoms aufgenommen, *wird das primäre Malignom als Hauptdiagnose kodiert.*

Der Malignom-Kode sollte solange als Hauptdiagnose für jede einzelne Behandlungsphase verwendet werden, bis der Behandlungsabschnitt beendet ist. Dieses beinhaltet auch die mehrtägigen Behandlungsphasen, die einer chirurgischen Entfernung eines Malignoms nachfolgen – denn obwohl das Malignom operativ entfernt worden ist, wird der Patient nach wie vor wegen des Malignoms behandelt.

Zum Beispiel sollte ein Patient, der bei vorangegangener Aufnahme zur Rektumresektion danach für fünf Tage zur Radiochemotherapie aufgenommen wird, den Hauptdiagnosekode C20 (Bösartig Neubildung des Rektums) erhalten.

Sofern ein Patient gezielt wegen Metastasen behandelt wird (selbst einige Jahre nach der Resektion des Primärtumors) sind die Metastasen als Hauptdiagnose und das primäre Malignom als Nebendiagnose zu verschlüsseln. Der Patient wird nach wie vor wegen des Malignoms behandelt, die Metastasen stellen aber den Grund für die Behandlung dar. Erfolgt die Behandlung eines Rezidivs wird wie beim Primärtumor kodiert.

Wird der Patient sowohl zur gezielten Behandlung der Metastasen, als auch zur Therapie des Primarius aufgenommen, ist anhand des Ressourcenverbrauches zu entscheiden, welche der beiden Diagnosen als Hauptdiagnose kodiert wird.

Erfolgt die Aufnahme primär zur systemischen Chemo- oder Strahlentherapie (z.B. Radiojodtherapie, Ganzkörperbestrahlung) ist das primäre Malignom die Hauptdiagnose, unabhängig davon, ob Primärtumor und/oder Metastasen behandelt werden. Sollte ausnahmsweise der Primarius nicht bekannt sein, werden der Kode C80.0 Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet als Hauptdiagnose und die Metastasen als Nebendiagnosen (C77 bis C79) angegeben.

Sofern die Aufnahme nur zur Behandlung von Metastasen (z.B. lokale Bestrahlung, lokale Chemotherapie von Metastasen) erfolgt, wird/werden die Metastase(n) Hauptdiagnose.

Der Primärtumor wird, sofern bekannt, als Nebendiagnose angegeben. Ist der Primarius unbekannt soll C80.0 (Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet) als Nebendiagnose verschlüsselt werden.

Sofern ein Patient eine abgestufte (z.B. zweizeitige) OP als Behandlung des Neoplasmas benötigt, sollte das Neoplasma als Hauptdiagnose-Kode auch in der Behandlungsphase zugewiesen werden, in der eine Folge-OP durchgeführt wird. Obwohl die bösartige Neubildung möglicherweise durch die erste OP entfernt worden ist, wird der Patient in der darauf folgenden Behandlungsphase nach wie vor wegen des Neoplasmas behandelt. So sollte bei Aufnahmen zur ausgedehnten Nach-Exzision eines bereits früher entfernten Neoplasmas ebenfalls der Kode für das Neoplasma zugewiesen werden, selbst wenn in der Histopathologie keine Neoplasmareste gefunden werden.

Beispiel 1: *Ein Patient wird zur Therapie eines Rektumkarzinoms aufgenommen. Der Patient erhält eine Kryo-Therapie, die in regelmäßigen Abständen wiederholt wird.*
Hauptdiagnose bei jeder Aufnahme:
HD: C20 *Bösartige Neubildung des Rektums*
PR: 5-482.60 *Kryokoagulation: Peranal*

Beispiel 2: *Ein Patient mit Rektumkarzinom pT3pN0 wird nach Resektion des Karzinoms wiederholt zur adjuvanten lokalen Bestrahlung und systemischen Chemotherapie aufgenommen.*

Hauptdiagnose bei jeder Aufnahme:

HD: C20	*Bösartige Neubildung des Rektums*
PR: 8-542.--*	*Nicht komplexe Chemotherapie*
8-522.b1	*Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger bis zu 6MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung: mit bildgestützter Einstellung*

* die Art der Chemotherapie muss differenziert angegeben werden. Der hier gewählte Kode ist unvollständig.

Beispiel 3*: Ein Patient mit Rektumkarzinom pT3pN0 mit ossären Metastasen (pM1) wird nach Resektion des Karzinoms zur lokalen Bestrahlung und systemischen Chemotherapie aufgenommen.*

HD: C20	*Bösartige Neubildung des Rektums*
ND: C79.5	*Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes*
PR: 8-543.--*	*Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie**
8-522.b1	*Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger bis zu 6MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung: mit bildgestützter Einstellung*
8-547.0	*Andere Immuntherapien mit nicht klonalen Antikörpern*

* die Art der Chemotherapie muss differenziert angegeben werden. Der hier gewählte Kode ist unvollständig.

Beispiel 4: *Ein Patient mit reseziertem Rektumkarzinom und Lebermetastasen wird zur systemischen palliativen Chemo- und Antikörpertherapie aufgenommen.*

HD: C20	*Bösartige Neubildung des Rektums*
ND: C78.7	*Sekundäre bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge*
PR: 8-543.--*	*Mittelgradig komplexe Chemotherapie**
6-002.92	*Bevacizumab (350 mg bis unter 450 mg)*

* die Art der Chemotherapie muss differenziert angegeben werden. Der hier gewählte Kode ist unvollständig.

5.1.13.2 – Metastasen
DKR 0201n, DKR 0215q

Bei Durchführung einer **systemischen** Chemo- oder Strahlentherapie (Radiojodtherapie oder Ganzkörperbestrahlung) muss immer das primäre Malignom als Hauptdiagnose verschlüsselt werden. Metastasen werden als Nebendiagnose zusätzlich erfasst.

Beispiel: *Ein Patient mit reseziertem Rektumkarzinom wird zur palliativen Chemotherapie der Leber- und Lungenmetastasen aufgenommen*

HD: C20	*Bösartige Neubildung des Rektums*
ND: C78.0	*Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge*
C78.7	*Sekundäre bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge*
PR: 8-543.--*	*Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie**

* die Art der Chemotherapie muss differenziert angegeben werden. Der hier gewählte Kode ist unvollständig.

Ein Lymphom wird, unabhängig von der Anzahl der betroffenen Gebiete, nicht als metastatisch betrachtet und wird überwiegend mit Kodes der ICD-Gruppe C81-C88 kodiert. Dies gilt auch für Lymphome, die als „extranodal" ausgewiesen werden (z.B. Magen).

Kodes für sekundäre Neubildungen an Lymphknoten und Organen (C77.-, C78.-, C79.0-2, C79.4 und C79.6-9) werden beim Lymphom nicht zusätzlich verschlüsselt.
Allerdings bilden hier die Meningeosis an Gehirn und Hirnhäuten sowie Knochenmarksherde bei malignen Lymphomen eine Ausnahme.

C79.3 *Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute Meningeosis bei Neoplasien des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes*

C79.5 *Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarks Knochen(mark)herde bei malignen Lymphomen*

Erfolgt die Aufnahme nur zur Behandlung der Metastasen, sind diese als Hauptdiagnose anzugeben. Der Primarius ist, sofern bekannt, als Nebendiagnose zu kodieren. Dies gilt auch, wenn der Primarius bereits reseziert ist, da der Patient nach wie vor wegen dieses Malignoms behandelt wird. Ist die Lokalisation des Tumors unbekannt, ist ein Kode aus:

C80.- *Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation*

zu kodieren.

Beispiel: *Ein Patient wird zur Behandlung von Lebermetastasen stationär aufgenommen (TACE). Drei Monate zuvor war ein Karzinom am Kolon transversum operativ entfernt worden.*

HD: C78.7	*Sekundäre bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge*
ND: C18.4	*Bösartige Neubildung der Kolons, Colon transversum*
PR: 8-836.9a	*Selektive Embolisation mit embolisierenden Flüssigkeiten: Gefäße viszeral*
8-83b.2x	*Zusatzinformationen zu Materialien: Art der Flüssigkeiten zur selektiven Embolisation: Sonstige Flüssigkeiten*
8-541.6	*Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren: arteriell*

5.1.13.3 – Lokalisation
DKR 0206a

Sofern sich die Ausbreitung von einem bekannten Primärtumor auf ein Nachbarorgan oder Gebiet (z.B. vom Darm auf die Blase oder vom Jejunum zum Ileum) fortsetzt, wird nur der Primärtumor kodiert. Ein Kode für eine Metastasierung wird nicht zugewiesen.

Eine Neubildung, die die Grenzen von zwei oder mehr Subkategorien innerhalb einer dreistelligen Kategorie überragt und deren Herkunftsgebiet nicht festgestellt werden kann, wird in den meisten Fällen der vierstelligen Subkategorie „8“ („mehrere Teilbereiche überlappend“) zugeordnet.

Die ICD-10-GM stellt für bestimmte maligne Neoplasmen, deren Herkunftspunkt nicht festgestellt werden kann und deren angegebene Orte zwei oder mehr dreistellige Kategorien überragen, u.a. folgende Kodes zur Verfügung:

C02.8	*Zunge, mehrere Teilbereiche überlappend*
C08.8	*Große Speicheldrüsen, mehrere Teilbereiche überlappend*
C14.8	*Lippe, Mundhöhle und Pharynx, mehrere Teilbereiche überlappend*
C15.8	*Ösophagus, mehrere Teilbereiche überlappend*
C16.8	*Magen, mehrere Teilbereiche überlappend*
C17.8	*Dünndarm, mehrere Teilbereiche überlappend*
C18.8	*Kolon, mehrere Teilbereiche überlappend*
C21.8	*Rektum, Anus und Analkanal, mehrere Teilbereiche überlappend*
C24.8	*Gallenwege, mehrere Teilbereiche überlappend*
C25.8	*Pankreas, mehrere Teilbereiche überlappend*
C26.8	*Verdauungssystem, mehrere Teilbereiche überlappend*
C34.8	*Bronchus und Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend*
C39.8	*Atmungsorgane und sonstige intrathorakale Organe, mehrere Teilbereiche überlappend*
C41.8	*Knochen und Gelenkknorpel, mehrere Teilbereiche überlappend*
C49.8	*Bindegewebe und andere Weichteilgewebe, mehrere Teilbereiche überlappend*
C57.8	*Weibliche Genitalorgane, mehrere Teilbereiche überlappend*
C68.8	*Harnorgane, mehrere Teilbereiche überlappend*
C72.8	*Gehirn und andere Teile des Zentralnervensystems, mehrere Teilbereiche überlappend*

Ein Neoplasma, das sich über mehrere Nachbargebiete (grenzübergreifend) erstreckt und dessen Ursprungsort nicht bestimmbar ist, sollte mit:

C76.-	*Malignes Neoplasma sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisation*

kodiert werden.

Die Verwendung dieser Kategorie ist nur dann zulässig, wenn keine spezifische Information bezüglich der Art des Neoplasmas (z.B. malignes Neoplasma des Thorax) verfügbar ist.
Erfüllt mehr als ein maligner Primarius die Definition der Hauptdiagnose, wird anhand des Ressourcenverbrauchs entschieden, welcher der Tumoren als Hauptdiagnose kodiert wird, der zweite Primarius, wie auch der Kode:

C97! *Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen*

werden als Nebendiagnosen bzw. Sekundärkode zugefügt. Der Sekundärkode wird auch dann verwendet, wenn nicht beide Primärtumoren die Hauptdiagnose-Kriterien erfüllen.
Der Kode C80.0 (Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet) sollte nur verwandt werden, wenn das Malignom als „disseminierte Karzinomatose" oder „generalisiertes Malignom" (oder wie in der Einschlussliste der ICD für die Kategorie C80.9 aufgelistet) beschrieben wird und die spezifischen Gebiete nicht spezifischer dokumentierbar sind. In Fällen, in denen Metastasen abgrenzbar sind, sollten diese gesondert kodiert werden.
Für die Fälle, bei denen die Lokalisation einer sekundären bösartigen Neubildung nicht bestimmt werden kann, steht folgender Kode zur Verfügung:

C79.9 *Sekundäre bösartige Neubildung nicht näher bezeichneter Lokalisation*

Explizit ausgenommen wird hier allerdings die disseminierte maligne Neoplasie, ohne Angabe eines Primärtumors (s.o. C80.-).

5.1.13.4 – Malignom in der Eigenanamnese
DKR 0209d
Die Kodes in der Kategorie:

Z85.-	*Bösartige Neubildung in der Eigenanamnese*

sollten nur zugewiesen werden, wenn die Behandlung des Malignoms und dessen (Spät-)Metastasen als beendet betrachtet werden kann. Kodes der ICD-Kategorie Z85.- dürfen niemals als Hauptdiagnose angegeben werden. Um als Nebendiagnose verschlüsselt zu werden, müssen die Kriterien einer Nebendiagnose (s. 4.2.3) erfüllt sein (z.B. verändertes therapeutisches Vorgehen wegen Malignomanamnese).
Bei einer Follow-Up-Untersuchung wird ein Patient zur Nachuntersuchung aufgenommen, bei dem die Behandlung des Tumors als abgeschlossen gilt. Dementsprechend ist, wenn kein Rezidiv oder eine Metastase gefunden wird, kein Kode für eine bösartige Erkrankung zu verschlüsseln.
Stattdessen sollte ein Kode der ICD-Kategorie:

Z08.-	*Nachuntersuchung nach Behandlung wegen bösartiger Neubildung*

als Hauptdiagnose angegeben werden. Ein passender Kode der ICD-Kategorie Z85.- wird als Nebendiagnose ergänzt.

Beispiel: *Ein Patient wird zur Follow-Up-Untersuchung nach chirurgischer Entfernung eines Rektumkarzinoms auf genommen. Es finden sich weder Metastasen noch ein Rezidiv.*
HD: Z08.0 *Nachuntersuchung nach chirurgischem Eingriff bei bösartiger Neubildung*
ND: Z85.0 *Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane in der Eigenanamnese*
PR: 1-650.1 *Diagnostische Koloskopie: Total bis Zäkum*

Beispiel: *Ein Patient wird zur Follow-Up-Untersuchung nach chirurgischer Entfernung eines Rektumkarzinoms auf genommen. Bei der Kontrolluntersuchung findet sich ein Rezidiv.*
HD: C20 *Bösartige Neubildung des Rektums*
PR: 1-650.1 *Diagnostische Koloskopie: Total bis Zäkum*

Ein Rezidiv wird stets wie ein Primärtumor verschlüsselt. Kodes für sekundäre bösartige Neubildungen (C77-C79) sind für Rezidive nicht zuzuweisen. Es sei denn, es handelt sich nicht um ein Lokalrezidiv, sondern um Metastasen.

5.1.13.5 – Komplikationen o. Symptome maligner Erkrankungen DKR D002f

Wenn der Patient sich mit einem Symptom vorstellt und während der Behandlungsphase die zugrunde liegende Erkrankung identifiziert wird, dann wird die zugrunde liegende Erkrankung als Hauptdiagnose verschlüsselt. Entspricht das Symptom den Nebendiagnosekriterien, kann es zusätzlich kodiert werden. Sofern sich ein Patient mit einem Symptom oder einer Komplikation vorstellt und die zugrunde liegende Erkrankung zum Zeitpunkt der Aufnahme bekannt ist, dann wird, sofern nur das Symptom behandelt wird, das Symptom als Hauptdiagnose kodiert und die zugrunde liegende Erkrankung als Nebendiagnose angegeben.

Beispiel 1: *Ein Patient mit palliativ operiertem Kolonkarzinom entwickelt nach Chemotherapie eine Diarrhoe. Die Dehydratation wird mit Infusionen nach erneuter stationärer Aufnahme behandelt.*

HD: K52.1	*Toxische Gastroenteritis und Kolitis*
ND: C18.6	*Bösartige Neubildung des Kolons: Colon descendens*
E86	*Volumenmangel*

Der Volumenmangel wird aufgrund einer speziellen Kodierrichtlinie (DKR 1107a) zusätzlich als Nebendiagnose angegeben. Wird aber auch die Grundkrankheit lokal (z.B. Stent) oder systemisch (Chemotherapie) behandelt, so wird die zugrunde liegende Erkrankung als Hauptdiagnose kodiert.

Beispiel 2: *Beim Patienten aus Beispiel 1 wird zusätzlich ein Lokalrezidiv gefunden, das endoskopisch mit einer Laserkoagulation behandelt wird.*

HD: C18.6	*Bösartige Neubildung des Kolons: Colon descendens*
ND: K52.1	*Toxische Gastroenteritis und Kolitis*
E86	*Volumenmangel*
PR: 5-452.81	*Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Destruktion, endoskopisch: Laserkoagulation, Push-Technik*

Ausnahmen stellen Kreuz-Stern-Verschlüsselungen dar. Hier wird die Komplikation/Manifestation zusammen mit der zugrunde liegenden Erkrankung in einer festgelegten Diagnosekombination verschlüsselt (s. auch 4.3.8).

Beispiel 3: *Ein Patient mit bekanntem Kolonkarzinom wird aufgrund einer Tumoranämie ausschließlich mit Bluttransfusionen behandelt (3 Konserven).*

HD: C18.6†	*Bösartige Neubildung des Kolons: Colon descendens*
D63.0*	*Anämie bei Neubildungen*
PR: 8-800.c0	*Erythroztenkonzentrat, 1TE bis unter 6 TE*

Eine zytostatikainduzierte Anämie wird mit dem Kode:

D61.10 *Aplastische Anämie infolge zytostatischer Therapie*

verschlüsselt. Der Kode D63.0* ist hier nicht zuzuweisen.

5.1.13.6 – Nebenwirkungen der zytostatischen Therapie

D90	*Immunkompromittierung nach Bestrahlung, Chemotherapie und sonstigen immunsuppressiven Maßnahmen*
K12.3	*Orale Mukositis (ulzerativ)*
K91.80	*Generalisierte Mukositis bei Immunkompromittierung*
D70.1-	*Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie*
0	*Kritische Phase unter 4 Tage**
1	*Kritische Phase 10 Tage bis unter 20 Tage**
2	*Kritische Phase 20 Tage und mehr**
3	*Kritische Phase 4 Tage bis unter 7 Tage**
4	*Kritische Phase 7 Tage bis unter 10 Tage**
8	*Sonstige Verlaufsformen 9 n.n.bez.*
D52.1	*Arzneimittelinduzierte Folsäuremangelanämie*
D61.10	*Aplastische Anämie infolge zytostatischer Anämie*
D69.52	*Sekundäre Thrombozytopenie: Heparin induziert Typ I*
D69.53	*Sekundäre Thrombozytopenie: Heparin induziert Typ II*
D69.57	*Sonstige sekundäre Thrombozytopenie als transfusionsrefraktär bezeichnet*
D69.58	*Sonstige sekundäre Thrombozytopenie als nicht transfusionsrefraktär bezeichnet*

* gemeint ist die kritische Phase der Agranulozytose bei einer Neutropenie mit <500/Mikroliter oder einer Leukopenie mit <1000/Mikroliter

5.1.13.7 – Familiäre adenomatöse Polypose
Die Kodierung erfolgt je nach Familienanamnese:

HD: D12.6 *Gutartige Neubildung: Kolon, n.n.bez.*
ND: Z83.7 *Krankheiten des Verdauungssystems in der Familienanamnese*

Sofern bei den Angehörigen bereits ein Malignom diagnostiziert wurde, ist wie folgt zu kodieren:

HD: D12.6 *Gutartige Neubildung: Kolon, n.n.bez.*
ND: Z80.0 *Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane in der Familienanamnese*

5.1.13.8 – Hereditäres nichtpolypöses Kolonkarzinom (HNPCC)
Ein hereditäres nichtpolypöses Kolonkarzinom (HNPCC) wird wie folgt kodiert:

HD: C18.- *Bösartige Neubildung des Kolons*
ND: Z80.0 *Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane in der Familienanamnese*

5.1.14 – Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

Nachfolgend werden relevante ICD-Kodes für chronisch entzündliche Darmerkrankungen vorgestellt. Bei der Kodierung sind auch eventuell durchgeführte therapeutische Leistungen zu beachten.

Morbus Crohn:
K50.0 *Crohn-Krankheit des Dünndarmes*
K50.1 *Crohn-Krankheit des Dickdarmes*
K50.8- *Sonstige Crohn-Krankheit*
K50.80 *Crohn-Krankheit des Magens*

Morbus Crohn (Fortsetzung)
K50.81 *Crohn-Krankheit der Speiseröhre*
K50.82 *Crohn-Krankheit der Speiseröhre und des Magen-Darm-Traktes, mehrere Teilbereiche betreffend (Crohn-Krankheit des Dünn- und Dickdarmes)*
K50.88 *Sonstige Crohn-Krankheit*
K50.9 *Crohn-Krankheit, n.n.bez.*
Colitis ulcerosa:
K51.0 *Ulceröse (chronische) Pankolitis (inkl. subtotaler Colitis und back-wash-Ileitis)*
K51.2 *Ulceröse (chronische) Proktitis*
K51.3 *Ulceröse (chronische) Rektosigmoiditis*
K51.4 *Inflammatorische Polypen des Kolons*
K51.5 *Linksseitige Kolitis*
K51.8 *Sonstige Colitis ulcerosa*
K51.9 *Colitis ulcerosa, n.n.bez.*
Colitis indeterminata:
K52.30 *Pancolitis indeterminata*(inkl. subtotaler Colitis*
K52.31 *Linksseitige Colitis indeterminata**
K52.32 *Colitis indeterminata des Rektosigmoiditis**
K52.38 *Sonstige Colitis indeterminata**
* für diese Kodes werden die Colitis ulcerosa (K51.-) und der M. Crohn (K50.-) explizit als Exklusivum aufgeführt.

Häufige relevante Nebendiagnosen bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen:

M07.4-* *Arthritis bei M. Crohn*
M07.5-* *Arthritis bei Colitis ulcerosa*
K56.- *Paralytischer und mechanischer Ileus ohne Hernie*
K56.6 *Dickdarm-/Dünndarmstenose*
K59.3 *Megakolon, anderenorts nicht klassifiziert*
K63.0 *Darmabszess*
K63.2 *Darmfistel (enterokutane Fistel)*
K60.3 *Analfistel (Perianale Fisteln)*

Nebendiagnosen (Fortsetzung)

K60.4	*Rektalfistel*
N32.1	*Vesikointestinalfistel (Enterovesikale Fistel)*
N82.2	*Fistel zwischen Vagina und Dünndarm*
N82.3	*Fistel zwischen Vagina und Dickdarm*
N82.4	*Sonstige Fisteln zwischen weiblichem Genital- und Darmtrakt*
K90.8	*Gallensäureverlustsyndrom*
R64	*Kachexie*
E44.-	*Energie- und Eiweißmangelernährung mäßigen und leichten Grades*
E56.-	*Sonstige Vitaminmangelzustände*
E60	*Alimentärer Zinkmangel*
E61.1	*Eisenmangel*
M80.4-	*Arzneimittelinduzierte Osteoporose mit Fraktur*
M81.4	*Arzneimittelinduzierte Osteoporose ohne Fraktur*
M82.8-*	*Osteoporose bei sonstigen andernorts klassifizierten Krankheiten*
K65.-	*Peritonitis*
A41.-	*Sonstige Sepsis*
L52	*Erythema nodosum*
L88	*Pyoderma gangraenosum*
K12.1	*Stomatitis aphthosa/ulcerosa*
D50.-	*Eisenmangelanämie*
D51.8	*Sonstige Vitamin B12-Magelanämie*
D52.8	*Sonstige Folsäuremangelanämie*
D90	*Immunkompromittierung*
B25.80†	*Infektion des Verdauungstraktes durch Zytomegalieviren*

Bei Infektionen im Rahmen einer Immunsuppression (durch Steroide, Immunsuppressiva oder Biologika) wird die D90 angegeben. Dies führt z.B. bei einer ambulant erworbenen Pneumonie dazu, dass kein QS-Bogen angelegt werden muss. Die Superinfektion mit Zytomegalie wird über die Kreuz-Stern-Systematik verschlüsselt. Hierbei gibt die B25.80† die Infektion des Verdauungs-

traktes durch Zytomegalieviren an, die Manifestation wird zusätzlich durch die K93.8* für die Gastritis, Duodenitis, Ileitis oder Kolitis sowie die K23.8* für die Ösophagitis vervollständigt. Für die Applikation von Adalimumab oder Infliximab existieren eigene, die kumulative Dosis definierende Kodes.

5.1.15 – Palliativbehandlung

Eine Palliativbehandlungs-Phase ist gegeben, wenn die Erkrankung eines Menschen über das Stadium, in dem kurative Behandlung möglich ist, fortgeschritten ist oder in den Fällen, in denen sich eine Person gegen eine kurative Behandlung entscheidet. Die Palliation trägt zur Leidensverminderung und Verbesserung der Lebensqualität eines solchen Menschen bei. Interventionen wie Radiotherapie, Chemotherapie und chirurgische Eingriffe werden als Teil der palliativen Behandlungsphase betrachtet, sofern sie speziell zur symptomatischen Abhilfe eingesetzt werden. Dabei ist die Palliativbehandlung in Deutschland nicht gebunden an spezialisierte Einrichtungen. Sie beinhaltet Pflege:

- auf einer Palliativ-Station;
- in einem bestimmten Palliativpflege-Programm; oder
- unter der hauptsächlichen klinischen Leitung eines Palliativ-Mediziners oder mit der Annahme eines behandelnden Arztes, in der hauptsächlichen klinischen Absicht einer Palliativpflege zu handeln.

Die durch Palliativbehandlungs-Spezialisten angebotenen Dienste schließen ein:

- klinische Beratung/Betreuung
- persönliche Betreuung
- psychische/emotionale Unterstützung/Beratung
- häusliche Pflege/Unterstützung
- Schulung
- Fallmanagement/Pflegekoordination

Als Hauptdiagnose wird die Grunderkrankung verschlüsselt, aus der die relativ verkürzte Prognose als Folge hervorgeht.

Beispiel: *Ein Pat. mit einem stenosierenden Ösophagus-Karzinom im Endstadium wird zur Ernährung über eine Magensonde aufgenommen.*

HD: C15.0	*Bösartige Neubildung des Ösophagus: Zervikaler Ösophagus*
PR: 8-982.1	*Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage*
8-017.0	*Enterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage*

Für die Palliativmedizinische Komplexbehandlung gibt es von der Behandlungsdauer abhängiges Prozedurenkodes (OPS-Klassen 8-982.-/8-98e). Um diese kodieren zu können, müssen allerdings bestimmte strenge Voraussetzungen erfüllt sein.

5.1.16 – Zystische Fibrose

DKR 0403d

Unabhängig von der Manifestation, die den Grund der Aufnahme darstellt, sollte allen Fällen mit einer zystischen Fibrose einer der folgenden Hauptdiagnose-Kodes zugewiesen werden:

E84.0	*Zystische Fibrose mit Lungenmanifestation*
E84.1	*Zystische Fibrose mit Darmmanifestation*
E84.80	*Zystische Fibrose mit Lungen- und Darmmanifestation*
E84.87	*Zystische Fibrose mit sonstigen multiplen Manifestationen*
E84.88	*Zystische Fibrose mit sonstigen Manifestationen*
E84.9	*Zystische Fibrose, n.n.bez.*

Steht z.B. die Darmmanifestation bei einem Patienten mit zystischer Fibrose mit Lungen- und Darmmanifestation im Vordergrund, wird nicht die E84.80 kodiert, sondern die Darmmanifestation als Hauptdiagnose (E84.1), die Lungen-

manifestation als Nebendiagnose (E84.0). Die spezifischen Manifestationen sollten als Neben- oder Sekundär(Stern-)diagnosen zugewiesen werden. Bei Aufnahmen, die nicht die zystische Fibrose betreffen (z.B. Fraktur), wird die zystische Fibrose als Nebendiagnose kodiert (sofern Kriterien erfüllt sind).

5.1.17 – Antiinfektivaresistenzen

Antiinfektivaresistenzen sind als Sekundärkode dem Kode der Infektionserkrankung (Primärkode) zuzuordnen.
Für die Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern existiert ein spezifischer OPS-Kode.

U80.00! *Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Oxacillin oder Methicillin [MRSA]*
U80.01! *Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika, Chinolone, Streptogramine oder Oxazolidinone und ohne Resistenz gegen Oxacillin oder Methicillin*
U80.10! *Streptococcus pneumoniae mit Resistenz gegen Penicillin oder Oxacillin*
U80.11! *Streptococcus pneumoniae mit Resistenz gegen Makrolid-Antibiotika, Oxazolidinone oder Streptogramine und ohne Resistenz gegen Penicillin oder Oxacillin*
U80.20! *Enterococcus faecalis mit Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika*
U80.21! *Enterococcus faecalis mit Resistenz gegen Oxazolidinone oder mit High-Level-Aminoglykosid-Resistenz und ohne Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika*
U80.30! *Enterococcus faecium mit Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika*
U80.31! *Enterococcus faecium mit Resistenz gegen Oxzolidinone oder Streptogramine oder mit High-Level-Aminoglykosid-Resistenz und ohne Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika*
U81! *Bakterien mit Multiresistenz gegen Antibiotika (Sensitivität gegen nicht mehr als 2 Antibiotika-Substanzgruppen nachweisbar)*

Antiinfektivaresistenzen (Fortsetzung)

U82.-!	*Mykobakterien mit Resistenz gg. Antituberkulotika*
U83!	*Candida mit Resistenz gegen Fluconazol oder Voriconazol*
U84!	*Herpesviren mit Resistenz gegen Virustatika*
U85!	*Humanes Immundefizienz-Virus mit Resistenz gegen Virustatika oder Proteinaseinhibitoren*

Beispiel: *Sepsis mit MRSA**

HD: A41.0	*Sepsis durch Staphylococcus aureus*
U80.0!	*Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Oxacillin, Glykopeptid-Antibiotika, Chinolone, Streptogramine und Oxazolidine*

* Ggfs. ist auch die Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern zu kodieren.

5.2 – Zusätzliche Kodierhilfen

5.2.1 – Im Krankenhaus erworbene Pneumonie

Zur Abgrenzung von ambulant erworbenen Pneumonien sind zum Zwecke der externen Qualitätssicherung folgende Sekundärkodes dem ICD-Kode für die Pneumonie zuzuordnen:

U69.01	*Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie, die mehr als 48 Stunden nach Aufnahme auftritt*
U69.02	*Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie, die entweder bei Aufnahme besteht oder innerhalb von 48 Stunden nach Aufnahme auftritt, bei bekannter, bis zu 28 Tage zurückliegender Hospitalisierung*
U69.03	*Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie, die entweder bei Aufnahme besteht oder innerhalb von 48 Stunden nach Aufnahme auftritt, bei bekannter, 29 bis zu 90 Tage zurückliegender Hospitalisierung*

Unter einer im Krankenhaus erworbenen Pneumonie versteht man eine Pneumonie, deren Symptome und Befunde die CDC-Kriterien erfüllen und frühestens 48 Stunden nach Aufnahme in ein Krankenhaus auftreten oder sich innerhalb von 28 Tagen nach Entlassung aus einem Krankenhaus manifestieren.
Die Kodierung bedeutet nicht automatisch, dass ein kausaler Zusammenhang zwischen der medizinischen Behandlung und dem Auftreten der Infektion existiert, es ist auch kein Synonym für ärztliches oder pflegerisches Verschulden. Die Schlüsselnummer ist nur von Krankenhäusern, die zur externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V verpflichtet sind und nur für vollstationäre Fälle anzugeben.

5.2.2 – Grippe durch bestimmte Influenzaviren

Für die Grippe durch Influenzaviren mit besonderer epidemiologischer Relevanz, der Influenza A/H1N1 Pandemie 2009 (Schweinegrippe) und der Influenza AH5N1 Epidemie (Vogelgrippe) stehen mit der Version folgende Abbildungsmöglichkeiten zur Verfügung:

J09 *Grippe durch bestimmte nachgewiesene Influenzaviren*

Zusätzlich soll für epidemiologische Zwecke eine Schlüsselnummer angegeben werden, um das Vorliegen eines bestimmten Virusstammes anzugeben:

U69.20! *Influenza A/H1N1 Pandemie 2009 [Schweinegrippe]*
U69.21! *Influenza AH5N1 Epidemie [Vogelgrippe]*

Sollen eine Pneumonie oder andere Manifestationen angegeben werden, ist ein zusätzlicher Kode aus der entsprechenden Kategorie zu wählen.

5.2.3 – Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom (SIRS)

Die folgenden Sekundär-(Ausrufezeichen-)kodes sind der Sepsis oder der ein SIRS-auslösenden, nichtinfektiösen Grunderkrankung zuzuordnen. Zur Angabe von Organkomplikationen, Erregern und deren Resistenzlage sind zusätzliche Schlüsselnummern zu verwenden. Eine nähere Definition der Kriterien der Anwendung der SIRS-Kodes ist auf der Homepage des DIMDI zu finden (*https://www.dimdi.de/static/.downloads/deutsch/maticd-sirs-def-2007-1007.pdf*).

R65.0!	*Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom infektiöser Genese ohne Organkomplikationen*
R65.1!	*Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom infektiöser Genese mit Organkomplikationen*
R65.2!	*Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom nichtinfektiöser Genese ohne Organkomplikationen*
R65.3!	*Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom nichtinfektiöser Genese mit Organkomplikationen*
R65.9!	*Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom n.n.bez*

Einzelne Organkomplikationen sind ggf. zusätzlich zu kodieren:

N17.9	*Akutes Nierenversagen, n.n.bez. (ohne Vorliegen eines histologischen Befundes)*
I21.4	*Akuter subendokardialer Myokardinfarkt (NSTEMI)*
F05.0	*Delir ohne Demenz*
D69.57	*Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, als transfusionsrefraktär bezeichnet*
D69.58	*Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet*
D65.1	*Disseminierte intravasale Gerinnung [DIG, DIC]*
J96.00	*Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert. Typ I [hypoxisch]*

J96.01	*Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert. Typ II [hyperkapnisch]*
E87.2	*Azidose*
I95.8	*Sonstige Hypotonie*
R57.2	*Septischer Schock*

Peritonitis, Pneumonie, Harnwegsinfekt) zusätzlich zum Sepsiskode kodiert werden.

5.2.4 – Relevante Nebenwirkungen der Steroidtherapie/Immunsuppressiva

Sofern relevant für den stationären Aufenthalt (s. Definition Nebendiagnose 4.2.3), sollten Nebenwirkungen der Steroidtherapie/Immunsuppressiva verschlüsselt werden:

E24.2	*Arzneimittelinduziertes Cushing-Syndrom*
G72.0	*Arzneimittelinduzierte Myopathie*
M81.4-	*Arzneimittelinduzierte Osteoporose*
M80.4-	*Arzneimittelinduzierte Osteoporose mit pathologischer Fraktur*
E10-E13 +Y57.9!	*Arzneimittelinduzierte Entgleisung eines Diabetes mellitus (5. Stelle: .x1 „als entgleist bezeichnet“)*
E13	*Steroidinduzierter Diabetes mellitus*

Bei einer Infektion, die wegen einer Immunsuppression auftrat oder in ihrem Verlauf durch die Immunsuppression beeinflusst wurde, sollte neben den spezifischen Schlüsseln zur Kodierung der Infektion auch die Immunsuppression mit folgendem Kode angegeben werden:

D90	*Immunkompromittierung n. Bestrahlung, Chemotherapie und sonstigen immunsuppressiven Maßnahmen*

Kann eine manifeste Neutropenie nachgewiesen werden, ist ein Kode aus der Kategorie D70.1-(Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie) zu verwenden.

D70.10 *Kritische Phase unter 4 Tage*
D70.11 *Kritische Phase 10 Tage bis unter 20 Tage*
D70.12 *Kritische Phase 20 Tage und mehr*
D70.13 *Kritische Phase 4 Tage bis unter 7 Tage*
D70.14 *Kritische Phase 7 Tage bis unter 10Tage*
D70.18 *Sonstige Verlaufsformen der arzneimittelinduzierten Agranulozytose und Neutropenie*
D70.19 *Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie, n.n.bez.*

Als kritische Phase gilt die Zeit, in der die Anzahl der neutrophilen Granulozyten weniger als 500/µl Blut beträgt oder die Anzahl der Leukozyten weniger als 1000/µl Blut.

5.2.5 – Wechsel d. Therapieregimes aufgrund v. NW

Bei stationärer Aufnahme zur Umstellung auf eine neue Therapie wegen Nebenwirkungen der bisherigen Therapie sollte neben der Grunderkrankung, die als Hauptdiagnose kodiert wird, der Schlüssel:

Y57.9! *Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen*

als Sekundärkode der Nebenwirkung zugeordnet werden. Dabei ist es nicht notwendig, dass die Nebenwirkungen während des stationären Aufenthaltes aufgetreten sind.

5.2.6 – Funktionseinschränkungen

Funktionseinschränkungen können als Sekundärkode zusätzlich zur Grunderkrankung dokumentiert werden. Dabei ist zu beachten, dass die entsprechenden standardisierten Testverfahren

(motorischer FIM, oder (erweiterter) Barthel-Index) innerhalb der ersten fünf stationären Behandlungstage eingesetzt worden sein müssen. Hier wird der innerhalb dieser Zeit höchste ermittelte Punktwert verschlüsselt. Werden die Funktionseinschränkungen von mehreren unterschiedlichen Erkrankungen verursacht, sollte der Kode für die Funktionseinschränkung der führenden Erkrankung zugeordnet werden. Die entsprechenden Kodes finden sich in den folgenden ICD-Kategorien:

U50.--! *Motorische Funktionseinschränkungen*
U51.--! *Kognitive Funktionseinschränkungen*
U52.-! *Frührehabilitations-Barthel-Index*

Der Kode

R26.3 *Immobilität*

umfasst das Angewiesen sein auf einen (Kranken-) Stuhl wie auch die Bettlägerigkeit. Die Durchführung eines standardisierten Testverfahrens ist hier nicht notwendig.

5.2.7 – Häufige relevante Komorbiditäten (internist. Pat.)

5.2.7.1 – Hypertonie

DKR 0904d, 0905d , 0906d

I10.0- *Benigne essentielle Hypertonie*
I10.1- *Maligne essentielle Hypertonie*
I10.9- *Essentielle Hypertonie, n.n.bez.*
I11.0- *Hypertensive Herzkrankheit mit Herzinsuffizienz*
I11.9- *Hypertensive Herzkrankheit ohne Herzinsuffizienz*
I12.0- *Hypertensive Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz*
I12.9- *Hypertensive Nierenkrankheit ohne Niereninsuffizienz*
I13.0- *Hypertensive Herz-/Nierenkrankheit mit Herzinsuffizienz*

I13.1- *Hypertensive Herz-/Nierenkrankh. m. Niereninsuffizienz*
I13.2- *Hypertensive Herz-/Nierenkrankh. m. Herz-/Niereninsuffizienz*
I13.9- *Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit, n.n.bez.*
I15.0- *Renovaskuläre Hypertonie*
I15.1- *Hypertonie als Folge von sonstigen Nierenkrankheiten*
I15.2- *Hypertonie als Folge von endokrinen Krankheiten*
I15.8- *Sonstige sekundäre Hypertonie*
I15.9- *Sekundäre Hypertonie, n.n.bez.*

Folgende fünfte Stelle ist stets anzugeben:

0 *Ohne Angabe einer hypertensiven Krise*
1 *Mit Angabe einer hypertensiven Krise*

Wenn eine Herzerkrankung in einem kausalen Zusammenhang zur Hypertonie steht, wird ein entsprechender Kode für die Herzerkrankung (z.B. ICD-Kategorien I50/I51) und zusätzlich der Hypertonie-Kode (I11.-) verschlüsselt. Gleiches gilt bei kausalem Zusammenhang von Nierenerkrankung und Hypertonie. Hier wird die Nierenerkrankung (z.B. ICD-Kategorie N18) und zusätzlich der entsprechende Hypertonie-Kode (I12.-) verschlüsselt! Analoges gilt für kombiniert auftretende hypertensive Herz- und Nierenerkrankungen (I13).

5.2.7.2 – Atherosklerotische Herzkrankheit (KHK)

I25.10 *Ohne hämodynamisch wirksame Stenosen*
I25.11 *Ein-Gefäß-Erkrankung*
I25.12 *Zwei-Gefäß-Erkrankung*
I25.13 *Drei-Gefäß-Erkrankung*
I25.14 *Stenose des linken Hauptstammes*
I25.15 *Mit stenosierten Bypass-Gefäßen*
I25.16 *Mit stenosierten Stents*
I25.19 *N.n.bez.*

5.2.7.3 – Diabetes mellitus

Der Diabetes wird stets mit einem fünfstelligen Kode dokumentiert. Dabei beschreiben die ersten drei Stellen den Diabetestyp. Der pankreoprive Diabetes bei chronischer Pankreatitis wird unabhängig von der primären Insulinpflichtigkeit mit E13 verschlüsselt.

E10	*Diab. mellitus (Typ 1)*
E11	*Diab. mellitus (Typ 2)*
E12	*Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]*
E13	*Sonstiger näher bezeichneter Diab. mellitus*
E14	*Nicht näher bezeichneter Diab. mellitus*

Die vierte Stelle mögliche Komplikationen des Diabetes:

.0	*Mit Koma*
.1	*Mit Ketoazidose*
.2	*Mit Nierenkomplikationen*
.3	*Mit Augenkomplikationen*
.4	*Mit neurologischen Komplikationen*
.5	*Mit peripheren vaskulären Komplikationen*
.6	*Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen*
.7	*Mit multiplen Komplikationen*
.8	*Mit n.n. bez. Komplikationen*
.9	*Ohne Komplikationen*

Die fünfte Stelle gibt Auskunft über die Stoffwechsellage:

0	*Nicht als entgleist bezeichnet*
1	*Als entgleist bezeichnet*
2*	*Mit sonstigen multiplen Komplik., nicht als entgleist bez.*
3*	*Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bez.*
4*	*Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bez.*
5*	*Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bez.*

* Die fünften Stellen 2-5 sind ausschließlich mit der Subkategorie .7 bei den Kategorien E10-E14 zu benutzen.

Soll der Diabetes als Hauptdiagnose kodiert werden, so richtet sich die Kodierung der vierten Stelle danach, ob eine Komplikation oder die Grunderkrankung Diabetes behandelt wird. Wird der Diabetes behandelt, wird je nach Anzahl von vorliegenden Komplikationen eine der drei vierten Stellen verwendet:

.9	*Ohne*
.6	*Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen*
.7	*Mit multiplen Komplikationen*

Wird bei einer bekannten Komplikation nur der Diabetes behandelt, so muss trotz besserer medizinischer Kenntnis an vierter Stelle nur die „.6“ kodiert werden.
Die Behandlung einer spezifischen Komplikation muss an vierter Stelle des ICD-Kodes auch spezifisch kodiert werden. Wenn multiple Komplikationen vorlagen, darf in diesem Falle nicht die „.7“ verwendet werden.
Die Komplikationen selbst werden in der Regel über einen Sternkode dem Diabetesschlüssel zugeordnet (s. auch 4.3.8).
Die folgende Liste von Komplikationen ist nicht erschöpfend:

M14.2*	*Diabetische Arthropathie*
M14.6*	*Neuropathische Arthropathie*
G59.0*	*Diabetische Mononeuropathie*
G63.2*	*Diabetische Polyneuropathie*
G73.0*	*Myastheniesyndrome bei endokrinen Krankheiten*
G99.0*	*Autonome Neuropathie bei endokrinen und Stoffwechselkrankheiten*
I79.2*	*Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten*
N08.3*	*Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus*
H28.0*	*Diabetische Katarakt*
H36.0*	*Retinopathia diabetica*

Sofern notwendig kann ein weiterer Primärkode zur Spezifizierung der durch das Kreuz-Stern-System beschriebenen Diagnose angegeben werden (z.B. Stadium einer pAVK mit einem Kode aus der ICD-Kategorie I70.2- beim Sekundärkode I79.2*).

5.2.7.4 – Chronische obstruktive Lungenkrankheit

J44.0-	*Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege*
J44.1-	*Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, n.n.bez.*
J44.8-	*Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit*
J44.9-	*Chronische obstruktive Lungenkrankheit n.n.bez.*

Zur weiteren Differenzierung sind jeweils an fünfter Stelle zu kodieren:

0	*FEV1 < 35 % des Sollwertes*
1	*FEV1 > = 35 % und < 50 % des Sollwertes*
2	*FEV1 > = 50 % und < 70 % des Sollwertes*
3	*FEV1 > = 70 %*
9	*N.n.bez.*

5.2.7.5 – Chronische Niereninsuffizienz

N18.1	*Chronische Nierenkrankheit, Stadium 1 GFR 90 ml/min/1,73m² KÖF oder höher*
N18.2	*Chronische Nierenkrankheit, Stadium 2 GFR 60 bis unter 90 ml/min/1,73m² KÖF*
N18.3	*Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3 GFR 30 bis unter 60 ml/min/1,73m² KÖF*
N18.4	*Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4 GFR 15 bis unter 30 ml/min/1,73m² KÖF*

N18.5 *Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5 GFR unter 15 ml/ min/1,73 m² KÖF*
N18.80 *Einseitige chronische Nierenfunktionsstörung Relativ. Funktionsanteil d. betroffenen Niere < 35 %*
N18.89 *Sonstige chron. Nierenkrankheit, Stadium n.n.bez.*
N18.9 *Chronische Nierenkrankheit, n.n.bez.*

5.2.7.6 – Vorhofflattern und Vorhofflimmern

I48.0 *Vorhofflimmern, paroxysmal*
I48.1 *Vorhofflimmern, persistitierend*
I48.2 *Vorhofflimmern, permanent*
I48.3 *Vorhofflattern, typisch*
I48.4 *Vorhofflattern, atypisch*
I48.9 *Vorhofflimmern und Vorhofflattern n.n.bez.*

5.2.7.7 – Herzinsuffizienz

Rechtherzinsuffizienz:

I50.00 *Primäre Rechtsherzinsuffizienz*
I50.01 *Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz*

Linksherzinsuffizienz:

I50.11 *Ohne Beschwerden (NYHA-Stadium I)*
I50.12 *Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung (NYHA-Stadium II)*
I50.13 *Mit Beschwerden bei leichterer Belastung (NYHA-Stadium III)*
I50.14 *Mit Beschwerden in Ruhe (NYHA-Stadium IV)*
I50.19 *N.n.bez.*

5.2.7.8 – Dekubitalgeschwür

L89.0-	*Dekubitus 1. Grades*
L89.1-	*Dekubitus 2. Grades*
L89.2-	*Dekubitus 3. Grades*
L89.3-	*Dekubitus 4. Grades*
L89.9-	*Dekubitus, Grad n.n.bez.*

Folgende fünfte Stellen sind beim Dekubitus zu kodieren:

.0	*Kopf*
.1	*Obere Extremität*
.2	*Dornfortsätze*
.3	*Beckenkamm, Spina iliaca*
.4	*Kreuzbein, Steißbein*
.5	*Sitzbein*
.6	*Trochanter*
.7	*Ferse*
.8	*Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität*
.9	*Sonstige und n.n.bez.Lokalisationen*

Liegen mehrere Dekubitalgeschwüre unterschiedlichen Grades vor, müssen mehrere Kodes zur Verschlüsselung herangezogen werden.

5.2.7.9 – Adipositas

Schwere Formen der Adipositas können mit deutlichem Mehraufwand in Behandlung und Pflege einhergehen. Die Adipositas (ICD Kode E66) kann an fünfter Stelle nach dem BMI differenziert werden:

0	*Body-Mass-Index [BMI] von 30 bis unter 35*
.1	*Body-Mass-Index [BMI] von 35 bis unter 40*
.2	*Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr*
.4	*Adipositas bei Kindern und Jugendlichen von 3 Jahren bis unter 18 Jahren*
.5	*Extreme Adipositas bei Kindern und Jugendlichen von 3 Jahren bis unter 18 Jahren*

Zumindest für schwere Formen erscheint bei Mehraufwand die Kodierung als Nebendiagnose sinnvoll.

5.2.7.10 – Vernachlässigung

Vernachlässigung wird unter Beachtung der aufgeführten Exklusiva mit:

R63.6	*Ungenügende Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit infolge Vernachlässigung der eigenen Person*

kodiert. Explizit ausgenommen werden hier die Kodes für das Verhungern infolge Anorexie (R63.0), infolge Nahrungsmittelmangels (T73.0) und infolge Flüssigkeitsmangels (T73.1), ebenso die Vernachlässigung der eigenen Person o. n. A. (R46.8).

5.2.7.11 – Gastrointestinale Varizen

I85.0	*Ösophagusvarizen mit Blutung*
I85.9	*Ösophagusvarizen ohne Blutung*
I86.80	*Dünndarmvarizen*
I86.81	*Dickdarmvarizen*
I86.82	*Rektumvarizen*
I86.88	*Varizen sonst. näher bez. Lokalisationen*

Sollten Varizenblutungen (Ösophagus oder Magen) im Rahmen einer Leberzirrhose auftreten, sind die bekannten Sekundärcodes weiter zu verwenden:

I98.2* *Ösophagus- und Magenvarizen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, ohne Angabe einer Blutung*
Inkl.: Ösophagus- und Magenvarizen ohne Angabe einer Blutung bei: Leberkrankheiten (K70-K71+) (K74.-+)

I98.3* *Ösophagus- und Magenvarizen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, mit Angabe einer Blutung*
Inkl.: Ösophagus- und Magenvarizen mit Angabe einer Blutung bei: Leberkrankheiten (K70-K71+) (K74.-+)

5.2.8 – Komplikationen durch Prothesen im GI-Trakt

Differenzierte Kodes aus T85.5_ ermöglichen in 2019 eine Fehllage, Leckage, mechanische Obstruktion, Perforation, Protrusion, Verlagerung, (mechanisches) Versagen sowie Infektionen und entzündliche Reaktionen durch Gallengangsprothese oder ösophageale Antirefluxvorrichtung spezifisch zu kodieren.

T85.51 *Mechanische Komplikation …im sonstigen oberen GI*
T85.52 *Mechanische Komplikation …im unteren GI*
T85.53 *Mechanische Komplikation …in den Gallenwegen*
T85.54 *Mechanische Komplikation …im Pankreas*
T85.59 *Mechanische Komplikation …Lokalisation n.n.bez.*
T85.75 *Infektion und entzündliche Reaktion …im hepatobiliären System und im Pankreas*
T85.76 *Infektion und entzündliche Reaktion …im sonstigen GI*

6 – Verschlüsselung von Prozeduren

6.1 – Einleitung

Prozeduren werden mit der OPS-Prozedurenklassifikation in der zum Aufnahmezeitpunkt jeweils gültigen Version dokumentiert. Trotz bereits zahlreicher Überarbeitungen führt die Systematik des G-DRG-Systems 2019 immer noch in seltenen Einzelfällen dazu, dass Behandlungsfälle mit der regelrechten Verschlüsselung der **erbrachten Prozeduren in geringer bewertete G-DRGs eingruppiert werden**. Dies darf **nicht** dazu führen, dass die Kodierung der erbrachten Leistungen (mit den OPS-Kodes) unterlassen wird (strategisches Kodieren).
Neben dem administrativen Mehraufwand für alle Beteiligten erschwert das strategische Kodieren auch die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems. Nur eine gute klinische Dokumentation in Kombination mit validen Kostendaten wird dazu führen, dass das G-DRG-System sukzessive an die deutsche Behandlungswirklichkeit angepasst werden kann.

6.2 – Kodierung bei Verbringung

Von Verbringung wird gesprochen, wenn ein Krankenhaus eine Leistung von einem anderen Krankenhaus erbringen lässt und dies nicht im Rahmen einer Verlegung geschieht.
Das erbringende Krankenhaus stellt die Leistung dem in Auftrag gebenden (verbringenden) Krankenhaus in Rechnung (z.B. Konsilaruntersuchungen, Herzkatheterleistungen). Das in Auftrag gebende Krankenhaus hat daraufhin die ihm in Rechnung gestellten Leistungen im Datensatz des Falles zu dokumentieren (OPS). Dabei können DRG-Gruppierungen resultieren, die nicht dem originären Versorgungsauftrag des verbringenden Krankenhauses entsprechen.

6.3 – Seitenlokalisationsangaben

Für Prozeduren an paarigen Organen oder Körperteilen ist die Angabe einer Seitenlokalisation verpflichtend. Ein Beispiel hierfür sind Punktionen an paarigen Organen, wie z.B. die Nierenpunktion oder auch Lymphknotenpunktionen. Es wird jeweils die pro Sitzung erbrachte Leistung kodiert.

6.4 – Diagnostische Endoskopie

6.4.1 – Leistungskomplexe

Die endoskopische diagnostische Leistungserbringung lässt sich im Sinne der Kodierung in drei Leistungskomplexe unterteilen. Neben der obligat zu verschlüsselnden diagnostischen Endoskopie (beschreibt den endoskopischen Zugang; führender Eingriff) können fakultativ endoskopische Biopsien kodiert werden. Zur Kodierung der Anästhesie s.o. Werden für die Diagnostik eines Patienten unterschiedliche Zugänge, z.B. Endoskopie des oberen Verdauungstraktes und Endoskopie des unteren Verdauungstraktes gewählt, so sind diese als eigenständige Leistungskomplexe zu verschlüsseln.

6.4.2 – Führender diagnostischer endoskop. Eingriff

Bei der Verschlüsselung der Endoskopie multipler Gebiete über einen Zugang wird nur der Kode für das am tiefsten eingesehene Gebiet verwendet. Erfolgt beispielsweise eine diagnostische Jejunoskopie und eine Endoskopie des Magens, wird ausschließlich der Kode für die Jejunoskopie verschlüsselt. Die Gastroskopie wird nicht zusätzlich verschlüsselt.

1-6 Diagnostische Endoskopie
Diagnostische Endoskopie des oberen Verdauungstraktes
1-630.0 *Diagnostische Ösophagoskopie: Mit flexiblem Instrument*
1-630.1 *Diagnostische Ösophagoskopie: Mit starrem Instrument*

Diagnostische Endoskopie des oberen Verdauungstraktes (Fortsetzung)

1-631.0	*Diagnostische Ösophagoskopie bei normalem Situs*
1-631.1	*Diagnostische Ösophagoskopie bei Anastomosen an Ösophagus und Magen*
1-631.x	*Diagnostische Ösophagoskopie bei Lageanomalie*
1-632.0	*Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie (ÖGD) bei normalen Situs*
1-632.1	*Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie (ÖGD) bei Anastomosen an Ösophagus, Magen und/oder Dünndarm*
1-632.x	*Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie (ÖGD) bei Lageanomalie*
1-635.0	*Diagnostische Jejunoskopie bei normalen Situs*
1-635.1	*Diagnostische Jejunoskopie bei Anastomosen an Ösophagus, Magen und/oder Dünndarm*
1-635.x	*Diagnostische Jejunoskopie bei Lageanomalie*
1-636.0	*Diagnostische Intestinoskopie (tiefes Jejunum und Ileum), einfach (Push-Technik)*
1-636.1	*Diagnostische Intestinoskopie (tiefes Jejunum und Ileum), (Push-and-pull-backTechnik/Doppel-Ballon)*
1-636.x	*Diagnostische Intestinoskopie (tiefes Jejunum und Ileum), sonstige*
1-63a	*Kapselendoskopie des Dünndarms*
1-63b	*Chromoendoskopie des oberen Verdauungstraktes*

Diagnostische Endoskopie des oberen Verdauungstraktes über ein Stoma

1-638.0	*Diagnostische Ösophagoskopie*
1-638.1	*Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie (ÖGD)*
1-638.2	*Diagnostische Gastroskopie*
1-638.3	*Diagnostische Duodenoskopie*
1-638.4	*Diagnostische Jejunoskopie*

Diagnostische Endoskopie der Gallen- und Pankreaswege

1-640	*Diag. retrograde Darstellung d. Gallenwege (ERC)*
1-641	*Diag. retrograde Darstellung d. Pankreaswege (ERP)*

1-642 *Diag. retrograde Darstellung d. Gallen- und Pankreaswege (ERCP)*

1-645 *Zugang durch retrograde Endoskopie*
Dies ist ein ***Zusatzkode*** *zur durchgeführten ERCP und soll ausschließlich die aufgrund von Voroperationen (z.B. nach partieller Pankreatoduodenektomie, bei Roux-Y-Anastomose nach totaler oder partieller Gastrektomie) retrograd (von weiter aboral gelegenen Darmabschnitten in Richtung weiter oral gelegener Darmabschnitte) durchgeführte Endoskopie zur diagnostischen Untersuchung der Gallen- oder Pankreaswege verschlüsselt werden*

1-646 *Diagnostische Endoskopie der Gallen- und Pankreaswege bei anatomischer Besonderheit (Lage der Papille)*

1-695 *Diagnostische Endoskopie des Verdauungstraktes durch Inzision und intraoperativ*

1-695.43 *Perkutan-transhepatisch mit normalkalibrigem Cholangioskop. Hinw.: Der Außendurchmesser eines normalkalibrigen Cholangioskops beträgt mehr als 4 mm*

1-695.44 *Perkutan-transhepatisch mit kleinkalibrigem Cholangioskop. Hinw.: Der Außendurchmesser eines kleinkalibrigen Cholangioskops beträgt 4 mm oder weniger*

Diagnostische Endoskopie des unteren Verdauungstraktes

1-650.0 *Diagnostische Koloskopie: Partiell*

1-650.1 *Diagnostische Koloskopie: Total bis Zäkum*

1-650.2 *Diagnostische Koloskopie: Total mit Ileoskopie*

1-651 *Diagnostische Sigmoidoskopie*

1-653 *Diagnostische Proktoskopie*

1-654.0 *Diagnostische Rektoskopie: Mit flexiblem Instrument*

1-654.1 *Diagnostische Rektoskopie: Mit starrem Instrument*

1-655 *Chromoendoskopie des unteren Verdauungstraktes*

1-656 *Kapselendoskopie des Kolons*

1-657 *(Ileo-)Koloskopie durch Push-and-pull-back-Technick*

Diagnostische Endoskopie des Darmes über ein Stoma

1-652.0	*Ileoskopie*
1-652.1	*Koloskopie*
1-652.2	*Sigmoidoskopie*
1-652.3	*Proktoskopie*
1-652.4	*Rektoskopie*
8-100	*Fremdkörperentfernung durch Endoskopie*
8-100.6	*Durch Ösophagoskopie: Mit flexiblem Instrument*
8-100.7	*Durch Ösophagoskopie: Mit starrem Instrument*
8-100.8	*Durch Ösophagogastroduodenoskopie (ÖGD)*
8-100.9	*Durch Kolo-/Rektoskopie: Mit flexiblem Instrument*
8-100.a	*Durch Kolo-/Rektoskopie: Mit starrem Instrument*

6.4.3 – Endoskopische Biopsien

Bei Biopsien wird primär nach dem Kriterium „mit/ohne Inzision" unterschieden. Biopsien ohne Inzision finden sich in den OPS-Klassen 1-40 bis 1-49, die mit Inzision in den Klassen 1-50 bis 1-58. Eine Biopsie mit Inzision erfordert, dass das Biopsiegebiet freigelegt wird. Die vereinfachte Einführung einer Biopsienadel über einen kleinen Hautschnitt gilt klassifikatorisch nicht als Biopsie mit Inzision. Endoskopische Biopsien werden unter den Kodes „ohne Inzision" zusammengefasst (s. Inklusivum unter 142… 1-49 Biopsie ohne Inzision). Bei endoskopischen Biopsien muss die Endoskopie selbst zusätzlich kodiert werden (Kode aus 1-61 bis 1-69).

Bei endoskopischen Biopsien am Verdauungstrakt wird nur ein OPS-Kode für die Entnahme der Biopsien pro Sitzung verschlüsselt. Erfolgen mehr als 5 Biopsien bei einer Endoskopie am Verdauungstrakt, wird der Kode für Stufenbiopsien verwendet. Eine Bürstenzytologie sollte wie eine Biopsie kodiert werden.

1-44 *Biopsie ohne Inzision an den Verdauungsorganen*
Biopsie an oberem Verdauungstrakt (endoskopisch)
1-440.a *1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt*
1-440.9 *Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt (> 5 Biopsien)*
1-445 *Endosonographische Feinnadelpunktion am oberen Verdauungstrakt*
Biopsie an unterem Verdauungstrakt (endoskopisch)
1-444.7 *1 bis 5 Biopsien*
1-444.6 *Stufenbiopsie (> 5 Biopsien)*
1-446 *Endosonographische Feinnadelpunktion am unteren Verdauungstrakt*
Biopsie an hepatobiliärem System u. Pankreas (endoskopisch)
1-440.6 *Gallengänge*
1-440.7 *Sphincter Oddi und Papilla duodeni major*
1-440.8 *Pankreas*
1-447 *Endosonographische Feinnadelpunktion am Pankreas*
Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas (perkutan ohne bildgebende Verfahren)
1-441.0 *Leber*
1-441.1 *Gallenblase*
1-441.2 *Pankreas*
Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas (perkutan mit Steuerung durch bildgebende Verfahren)
1-442.0 *Leber*
1-442.1 *Gallenblase*
1-442.2 *Pankreas*
1-442.30 *Gallengänge: Nadelbiopsie*
1-442.31 *Gallengänge: Transluminal, mit Schleuse*
1-442.4 *Sphincter Oddi und Papilla duodeni major*
Biopsie an Analregion
1-449.0 *Analkanal*
1-449.1 *Analrand*
1-449.2 *Perianalregion*
Endosonographische Feinnadelpunktion am hepatobiliären System
1-448.0 *Leber*
1-448.1 *Gallengänge*

Beispiel: *Bei einem Patienten mit chronischer unklarer Diarrhoe wird eine Endoskopie des unteren Verdauungstraktes bis ins Ileum durchgeführt. Dabei werden in verschiedenen Höhen insgesamt 10 Biopsien entnommen. Die Histologie bestätigt die endoskopische Verdachtsdiagnose Colitis ulcerosa des Rektosigmoids*

HD: K51.3	*Ulzeröse (chronische) Rektosigmoiditis*
PR: 1-650.2	*Diagnostische Endoskopie des unteren Verdauungstraktes; Total, mit Ileoskopie*
1-444.6	*Stufenbiopsie bei endoskopischer Biopsie am unteren Verdauungstrakt*

6.5 – Endoskopische therapeutische Verfahren

6.5.1 – Endoskopische Destruktionen und Blutstillung

Die Kapitel 5-42 bis 5-54 des OPS-Kataloges definieren Operationen am Verdauungstrakt, die auch endoskopisch durchgeführt werden können. Bei diesen Verfahren ist regelhaft der endoskopische Zugang bereits im Kode enthalten, so dass dieser nicht separat verschlüsselt werden muss.

Folgend werden die OPS-Kodes für endoskopische Destruktionen, z.B. Destruktion von Tumorgewebe und Blutstillung organbezogen vorgestellt. Die Blutstillung wird entweder den Kapiteln „andere Operationen“ am jeweiligen Verdauungsorgan mit den entsprechenden Verfahren (z.B. endoskopisches Clippen, endoskopische Injektion) oder den Kapiteln „lokale Exzision und Destruktion“ zugeordnet. Da in letzterem Fall die Blutstillung in der Regel mittels Elektro-, Laser-, Thermo- oder Kryokoagulation spezifiziert wird und dies wiederum einer Destruktion entspricht, sollte die Prozedur in der Kodierung an der 5. Stelle entsprechend berücksichtigt werden. Die Art des Blutstillungsverfahrens wird dann an der 6. Stelle kodiert. Diese Differenzierung anhand des durchgeführten Verfahrens ist auch bei der Destruktion an den Gallengängen möglich.

Die Argonplasmakoagulation sollte als thermisches Verfahren (Thermokoagulation) kodiert werden.

Destruktion/Blutstillung im Ösophagus
5-422.50 *Elektrokoagulation*
5-422.51 *Laserkoagulation*
5-422.52 *Thermokoagulation (APC)*
5-422.53 *Kryokoagulation*
5-422.54 *Photodynamische Therapie*
5-422.55 *Radiofrequenzablation (ZE161)*
5-422.56 *Mikrowellenablation*
5-422.57 *Irreversible Elektroporation*
5-429.1 *Sklerosierung von Ösophagusvarizen*
5-429.2 *Umstechung von Ösophagusvarizen*
5-429.41 *Primäre Naht*
5-429.a *Ligatur/Banding von Ösophagusvarizen*
5-429.c *Endo-Loop*
5-429.d *Clippen Exklusiv [OTSC] Clip*
5-429.u *Endoskopische Gewebsraffung oder Gewebeverschluss mit [OTSC] Clip*
5-429.e *Injektion (inkl. Fibrinkleber)*
5-429.v *Blutstillung durch Auftragen absorbierender Substanzen*
5-429.w *Entfernung von Clips durch elektrische Desintegration*
5-299.2 *Endoskopische Schwellendurchtrennung eines Zenker-Divertikels*
Destruktion/Blutstillung im Magen
5-433.50 *Elektrokoagulation*
5-433.51 *Laserkoagulation*
5-433.52 *Thermokoagulation (APC)*
5-433.53 *Kryokoagulation*
5-433.54 *Photodynamische Therapie*
5-433.55 *Radiofrequenzablation*
5-433.56 *Mikrowellenablation*
5-433.57 *Irreversible Elektroporation*
5-449.03 *Sklerosierung von Fundusvarizen*
5-449.13 *Umstechung von Fundusvarizen*

Destruktion/Blutstillung im Magen (Fortsetzung)
5-449.53 *Umstechung eines Ulcus ventriculi*
5-449.83 *Ligatur/Banding von Fundusvarizen*
5-449.c3 *Endo-Loop*
5-449.d3 *Clippen Exklusiv [OTSC] Clip*
5-449.s3 *Endoskopische Gewebsraffung oder Gewebeverschluss mit [OTSC] Clip*
5-449.e3 *Injektion (inkl. Fibrinkleber)*
5-449.t3 *Blutstillung durch Auftragen absorbierender Substanzen*
5-449.u3 *Entfernung von Clips durch elektrische Desintegration*
Destruktion/Blutstillung an den Gallengängen
5-513.40 *Elektrokoagulation*
5-513.41 *Photodynamische Therapie*
5-513.42 *Radiofrequenzablation*
5-513.43 *Mikrowellenablation*
5-513.44 *Irreversible Elektroporation*
5-513.4x *Sonstige*
5-513.c *Blutstillung*
Destruktion/Blutstillung am Pankreasgang
5-526.4 *Destruktion*
5-526.c *Blutstillung*
Destruktion/Blutstillung im Dünndarm (u.a. Duodenum) einfach (Push-Technik)
5-451.90 *Elektrokoagulation*
5-451.91 *Laserkoagulation*
5-451.92 *Thermokoagulation (APC)*
5-451.93 *Kryokoagulation*
5-451.94 *Photodynamische Therapie*
Destruktion/Blutstillung im Dünndarm (u.a. Duodenum) (Push-and-pull-back-Technik)
5-451.a0 *Elektrokoagulation*
5-451.a1 *Laserkoagulation*
5-451.a2 *Thermokoagulation (APC)*
5-451.a3 *Kryokoagulation*
5-451.a4 *Photodynamische Therapie*

Destruktion/Blutstillung im Darm (Dünn- oder Dickdarm)
5-469.73 *Übernähung eines Ulkus*
5-469.83 *Umstechung eines Ulkus*
5-469.c3 *Endo-Loop*
5-469.d3 *Clippen Exklusiv [OTSC] Clip*
5-469.s3 *Endoskopische Gewebsraffung oder Gewebeverschluss mit [OTSC] Clip*
5-469.e3 *Injektion (inkl. Fibrinkleber)*
5-469.t3 *Blutstillung durch Auftragen absorbierender Substanzen*
5-469.u3 *Entfernung von Clips durch elektrische Desintegration*
Destruktion/Blutstillung im Rektum
5-482.31 *Elektrokoagulation*
5-482.41 *Laserkoagulation*
5-482.51 *Thermokoagulation (APC)*
5-482.61 *Kryokoagulation*
5-482.71 *Photodynamische Therapie*
5-482.c1 *Exzision und Destruktion durch Radiofrequenzablation*
5-489.0 *Ligatur (Gummiring) CAVE: Ligatur von Hämorrhoiden s.u.*
5-489.1 *Sklerosierung, peranal*
5-489.d *Clippen [OTSC] Clip*
5-489.j *Endoskopische Gewebsraffung oder Gewebeverschluss mit [OTSC] Clip*
5-489.e *Injektion (inkl. Fibrinkleber)*
5-489.k *Blutstillung durch Auftragen absorbierender Substanzen*
5-489.m *Entfernung von Clips durch elektrische Desintegration*
Destruktion/Blutstillung im Analkanal
5-492.3 *Endoskopische Destruktion*
5-499.e *Injektion (inkl. Fibrinkleber)*
5-492.x *Sonstige*
Bei Hämorrhoiden:
5-493.0 *Ligatur (Gummiring)*
5-493.1 *Sklerosierung*

6.5.2 – Endoskopische Polyp-/Mukosektomie

Polypektomien und Mukosektomien werden als endoskopische Exzision kodiert. In Abhängigkeit von der Lokalisation gibt es einen verbindlichen OPS-Kode sowohl für die Polyp als auch für die Mukosektomie (z.B. Ösophagus), einen verbindlichen OPS-Kode für beide Verfahren, jedoch verbunden mit der Möglichkeit, die Mukosektomie durch die Verwendung eines optionalen OPS-Kodes zu verschlüsseln (z.B. Magen, Dünn- und Dickdarm) oder zwei verschiedene verbindliche OPS-Kodes (z.B. Rektum). Die 5-stelligen Kodes in der nachfolgenden Tabelle kennzeichnen verbindliche OPS-Kodes. Die 6-stelligen Kodes zur differenzierteren Abbildung wurden in den amtlichen Katalog übernommen.

Ösophagus (Polyp-, Mukosektomie)
5-422.2 *Exzision*
5-422.20 *Exzision ohne weitere Maßnahmen*
5-422.21 *Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge*
5-422.22 *Polypektomie von > 2 Polypen mit Schlinge*
5-422.23 *Endoskopische Mukosaresektion*
5-422.24 *Endoskopische submukosale Dissektion [ESD]*
5-422.2x *Sonstige*

Magen (Polyp-, Mukosektomie)
5-433.2 *Exzision*
5-433.20 *Exzision ohne weitere Maßnahmen*
5-433.21 *Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge*
5-433.22 *Polypektomie von > 2 Polypen mit Schlinge*
5-433.23 *Endoskopische Mukosaresektion*
5-433.24 *Endoskopische submukosale Dissektion [ESD]*
5-433.2x *Sonstige*

Dünndarm (Polypektomie), einfach, Push-Technik

5-451.7 *Exzision*
5-451.70 *Exzision ohne weitere Maßnahmen*
5-451.71 *Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge*
5-451.72 *Polypektomie von > 2 Polypen mit Schlinge*
5-451.73 *Endoskopische Mukosaresektion*
5-451.74 *Endoskopische submukosale Dissektion [ESD]*
5-451.7x *Sonstige*

Dünndarm (Polypektomie), Push-and-pull-back-Technik

5-451.8 *Push-and-pull-back-Technik (Doppel-Ballon-Enteroskopie)*

Rektum (Polyp-, Mukosektomie)

5-482.01 *Polypektomie mit Schlinge*
5-482.11 *Submuköse Exzision*
5-482.d0 *Peranale lokale Exzision und Destruktion des Rektums: Mikrowellenablation, Peranal*
5-482.d1 *Peranale lokale Exzision und Destruktion des Rektums: Mikrowellenablation, Endoskopisch*
5-482.d2 *Peranale lokale Exzision und Destruktion des Rektums: Mikrowellenablation, Endoskopisch-mikrochirurgisch*
5-482.e0 *Peranale lokale Exzision und Destruktion des Rektums: Irreversible Elektroporation, Peranal*
5-482.e1 *Peranale lokale Exzision und Destruktion des Rektums: Irreversible Elektroporation, Endoskopisch*
5-482.e2 *Peranale lokale Exzision und Destruktion des Rektums: Irreversible Elektroporation, Endoskopisch-mikrochirurgisch*

Anus (Exzision)

5-492.2 *Endoskopische Exzision*

Papilla Vateri (Papillektomie)

5-513.30 *(Exzision an der Papille)*
5-513.31 *(Papillektomie. Exkl.: Exzision der Papilla duodeni major mit Replantation des Ductus choledochus (5-518.4 ff.))*
5-513.32 *Exzision am Gallengang*

6.5.3 – Endoskopische Magenverkleinerung

5-448.f3 *Magenplikatur*

6.5.4 – Endoskopische biliodigestive Anastomosen

Endoskopische biliodigestive Anastomosen:
5-512.03 *zum Magen*
5-512.13 *zum Duodenum*
5-512.23 *zum Jejunum*
5-512.x3 *sonstige*

6.5.5 – Endoskopische biliodigestive Diversion

Die endoskopisch-biliodigestive Diversion (Endobarrier) wurde 2014 aus den Kodes für „nicht selbstexpandierende Prothesen (inkl. Schlauchprothesen) herausgelöst, da es sich bei dem Verfahren nicht um eine „Prothese" handelt. Der OPS-Kode lautet dementsprechend auch „Endoskopisch-biliodigestive Diversion mittels Kunststoffconduit". Das Verfahren wird derzeit vornehmlich zur Stoffwechselverbesserung bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 und Adipositas eingesetzt, bei denen das individuelle Therapieziel lt. Nationaler Versorgungsleitlinie „Diabetes mellitus" nicht erreicht werden kann.

Endoskopisch-biliodigestive Diversion (Endobarrier)
5-469.q3 *Endoskopisches Einlegen oder Wechsel eines Kunststoffconduits zur biliodigestiven Diversion*
5-469.r3 *Endoskopische Entfernung eines Kunststoffconduits zur biliodigestiven Diversion*

6.5.6 – Endoskopische Stent-Implantation u. -Entfernung

6.5.6.1 – Selbstexpandierende Prothesen

Unterschieden werden die Leistungen nach Implantation selbstexpandierender und nicht selbstexpandierender Prothesen. Eine Differenzierung in Metall und Kunststoff erfolgt nicht. Eine Desobliteration bei Okklusion der Prothesen sollte unter „sonstige Maßnahmen" („.x") kodiert werden. Hierzu zählt auch die Bolusentfernung.
Organbezogen werden die OPS-Kodes für die endoskopische Implantation selbstexpandierender und nicht selbstexpandierender Prothesen vorgestellt.

Implantation, Wechsel und Entfernung selbstexpandierender Prothesen

Ösophagus (selbstexpandierend)

5-429.j1	*Einlegen oder Wechsel, eine Prothese ohne Refluxventil*
5-429.j4	*Einlegen oder Wechsel, zwei Prothesen ohne Refluxventil*
5-429.ja	*Einlegen oder Wechsel, mehr als 2 Prothesen ohne Refluxventil*
5-429.j2	*Entfernung*
5-429.jc	*Einlegen oder Wechsel, eine Prothese mit Refluxventil*
5-429.je	*Einlegen oder Wechsel, 2 Prothesen, eine mit Refluxventil*
5-429.je	*Einlegen oder Wechsel, mehr als 2 Prothesen, u.a. mit Refluxventil*

Magen (selbstexpandierend)
5-449.h3 *Einlegen oder Wechsel*
5-449.j3 *Entfernung*

Darm (Dünn-, Dickdarm u. Darmanastomose) (selbstexpandierend)
5-469.k3 *Einlegen oder Wechsel*
5-469.m3 *Entfernung*

Rektum (selbstexpandierend)
5-489.g0 *Einlegen oder Wechsel*
5-489.h0 *Entfernung*

Gallenwege (selbstexpandierend)
5-513.m0 *Einlage oder Wechsel, 1 ungecoverter Stent*
5-513.m1 *Einlage oder Wechsel, 2 ungecoverte Stents*
5-513.m2 *Einlage oder Wechsel, 3 od. mehr ungecoverte Stents*
5-513.n0 *Einlage oder Wechsel, 1 gecoverte Stent-Prothese*
5-513.n1 *Einlage oder Wechsel, 2 gecoverte Stent-Prothesen*
5-513.n2 *Einlage oder Wechsel, 3 oder mehr gecoverte Stent-Prothesen*
5-513.b *Entfernung von alloplastischem Material*

Pankreas (selbstexpandierend)
5-526.e0 *Einlage*
5-526.f0 *Wechsel*
5-526.b *Entfernung von alloplastischem Material*

6.5.6.2 – Nicht selbstexpandierende Prothesen Implantation, Wechsel und Entfernung nicht selbstexpandierender Prothesen

Ösophagus (nicht selbstexpandierend)
5-429.k1 *Einlegen oder Wechsel*
5-429.k2 *Entfernung*
Magen (nicht selbstexpandierend)
5-449.k3 *Einlegen oder Wechsel*
5-449.m3 *Entfernung*
Darm (nicht selbstexpandierend)
5-469.n3 *Einlegen oder Wechsel*
5-469.p3 *Entfernung*
Darm (Sonderfall Endobarrier)
5-469.q3 *Einlegen oder Wechsel*
5-469.r3 *Entfernung*
Rektum (nicht selbstexpandierend)
5-489.g1 *Einlegen oder Wechsel*
5-489.h1 *Entfernung*
Gallenwege (nicht selbstexpandierend)
5-513.f0 *Einlage, 1 Prothese*
5-513.f1 *Einlage, ≥ 2 Prothesen*
5-513.h0 *Wechsel, 1 Prothese*
5-513.h1 *Wechsel, ≥ 2 Prothesen*
5-513.b *Entfernung v. alloplastischem Material*

Pankreas (nicht selbstexpandierend)
5-526.e1 *Einlage*
5-526.f1 *Wechsel*
5-526.b *Entfernung v. alloplastischem Material*

6.5.7 – Endoskopische Antirefluxverfahren

Bei den Kodes für die endoskopischen Antirefluxverfahren ist an 6. Stelle anhand der angewandten Technik zu differenzieren:

Endoskopische Antirefluxverfahren
5-429.m0 *Naht- und Klammertechniken*
5-429.m1 *Injektionstechniken*
5-429.m2 *Implantationstechniken*
5-429.m3 *Radiofrequenzablation*
5-429.mx *Sonstige*
5-448.54 *Hemifundoplikatio*

6.5.8 – Dilatation/Bougierung

Die Dilatation mit Ballon bzw. Bougierung kann wie folgt kodiert werden:

Ösophagus
5-429.7 *(Ballon-) Dilatation*
5-429.8 *Bougierung*
Magen
5-449.73 *Dilatation*
5-449.b3 *Bougierung*
Darm
5-469.b3 *Bougierung*
5-469.h3 *Dilatation des Dünndarms*
5-469.j3 *Dilatation des Dickdarms*
Rektum
5-489.2 *Dilatation, peranal*
5-489.b *Endoskopische Bougierung*
Anus
5-499.0 *Ballon-Dilatation (inkl. Bougierung)*
Gallenwege
5-513.a *Dilatation*
5-513.d *Bougierung*
Pankreasgang
5-526.a *Dilatation*
5-526.d *Bougierung*

Die Dilatation/Bougierung einer Anastomose muss unter dem jeweiligen Darmabschnitt kodiert werden.

6.5.9 – Endoluminale Bestrahlung des Ösophagus

Eine endoluminale Bestrahlung des Ösophagus (Afterloading) wird kodiert als:

5-429.h	*Andere Operationen am Ösophagus: Endoskopisches Einbringen eines strahlenden Applikators*

6.5.10 – Endoskopische Drainage Pankreaszysten und Pseudozysten

5-529.n*	***Endoskopiesche transgastrale Drainage***
5-529.n2	*ohne Einlegen eines Stents*
5-529.n3	*mit Einlegen eines nicht selbstexpandierenden Stents*
5-529.n4	*mit Einlegen eines selbstexpandierenden Stents*
5-529.r*	***Endoskopische, transduodenale Drainage***
5-529.r1	*ohne Einlegen eines Stents*
5-529.r2	*mit Einlegen eines nicht selbstexpandierenden Stents*
5-529.r3	*mit Einlegen eines selbstexpandierenden Stents*

6.5.11 – Endoskopische Entfernung von Pankreasnekrosen

5-529.p*	***Endoskopische transgastrale Entfernung einer Pankreaszyste***
5-529.p0	*ohne Einlegen eines Stents*
5-529.p1	*mit Einlegen eines nicht selbstexpandierenden Stents*
5-529.p2	*mit Einlegen eines selbstexpandierenden Stents*
5-529.px	*Sonstige*
5-529.s*	***Endoskopische, transduodenale Entfernung einer Pankreaszyste***
5-529.s0	*ohne Einlegen eines Stents*
5-529.s1	*mit Einlegen eines nicht selbstexpandierenden Stents*
5-529.s2	*mit Einlegen eines selbstexpandierenden Stents*

6.5.12 – Endoskop. Steinentfernung Gallengänge u. Pankreasgang

Die unterschiedlichen Verfahren zur Steinentfernung aus den Gallengängen und Pankreasgang können wie folgt verschlüsselt werden:

Pankreasgang

5-526.20 *Endoskopische Operationen am Pankreasgang, Steinentfernung mit Körbchen*

5-526.21 *Endoskopische Operationen am Pankreasgang, Steinentfernung mit Ballonkatheter*

5-526.22 *Endoskopische Operationen am Pankreasgang, Steinentfernung mit mechanischer Lithotripsie*

5-526.23 *Endoskopische Operationen am Pankreasgang, Steinentfernung mit elektrohydraulischer Lithotripsie*

5-526.24 *Endoskopische Operationen am Pankreasgang, Steinentfernung mit elektrohydraulischer Lithotripsie und Laseranwendung*

5-526.25 *Endoskopische Operationen am Pankreasgang, Steinentfernung mit Laserlithotripsie*

Gallengänge

5-513.20 *Endoskopische Operationen an den Gallenwegen, Steinentfernung mit Körbchen*

5-513.21 *Endoskopische Operationen an den Gallenwegen, Steinentfernung mit Ballonkatheter*

5-513.22 *Endoskopische Operationen an den Gallenwegen, Steinentfernung mit mechanischer Lithotripsie*

5-513.23 *Endoskopische Operationen an den Gallenwegen, Steinentfernung mit elektrohydraulischer Lithotripsie*

5-513.24 *Endoskopische Operationen an den Gallenwegen, Steinentfernung mit elektrohydraulischer Lithotripsie und Laseranwendung*

5-513.25 *Endoskopische Operationen an den Gallenwegen, Steinentfernung mit Laserlithotripsie*

6.5.13 – Endoskop. OPs durch natürl. Körperöffnungen (NOTES)

Erfolgt im Rahmen einer minimalinvasiven Technik eine endoskopische Operation durch eine natürliche Körperöffnung, so ist ein OPS-Zusatzkode zu verschlüsseln.

Minimalinvasive Technik: Endoskopische Operationen durch natürliche Körperöffnungen [NOTES]
5-986.00 *Transoraler Zugangsweg*
5-986.01 *Transgastraler Zugangsweg*
5-986.03 *Transkolischer Zugangsweg*
5-986.0x *Sonstige*

Diese OPS-Zusatzkodes sind für gewöhnliche Eingriffe im Rahmen einer Endoskopie nicht zu verwenden.

6.5.14 – Endoskop. GE ohne Magenresektion

Bypassverfahren

Seit 2014 besteht die Möglichkeit endoskopische Gasteroenterostomien zu verschlüsseln. Die Verwendung von selbstexpandierenden Stents ist gesondert zu kodieren (z.B. 5-449.b3)

5-445.13 *Gastroenterostomie, vordere*
5-445.23 *Gastroenterostomie, hintere*

7.5.15	***Zusatzkodes für die therapeutische Cholangio- und Pankreatikoskopie (duktale Endoskopie)***
5-513.q0	*(Therapeutische direkte Endoskopie der Gallenwege [duktale Endoskopie] Cholangioskopie der Gallenwege distal der Hepatikusgabel* ***Hinw.:*** *Cholangioskopie der extrahepatischen Gallenwege) und*
5-513.q1	*(Therapeutische direkte Endoskopie der Gallenwege [duktale Endoskopie] Cholangioskopie der Gallenwege proximal der Hepatikusgabel* ***Hinw.:*** *Cholangioskopie der intrahepatischen Gallenwege*
5-514.u0	*(Therapeutische perkutan-transhepatische Endoskopie der Gallenwege. Normalkalibriges Cholangioskop* ***Hinw.:*** *Der Außendurchmesser eines normalkalibrigen Cholangioskops beträgt mehr als 4 mm) und*
5-514.u1	*(Therapeutische perkutan-transhepatische Endoskopie der Gallenwege.* ***Kleinkalibirges*** *Cholangioskop* ***Hinw.:*** *Der Außendurchmesser eines normalkalibrigen Cholangioskops beträgt 4 mm* ***oder weniger***
5-526.j	*Therapeutische Endoskopie des Pankreasganges [duktale Endoskopie]* ***Hinw.:*** *Dieser Kodes ist ein Zusatzkodes. [...]*
7.5.16	*Radiofrequenzablation am Pankreas*
5-521.41	*Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Pankreas: Destruktion durch Radiofrequenzablation: Endoskopisch transgastral oder endoskopisch transduodenal*

6.6 – Enteroskopie

Folgende Kodes stehen für die differenzierende Abbildung der konventionellen Push-Enteroskopie und der Push-and-Pull-Enteroskopie (Single- oder Doppel- Ballon-Enteroskopie) zur Verfügung:

Diagnostische Intestinoskopie
1-636.0 *Einfach (durch Push-Technik)*
1-636.1 *Push-and-pull-back-Technik (inkl. Doppel-Ballon-Enteroskopie)*
Destruktion/Blutstillung und Exzision im Dünndarm
5-451.7* *Endoskop. Exzision am Dünndarm mit Push-Technik*
5-451.8* *Endoskopische Exzision am Dünndarm mit Push and pull-Technik*
5-451.9* *Endoskopische Destruktion am Dünndarm mit Push-Technik*
5-451.a* *Endoskopische Destruktion am Dünndarm mit Push and pull-Technik*
Destruktion/Blutstillung und Exzision im Dickdarm
5-452.6* *Endoskopische Exzision am Dickdarm mit Push-Technik*
5-452.7* *Endoskopische Exzision am Dickdarm mit Push and pull-Technik*
5-452.8* *Endoskop. Destruktion am Dickdarm mit Push-Technik*
5-452.9* *Endoskopische Destruktion am Dickdarm mit Push and pull-Technik*

Alle Codes zur endoskopischen Destruktion und Exzision in Dünn- oder Dickdarm benötigen einen Eintrag an der 6. Stelle.

Für die Exzision stehen folgende 6. Stellen zur Verfügung:
0 *Exzision ohne weitere Maßnahmen*
1 *Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge*
2 *Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge*
3 *Endoskopische Mukosaresektion*
4 *Endoskopische submukosale Dissektion [ESD]*
x *Sonstige*

Für die Destruktion stehen folgende 6. Stellen zur Verfügung:

0	*Elektrokoagulation*
1	*Laserkoagulation*
2	*Thermokoagulation*
3	*Kryokoagulation*
4	*Photodynamische Therapie*
x	*Sonstige*

6.7 – Endosonographie

Neben der Endosonographie selbst werden endosonographisch durchgeführte diagnostische oder therapeutische Interventionen mit Ausnahme der Kodes für Feinnadelpunktionen am Verdauungstrakt und Pankreas (1-445 bis 1-447) im OPS-Katalog nicht separat definiert.

1-445	*Endosonographische Feinnadelpunktion am oberen Verdauungstrakt*
1-446	*Endosonographische Feinnadelpunktion am unteren Verdauungstrakt*
1-447	*Endosonographische Feinnadelpunktion am Pankreas*

Demzufolge können folgende Kodes in Kombination mit Kodes für Endosonographie (3-05) für perkutane Biopsien mit Steuerung durch bildgebende Verfahren verwendet werden:

1-426	*(Perkutane) Biopsie an Lymphknoten, Milz und Thymus mit Steuerung durch bildgebende Verfahren*
1-426.3	*Lymphknoten, mediastinal*
1-426.4	*Lymphknoten, paraaortal*
1-426.x	*Sonstige*
1-442	*Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren*

1-442.0	*Leber*
1-442.1	*Gallenblase*
1-442.2	*Pankreas*
1-442.3	*Gallengänge*
1-442.4	*Sphincter Oddi und Papilla duodeni major*
1-442.x	*Sonstige*
1-494	*Perkutane Biopsie an anderen Organen und Geweben mit Steuerung durch bildgebende Verfahren*
1-494.2	*Mediastinum*
1-494.8	*Retroperitoneales Gewebe*
1-449.x	*Andere Biopsie ohne Inzision an anderen Verdauungsorganen (z.B. intramurale Prozesse)*

Die Endosonographie selbst ist stets (auch bei den endoskopischen Feinnadelpunktionen) zusätzlich zu kodieren.

3-05	*Endosonographie*
3-050	*von Mundhöhle und Hypopharynx*
3-051	*des Ösophagus*
3-052	*Transösophageale Echokardiographie [TEE]*
3-053	*des Magens*
3-054	*des Duodenums*
3-055.0	*der Gallenwege*
3-055.1	*der Leber*
3-056	*des Pankreas*
3-057	*des Kolons*
3-058	*des Rektums*
3-05a	*des Retroperitoneums*

Endosonographisch gezielte Plexusblockade

8-914.1	*Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie. Mit bildgebenden Verfahren*

Der endosonographische Zugang ist gesondert zu kodieren.

6.8 – PEG/PEJ

Es ist darauf zu achten, dass die Anlage einer PEG/PEJ in einem anderen Kapitel des OPS (Operationen) klassifiziert wird als der Wechsel und die Entfernung (Andere therapeutische Maßnahmen). Eine Desobliteration bei Okklusion sollte unter „Sonstige Maßnahmen“ („.x“) kodiert werden. Die Anlage einer nasojejunalen Sonde kann an 5. Stelle anhand des Verfahrens differenziert werden. Die Überprüfung der Sondenanlage durch ein bildgebendes Verfahren ist hier im jeweiligen Kode enthalten.

PEG (perkutane-endoskopische Gastrostomie)
5-431.20 *Anlage mit Fadendurchzugsmethode*
5-431.21 *Anlage durch Direktpunktionstechnik mit Gastropexie*
8-123.0 *Wechsel*
8-123.1 *Entfernung*
8-123.x *Sonstige (Desobliteration)*
Buried bumper
5-431.31 *Inzision, Exzision und Resektion am Magen: Gastrostomie: Freilegung und Entfernung einer eingewachsenen PEG-Halteplatte: Endoskopisch*
Hinw.: Die bisher verwendeten OPS 5-430.x und 8-123 sind nicht mehr für die Entfernung zu verwenden
PEJ (perkutan-endoskopische Jejunostomie)
5-450.3 *Anlage*
8-124.0 *Wechsel*
8-124.1 *Entfernung*
8-124.x *Sonstige (Desobliteration)*
Anlegen und Wechsel einer duodenalen oder jejunalen Ernährungssonde (Nasojejunale Sonde)
8-125.0 *Transnasal n.n.bez.*
8-125.1 *Transnasal, endoskopisch*
Inkl.: Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie
8-125.2 *Über eine liegende PEG-Sonde, endoskopisch*
Inkl.: Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie

6.9 – Magenballon

Die endoskopische Einlage und Entfernung eines Magenballons kann über folgende Kodes abgebildet werden.

Endoskopisches Einlegen und Entfernung eines Magenballons
Hinw.: Eine gleichzeitig durchgeführte diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie ist im Kode enthalten
8-127.0 *Einlegen*
8-127.1 *Entfernung*

6.10 – Perkutan-transhepat. Interventionen an Gallenwegen

Perkutane Interventionen an den Gallenwegen werden mit OPS-Kodes aus den Klassen 5-514 und 5-517 mit der Ziffer 3 an der 6. Stelle kodiert. Kodes für das Einlegen und den Wechsel selbstexpandierender und nicht selbstexpandierender Prothesen können anhand der Anzahl der Prothesen weiter differenziert werden:

5-514 *Andere Operationen an den Gallengängen*
5-517 *Einlegen oder Wechseln v. selbstexpandierenden Stents und Stent-Prothesen in die Gallengänge*
5-517.03 *Einlegen oder Wechsel eines selbstexpandierenden ungecoverten Stents*
5-517.13 *Einlegen oder Wechsel von zwei selbstexpandierenden ungecoverten Stents*
5-517.23 *Einlegen oder Wechsel von drei selbstexpandierenden ungecoverten Stents*
5-517.33 *Einlegen oder Wechsel von vier oder mehr selbstexpandierenden ungecoverten Stents*
5-517.43 *Einlegen oder Wechsel einer selbstexpandierenden gecoverten Stent-Prothese*
5-517.53 *Einlegen oder Wechsel von zwei selbstexpandierenden gecoverten Stent-Prothesen*

5-517.63	*Einlegen oder Wechsel von drei selbstexpandierenden gecoverten Stent-Prothesen*
5-517.73	*Einlegen oder Wechsel von vier oder mehr selbstexpandierenden gecoverten Stent-Prothesen*
5-514.03	*Inzision des Ductus choledochus*
5-514.23	*Steinentfernung*
5-514.33	*Exzision*
5-514.53	*Einlegen einer Drainage (z.B. Yamakawa), inkl. Rendevous-Verfahren*
5-514.b3	*Entfernung von alloplastischem Material*
5-514.c3	*Blutstillung*
5-514.d3	*Revision (als selbständiger Eingriff)*
5-514.g3	*Einlegen einer nicht selbstexpandierenden Prothese*
5-514.h3	*Einlegen von zwei oder mehr nicht selbstexpandierenden Prothesen*
5-514.k3	*Wechsel von nicht selbstexpandierenden Prothesen*
5-514.m3	*Dilatation*
5-514.n3	*Bougierung*
5-514.x3	*Sonstige*
5-514.p3	*Wechsel einer Drainage*
5-514.q3	*Destruktion durch Elektrokoagulation*
5-514.r3	*Destruktion durch photodynamische Therapie*
5-514.s3	*Destruktion durch Radiofrequenzablation*
5-514.t3	*Destruktion durch sonstige Verfahren*

Perkutane Eingriffe an Leberarterie und Pfortader/Transjugulärer intrahepatischer portosystemischer Shunt (TIPSS)
Für die Interventionen im Zusammenhang mit der Anlage oder dem Vorhandensein eines TIPSS, der Anlage und Entfernung eines Katheterverweilsystems in Leberarterie und Pfortader sowie der perkutanen Einführung und Entfernung eines Vena-cava-Filters sind dem Kapitel „Maßnahmen für den Blutkreislauf" des OPS-Kataloges folgende Abbildungsmöglichkeiten zu entnehmen:

8-839	*Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäß* *Hinw.: Die Anwendung eines Embolieprotektions-systems ist gesondert zu kodieren (883b.9)*
8-839.1	*Perkutane Einführung eines Antiembolie-Schirmes* *Inkl.: Perkutane Einführung eines Vena-cava-Filters*
8-839.7	*Perkutane Entfernung eines Antiembolie-Schirmes* *Inkl.: Perkutane Entfernung eines Venacava-Filters*
8-839.5	*Perkutane Implantation oder perkutaner Wechsel eines Katheterverweilsystems in Leberarterie oder Pfortader*
8-839.6	*Entfernung eines Katheterverweilsystems aus Leberarterie oder Pfortader*
8-839.8	*Portosystemischer Shunt (TIPSS)*
8-839.81	*Perkutane (Ballon-)Angioplastie*
8-839.82	*Perkutane Thrombolyse*
8-839.83	*Perkutane Thrombektomie*
8-839.84	*Perkutane Verkleinerung eines bestehenden portosystemischen Shunts*
8-839.85	*Perkutaner Verschluss*
8-839.86	*Revision mit Stenteinlage*
8-839.87	*Perkutanes Anlegen eines ungecoverten Stents*
8-839.88	*Perkutanes Anlegen eines gecoverten Stents*
839.89	*Perkutanes Anlegen von 2 und mehr ungecoverten Stents*
8-839.8a	*Perkutanes Anlegen von 2 und mehr gecoverten Stents*
8-839.8x	*Sonstige*

Eine phlebographische TIPSS-Kontrolle sollte als:

3-612	*Phlebographie der Gefäße von Abdomen und Becken*
3-612.5	*Phlebographie der Pfortader*

kodiert werden.

6.11 – Lokaltherapie Lebertumore/-metastasen

RFA, LITT, Alkoholinstillation, transarterielle Chemoembolisation

Die verschiedenen lokaltherapeutischen Maßnahmen an der Leber (Radiofrequenzablation, laserinduzierte Thermotherapie, Alkoholinstillation) haben eigene OPS-Ziffern, die in der Klasse „lokale Destruktion von Lebergewebe“ (5-501.-) durch die 5. und 6. Stelle differenziert werden.

Bei allen drei genannten Maßnahmen (5-501.4-/.5-/.6-/.7-) ist das jeweilige bildgebende Verfahren im Kode enthalten.

5-501.43 *Lokale Destruktion von erkranktem Lebergewebe, perkutan, durch Alkoholinjektion mit Steuerung durch bildgebende Verfahren*

5-501.53 *Lokale Destruktion von erkranktem Lebergewebe, perkutan, hochfrequenzinduzierte Thermotherapie, inclusive Mikrowellentherapie*

5-501.63 *Lokale Destruktion von erkranktem Lebergewebe, perkutan, Laser*
Lokale Destruktion von erkranktem Lebergewebe, irreversible Elektroporation

5-501.x3 *Lokale Destruktion von erkranktem Lebergewebe, perkutan, sonstige*

Die transarterielle Behandlung von Lebertumoren/metastasen (z.B. TACE) wird mit einem der folgenden Kodes kodiert:

8-836.9- *Selektive Embolisation mit embolisierenden Flüssigkeiten (6. Stelle, s. nächste Tabelle)*
Hinw.: Die Art der verwendeten embolisierenden Flüssigkeiten ist gesondert zu kodieren (8-83b.2)

8-836.b- *Selektive Embolisation mit ablösbaren Ballons (6. Stelle, s. nächste Tabelle)*
Hinw.: Die Anzahl der ablösbaren Ballons ist gesondert zu kodieren (883b.6)

8-836.c-	*Selektive Embolisation mit Schirmen (6. Stelle, s. nächste Tabelle)*
8-836.k-	*Selektive Embolisation mit Partikeln (6. Stelle, s. nächste Tabelle) Hinw.: Die Art der verwendeten Partikel ist gesondert zu kodieren (883b.1)*
8-836.n-	*kodieren Hinw.: Die Anzahl der verwendeten Metallspiralen ist unter (8-83b.5)*
8-836.n-*	*Anzahl der Metallspiralen*

* Zusatzkode zu 8-836.m-

Zu beachten sind die jeweiligen Hinweise, die eine quantitative und/oder qualitative Angabe des verwandten Materials mit Hilfe separater Kodes fordern.
An 6. Stelle des Kodes ist die Gefäßlokalisation nach folgender Beispielliste zu kodieren:

7	*Vena cava*
9	*Andere Gefäße abdominal*
a	*Gefäße viszeral*
e	*Künstliche Gefäße*
g	*Vena portae*

Beachten Sie bitte auch die Auswahlmöglichkeit für andere Gefäße

Das Einbringen eines Chemotherapeutikums wird ergänzend mit:

8-541.6	*Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren: Arteriell*
8-541.x	*Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren: Sonstige*

verschlüsselt.

6.12 – Einbringung von Bestrahlungsmarkern

5-509.0 *Implantation von Bestrahlungsmarkern, Leber, perkutan*

6.13 – Vakuumtherapie

Zur Kodierung der endoösophagealen oder endorektalen Vakuumtherapie, sowie der Dauer der Behandlung stehen folgende OPS Kodes zur Verfügung.

5-916.a ***Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie***
Die Angabe dieses Kodes ist an die Durchführung unter Operationsbedingungen mit Anästhesie gebunden (Ausnahmen: Es liegt eine neurologisch bedingte Analgesie vor oder es erfolgt eine endoösophageale oder endorektale Anwendung einer Vakuumtherapie)
5-916.a4 ***Endorektal***
Inkl. Endorektale Vakuumtherapie zur Behandlung von Anastomoseninsuffizienzen nach tiefer anteriorer Rektumresektion bei lokaler Peritonitis mit einspiegelbarer Wundhöhle
5-916.a6 ***Endoösophageal***

Dauer der Behandlung:

8-190.2- *kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie*
8-190.20 *bis 7 Tage*
8-190.21 *8-14 Tage*
8-190.22 *15-21 Tage*
8-190.23 *> 21 Tage*

bzw.

8-190.3-	*kontinuierliche Sogbehandlung mit sonstigen Systemen bei einer Vakuumtherapie*
8-190.30	*bis 7 Tage*
8-190.31	*8-14 Tage*
8-190.32	*15-21 Tage*
8-190.33	*> 21 Tage*

Um die DRG G35Z Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane zu erreichen sind folgende Kodes notwendig

- eine Behandlungsdauer größer 7 Tage UND
- die Anlage der Vakuumbehandlung UND
- mindestens 4 weitere Prozeduren aus der Liste (KVB-V4) an unterschiedlichen Kalendertagen **(Nota bene: der Wechsel der Vakuumbehandlung ist KEIN Kode aus Liste KVB-V4)**

Die Prozedurenliste (KVB-V4) finden sie im Definitionshandbuch des jeweiligen Systemjahres auf der InEK Homepage, insbesondere kommen aber Kodes aus folgenden Bereichen in Frage:

OPS Langtext	
5-406*	*Regionale Lymphadenektomie im Rahmen einer anderen Operation*
5-454*	*Resektion des Dünndarmes*
5-455*	*Partielle Resektion des Dickdarmes*
5-459*	*Bypass-Anastomose des Darmes*
5-460*	*Anlegen Enterostomas, doppelläufig, als selbständiger Eingriff*
5-461*	*Anlegen Enterostomas, endständig, als selbständiger Eingriff*
5-462*	*Anlegen Enterostomas (als protektive Maßnahme) im Rahmen eines anderen Eingriffes*
5-463*	*Anlegen anderer Enterostomata*
5-464*	*Revision und andere Eingriffe an einem Enterostoma*
5-465*	*Rückverlagerung eines doppelläufigen Enterostomas*

5-466* *Wiederherstellung der Kontinuität des Darmes bei endständigen Enterostomata*
5-467* *Andere Rekonstruktion des Darmes*
5-469* *Andere Operationen am Darm*
5-470* *Appendektomie*
5-471* *Simultane Appendektomie*
5-484* *Rektumresektion unter Sphinktererhaltung*
5-486* *Rekonstruktion des Rektums*

Beispiel:

Hauptdiagnose aus dem Bereich Gastroenterologie OPS:

- *Dauer der Therapie (Datum erster Behandlungstag der Vakuumtherapie)*
- *Anlage der Vakuumbehandlung (Datum der Anlage)*

1. *OPS Code aus Liste KVB-V4 mit Datum der Erbringung*
2. *OPS Code aus Liste KVB-V4 mit Datum der Erbringung, dass aber ungleich dem Datum des 1. OPS Code sein muss*
3. *OPS Code aus Liste KVB-V4 mit Datum der Erbringung, dass aber ungleich dem Datum des 1. und 2. OPS Codes sein muss*
4. *OPS Code aus Liste KVB-V4 mit Datum der Erbringung, dass aber ungleich dem Datum der des 1, 2 und 3. OPS Code sein muss*

6.14 – Explorative Laparoskopie

Die diagnostische Laparoskopie wird mit dem Kode:

1-694 *Diagostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)*

kodiert.
Wird im Rahmen der Untersuchung eine Biopsie durchgeführt, ist einer der folgenden Kodes zu ergänzen:

1-551.0 *Biopsie an der Leber durch Inzision: Durch Exzision*
1-551.1 *Biopsie an der Leber durch Inzision: Nadelbiopsie*
1-559 *Biopsie an anderen Verdauungsorganen, Peritoneum und retroperitonealem Gewebe durch Inzision*
1-559.2 *Mesenterium*
1-559.3 *Omentum*
1-559.4 *Peritoneum*
1-559.5 *Retroperitoneales Gewebe*

Davon abgesehen wird die Durchführung einer Staging-Laparoskopie zur Diagnostik lymphatischer Systemerkrankungen, die Lymphknoten, wie auch eine Leberbiopsie beinhaltet, mit dem Kode:

5-401.b *Mehrere abdominale Lymphknotenstationen mit Leberbiopsie, laparoskopisch*

verschlüsselt. Weitere Kodes für Biopsien mit Inzision sind in diesen Fällen nicht anzugeben.
Werden darüber hinaus therapeutische Verfahren eingesetzt, stehen folgende Kodes zur Verfügung:

5-501 *Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion), Inkl.: Blutstillung*
5-501.41 *Destruktion, lokal, durch Alkoholinjektion mit Steuerung durch bildgebende Verfahren*
5-501.51 *Destruktion, lokal, durch hochfrequenzinduzierte Thermotherapie, Inkl. Radiofrequenzthermoablation*
5-501.61 *Destruktion, lokal, durch Laser*
5-501.x1 *Sonstige*

Das bildgebende Verfahren ist jeweils im Kode enthalten.

6.15 – Bildgebende Diagnostik

6.15.1 – Ultraschalluntersuchungen

3-03	*Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mit digitaler und Videodokumentation* *Hinw.: Der untersuchende Arzt muss Facharzt im jeweiligen Fachgebiet sein*
3-030	*Endosonographie mit Kontrastmittel* *Hinw.: Die Durchführung der Kontrastmittel-Sonographie setzt eine vorher durchgeführte Farbdopplersonographie voraus*
3-034	*Endosonographie parenchymatöser Organe mit Elastographie*

Die OPS-Kodes für die Endosonographie finden sich im entsprechenden Kapitel.

6.15.2 – Projektionsradiographien

3-13	*Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren* *Exkl.: ERC (1-642)*
3-134	*Pharyngographie*
3-137	*Ösophagographie*
3-138	*Gastrographie*
3-139	*Isolierte Dünndarmdarstellung [Enteroklysma]*
3-13a	*Kolonkontrastuntersuchung*
3-13b	*Magen-Darm-Passage (fraktioniert)*
3-13c.0	*Cholangiographie intravenös*
3-13c.1	*Cholangiographie perkutan-transhepatisch [PTC]*
3-13c.2	*Über T-Drainage Exklusiv intraoperativ*

6.15.3 – Computertomographie (CT)

3-20 *Computertomographie (CT), nativ*
3-202 *Native Computertomographie des Thorax*
3-206 *Native Computertomographie des Beckens*
3-207 *Native Computertomographie des Abdomens*
3-22 *Computertomographie (CT), mit Kontrastmittel*
3-222 *Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel*
3-225 *Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel*
3-226 *Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel*

6.15.4 – Darstellung des Gefäßsystems

3-60 *Arteriographie Inkl.: Digitale Subtraktionsangiographie*
3-603 *Arteriographie der thorakalen Gefäße*
3-604 *Arteriographie der Gefäße des Abdomens Inkl.: Viszerale Gefäße, indirekte Splenoportographie*
3-605 *Arteriographie der Gefäße des Beckens*
3-61 *Phlebographie Inkl.: Digitale Subtraktionsangiographie*
3-612 *Phlebographie der Gefäße von Abdomen und Becken*
3-612.0 *Untere Hohlvene*
3-612.1 *Nierenvene*
3-612.2 *Milzvene*
3-612.3 *Messenterialvenen*
3-612.4 *Illiakalvenen*
3-612.5 *Pfortader*
3-612.x *Sonstige*

6.15.5 – Magnetresonanztomographie (MRT)

3-80 *Magnetresonanztomographie (MRT), nativ*
3-804 *Native Magnetresonanztomographie des Abdomens*
3-805 *Native Magnetresonanztomographie des Beckens*
3-809 *Native Magnetresonanztomographie des Thorax*

3-82 *Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel*
3-822 *Magnetresonanztomographie des Thorax mit Kontrastmittel*
3-825 *Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel*
3-82a *Magnetresonanztomographie des Beckens mit Kontrastmittel*
3-84 *Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren*
3-843.0 *Magnetresonanz-Cholangiopankreatikographie [MRCP] ohne Sekretinunterstützung*
3-843.1 *Magnetresonanz-Cholangiopankreatikographie [MRCP] mit Sekretinunterstützung*
3-845 *Magnetresonanz-Elastographie*
3-846 *Magnetresonanztomographie der Leber zur Bestimmung des Eisengehaltes:* ***Hinweis:*** *Ein MRT des Abdomens ist im Kode enthalten.*

6.15.6 – Nuklearmedizinische diagnostische Verfahren

6.15.6.1 – Szintigraphie GI-Trakt

3-707 *Szintigraphie des Gastrointestinaltraktes*
3.707.0 *Speicheldrüsen*
3-707.1 *Ösophagus*
3-707.2 *Magen*
3-707.3 *Intestinum*
3-707.4 *Kolon*
3-707.5 *Nachweis eines Meckel-Divertikels*
3-707.6 *Hepatobiliäre Sequenzszintigraphie*

6.15.6.2 – Resorptions- und Exkretionstests

3-70b *Resorptions- und Exkretionstests mit Radionukliden*
3.70b.1 *Schillingtest*
3-70b.2 *SeHCA-Test*
3-70b.3 *Messung der Eisenresorption*

6.15.6.3 – Positronenemissionstomographie (PET)

3-74	*Positronenemissionstomographie (PET) mit Vollring-Scanner*
3-742	*Positronenemissionstomographie des gesamten Körperstammens*
3-74x	*Andere Positronenemissionstomographie*
3-75	*Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT)*
3-752.-	*Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) des gesamten Körperstammes*
3-753.-	*Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) des ganzen Körpers*
3-754.-	*Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) des gesamten Körperstammes u. des Kopfes*
3-75x.-	*Andere Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT)*

6.16 – Weitere nichtoperative diagnost. u. therapeut. Maßnahmen

6.16.1 – Spenderstuhlsuspension zur Therapie von Clostridium difficile Infektionen

Zur Kodierung der Spenderstuhlsuspension stehen in folgende Codes zur Verfügung:

8-129.0	*Applikation einer Spenderstuhlsuspension, koloskopisch*
8-129.x	*Applikation einer Spenderstuhlsuspension, sonstige*

6.16.2 – Chemotherapie

Die Chemotherapie wird entsprechend der protokollgemäßen Dauer und Komplexität der während des stationären Aufenthaltes applizierten parenteralen Chemotherapie kodiert. Dabei wird nach der Komplexität der Chemotherapie unterschieden:

8-542.– *Nicht komplexe Chemotherapie*
8-543.– *Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie*
8-544 *Hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie*
8-544.0 *Ein Chemotherapieblock während eines stationären Aufenthaltes*
8-544.1 *Zwei Chemotherapieblöcke während eines stationären Aufenthaltes*

Mit der Version 2010 wurden für die Kodes 8-542.- und 8543.- weitere Differenzierungen anhand der Behandlungstage und der Anzahl der gegebenen Medikamente eingeführt. Folgende fünfte und sechste Stellen sind hier zu kodieren:

5.Stelle:

.1- *1 Tag*
.2- *2 Tage*
.3- *3 Tage*
.4- *4 Tage*
.5- *5 Tage*
.6- *6 Tage*
.7- *7 Tage*
.8- *8 Tage*
.9- *9 Tage und mehr*

6.Stelle:

.-1 *1 Medikament*
.-2 *2 Medikamente*
.-3 *3 Medikamente*
.-4 *4 Medikamente (und mehr)*
.-5 *5 Medikamente**
.-6 *6 Medikamente**
.-7 *7 Medikamente und mehr**

* Nur bei Kode 8-543.-

Jeder stationäre Aufenthalt und jeder Block (ein- oder mehrtägig hintereinander) sind einzeln zu kodieren. Es zählen nur die Tage, an denen eine Chemotherapie appliziert wird. Allerdings werden Pausen von max. einem Tag Dauer mitgezählt, sofern sie regelhaft zum jeweiligen Chemotherapie-Protokoll gehören. Bei Pausen ab zwei Tagen muss ein neuer Kode angegeben werden. Bei Gaben über Nacht zählt nur der Tag, an dem die Gabe begonnen wurde.
Es werden alle zytostatischen Medikamente, die während des Blocks gegeben wurden, gezählt. Entscheidend ist die Anzahl der verwendeten Zytostatika, nicht die Zahl der Einzelapplikationen. Oral oder intrathekal appliziert Zytostatika und Antikörper sind explizit als Exklusivum aufgeführt und werden gesondert kodiert. Zu jedem der oben ausgewiesenen Chemotherapie-Kodes existiert eine Beispielliste im OPS-Katalog, die eine Zuordnung der Schemata zu den OPS-Kodes darstellt.
Es sollte für jedes durchgeführte Chemotherapieprotokoll ein Abgleich mit dieser Liste, die für jeden dieser Kodes zum Jahr 2010 erneut überarbeitet wurde, erfolgen, um den jeweils richtigen OPS-Kode für die Chemotherapiebehandlung herzuleiten. Eine ständig aktualisierte Zuordnung verschiedener Therapieprotokolle zu den einzelnen OPS-Kodes ist unter *www.dimdi.de* veröffentlicht. Sollte ein für die Chemotherapie verwandtes Medikament als Einzelsubstanz über einen Kode der Kategorie 6-00 „Applikation von Medikamenten" abbildbar sein, so ist die Applikation der zytostatischen Chemotherapeutika mit einem Kode aus 8-54 „Zytostatische Chemotherapie, Immuntherapie und antiretrovirale Therapie" und zusätzlich ggf. separat mit dem/den Medikamentenkode(s) zu verschlüsseln.
Die folgende, nicht abschließende Liste weist Medikamente aus, die gesondert kodiert werden können. In Abhängigkeit von der Menge der applizierten Substanz kann ggf. ein Zusatzentgelt (mit * gekennzeichnet) abgerechnet werden:

6-001.1– *Gemcitabin, parenteral**
6-001.3– *Irinotecan, parenteral**
6-002.h– *Docetaxel, parenteral**
6-004.a– *Trabectedin, parenteral**
6-005.h *Vorinostat, oral*
6-002.1– *Filgrastim, parenteral**
6-002.2– *Lenograstim, parenteral**
6-002.7– *Pegfilgrastim, parenteral**

6.16.3 – Andere Immuntherapien

Für die Therapie mit Immunmodulatoren und Immunsuppressiva stehen folgende Kodes zur Verfügung:

8-547.0 *Mit nicht modifizierten Antikörpern, z.B. Bevacizumab bei Patienten mit kolorektalen Karzinomen*
8-547.1 *Mit modifizierten Antikörpern, inkl. Therapie mit Zytotoxinen, aber exkl. Therapie mit radioaktiven Antikörpern*
8-547.2 *Immunmodulatoren, inkl. Interleukin 2, Interferon, Tumornekrosefaktor Alpha*
8-547.30 *Immunsuppression, intravenös*
8-547.31 *Immunsuppression, Sonstige Applikationsformen*

Die OPS-Kodes für die Gabe der konkreten Medikamente (z.B. Bevacizumab (6-002.9-) oder Interferon ist zusätzlich zu kodieren. Die folgende, nicht abschließende Liste weist Medikamente aus, die gesondert kodiert werden können. In Abhängigkeit von der Menge der applizierten Substanz kann ggf. ein Zusatzentgelt abgerechnet werden:

6-001.d- *Adalimumab, parenteral*
6-002.9- *Bevacizumab, parenteral*
6-001.9- *Bortezomib, parenteral*
6-005.7 *Certolizumab, parenteral*

6-001.a-	*Cetuximab, parenteral*
6-008.b	*Cholsäure, oral*
6-008.d	*Daclatasvir, oral*
6-008.e	*Dasabuvir-Ombitasvir-Paritaprevir-Ritonavir, oral*
6-003.h-	*Eculizumab, parenteral*
6-005.8	*Everolimus, oral*
6-005.2	*Golimumab, parenteral*
6-001.g-	*Imatinib, oral*
6-001.e-	*Infliximab, parenteral*
8-812.1	*Interferon alfa2a, parenteral*
8-812.2	*Interferon alfa2b, parenteral*
6-003.f-	*Natalizumab, parenteral*
6-009.1	*Ombitasvir-Paritaprevir-Ritonavir, oral*
6-004.7-	*Panitumumab, parenteral*
6-005.a	*Pazopanib, oral*
6-007.c	*Regorafenib, oral*
6-003.b	*Sorafenib,oral*
6-003.a	*Sunitinib, oral*
6-009.6	*Telaprevir, oral*
6-007.n	*Thiotepa, parenteral*

6.16.4 – Intensivmedizinische Komplexbehandlung

Es stehen drei verschiedene OPS Kodes zur Verfügung:

8-980.-	*Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)*
8-98f.-	*Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)*
8-98d.-	*Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter*

Ziel der Einführung der Intensivmedizinische Komplexbehandlung (8-980.-) war es, die Intensivbehandlung auch unter Beachtung der Strukturkriterien besser abbilden zu können.
Die Dokumentation der Intensivmedizinischen Komplexbehandlung ist an diverse Mindestmerkmale gebunden:

- Kontinuierliche, 24-stündige Überwachung und akute Behandlungsbereitschaft durch ein Team von Pflegepersonal und Ärzten, die in der Intensivmedizin erfahren sind und die aktuellen Probleme ihrer Patienten kennen.
- Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“. Eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation muss gewährleistet sein.
- Die Anzahl der Aufwandspunkte errechnet sich aus der Summe des täglichen SAPS II plus der Summe von 10 täglich ermittelten aufwendigen Leistungen aus dem TISS-
- Katalog über die Verweildauer auf der Intensivstation.
- Die zu verwendenden Parameter des SAPS II und des TISS sind in den Hinweisen für die Benutzung des OPS zu finden.
- Spezielle intensivmedizinische Prozeduren, wie Transfusion von Plasma und Plasmabestandteilen, Plasmapherese und Immunadsorption, Maßnahmen im Rahmen der Reanimation u.a. sind gesondert zu kodieren.
- 8-98d.- ist für Kinder und Jugendliche die bei Aufnahme älter als 28 Tage aber noch nicht das 14. Lebensjahr vollendet haben, zu verwenden. Die beiden „Erwachsenen“ Kodes 8-980.- und 8-98f.- unterscheiden sich hinsichtlich der geforderten Strukturmerkmale.

Weitere Hinweise zu den komplexen Regelungen der Erfassung finden sich am Ende des Systematischen Verzeichnisses des OPS-Katalogs. Eine große Herausforderung ist die Sicherstellung der durchgängigen Dokumentation des intensivmedizinischen Komplexkodes, da dieser täglich erfasst und am Ende des stationären Aufenthaltes aufsummiert werden muss. Hier muss ein individuelles Prozedere mit dem jeweiligen Medizincontrolling abgestimmt werden.

6.16.5 – Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern

Ab 1.1.2016 kann die Isolation wegen nicht multiresistenten Erregern kodiert werden.

Inkl.:

- Isolation bei Infektionen durch Noro- und Rotaviren
- Isolation bei Kolitis durch Clostridium difficile
- Isolation bei respiratorischen Infektionen durch Influenzaviren, RSV (Respiratory Syncytial Virus) o. Parainfluenzaviren
- Isolation bei Tuberkulose

Exkl.:

- Isolation bei Verdacht auf Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern mit anschließendem negativen Befund

Die Kodierung ist, wie bei Komplexcodes üblich, an eine ganze Reihe von **strukturellen und personellen Voraussetzungen** gebunden:

- Behandlung durch speziell eingewiesenes medizinisches Personal, in Zusammenarbeit mit dem Krankenhaushygieniker und/oder der/dem Krankenschwester/-pfleger für Krankenhaushygiene (Hygienefachkraft) unter Aufsicht des Krankenhaushygienikers unter Berücksichtigung aktueller Behandlungs- und Pflegestandards
- Durchführung von speziellen Untersuchungen zur Feststellung der Besiedlung oder Infektion mit einem nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erreger
- Durchführung von strikter Isolierung (Einzel- oder Kohortenisolierung) mit eigenem Sanitärbereich oder Bettstuhl (Vermeidung von Kreuzinfektionen)

Die Isolation wird gemäß den jeweils aktuellen **Richtlinien des Robert-Koch-Instituts (RKI)** aufrechterhalten.

- Täglicher Wechsel von Bettwäsche, Bekleidung und Utensilien der Körperpflege (Waschlappen u.Ä.)
- Schutzmaßnahmen bei Betreten und Verlassen des Zimmers (zimmerbezogener Schutzkittel, Handschuhe, ggf. Mund-Nasen-Schutz, Einschleusen, Ausschleusen etc.)
- Besondere Maßnahmen der Händedesinfektion vor und nach Patientenkontakt beim Umgang mit sporenbildenden Bakterien (alkoholische Desinfektion und Waschen der Hände)
- Mehrmals tägliche Desinfektion patientennaher Flächen ggf. unter Einsatz besonderer Flächendesinfektionsmittel
- Mindestens tägliche Fußbodendesinfektion und einmalige Schlussdesinfektion ggf. unter Einsatz besonderer Flächendesinfektionsmittel
- Patienten- und Angehörigengespräche (ggf. auch Gespräche mit betreuenden Personen) zum Umgang mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern

Spezifische Maßnahmen zur Behandlung oder Eradikation des Erregers nach den jeweils aktuellen Empfehlungen des RKI. Durchführung der folgenden Maßnahmen, wenn erforderlich:

- Einsatz von erregerspezifischen Chemotherapeutika/ Antibiotika
- Durchführung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen unter besonderen räumlich organisatorischen Bedingungen (z.B. im Patientenzimmer statt im Funktionsbereich; wenn in Funktionsbereichen, dann mit unmittelbar anschließender Schlussdesinfektion)

8-98g.0 *Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit*
8-98g.00 *Bis zu 4 Behandlungstage*
8-98g.01 *Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage*

8-98g.02 *Mindestens 10 bis höchstens 14 Behandlungstage*
8-98g.03 *Mindestens 15 bis höchstens 19 Behandlungstage*
8-98g.04 *Mindestens 20 Behandlungstage*
8-98g.1 *Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit*
8-98g.10 *Bis zu 4 Behandlungstage*
8-98g.11 *Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage*
8-98g.12 *Mindestens 10 bis höchstens 14 Behandlungstage*
8-98g.13 *Mindestens 15 bis höchstens 19 Behandlungstage*
8-98g.14 *Mindestens 20 Behandlungstage*

6.16.6 – Komplexbehandlung: multiresistente Erreger

Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern (MRE)

Für die Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern existiert seit 2006 ein spezifischer Kode (8-987.-). Die fünfte Stelle zeigt dabei an, ob die Behandlung auf einer Isolierstation (-.0) oder nicht (-.1) erfolgte.

Die Kodierung ist jedoch auch in diesem Fall wie auch z.B. bei der Palliativbehandlung an spezifische Bedingungen geknüpft, die im Einzelnen durchgeführt und nachvollziehbar dokumentiert sein müssen:

- Behandlung durch speziell eingewiesenes medizinisches Personal, in Zusammenarbeit mit dem Krankenhaushygieniker und/oder der/dem Krankenschwester/-pfleger für Krankenhaushygiene (Hygienefachkraft) unter Aufsicht des Krankenhaushygienikers unter Berücksichtigung aktueller Behandlungs- und Pflegestandards.
- Durchführung von speziellen Untersuchungen zur Feststellung der Trägerschaft von multiresistenten Erregern (ICD-10-GM-Kodes U80-U82) bzw. der erfolgreichen Sanierung der Kolonisierung bzw. Infektion sowie zur Prävention einer Weiterverbreitung.

- Durchführung von strikter Isolierung (Einzel- od. Kohortenisolierung) mit eigenem Sanitärbereich oder Bettstuhl bei entsprechender hygienischer Indikation (Vermeidung von Kreuzinfektionen).
- Die Isolierung wird aufrechterhalten, bis in drei negativen Abstrichen/ Proben von Prädilektionsstellen der MRE nicht mehr nachweisbar ist.
- Die Abstriche/Proben dürfen nicht am gleichen Tag entnommen sein.
- Die jeweils aktuellen Richtlinien des Robert-Koch-Instituts sind zu berücksichtigen.
- Es muss ein dokumentierter durchschnittlicher **Mehraufwand von mindestens 2 Stunden** täglich während der Behandlungstage mit strikter Isolierung entstehen.

Dazu gehören neben den oben beschriebenen Maßnahmen z.B.:

- Einsatz von erregerspezifischen Chemotherapeutika/ Antibiotika.
- Mindestens tägliche lokale antiseptische Behandlung der betroffenen Areale (z.B. Rachen oder Wundsanierung; antiseptische Sanierung anderer betroffener Körperteile/ Organe).
- Antiseptische Ganzkörperwäsche, bei intakter Haut mindestens täglich.
- Täglicher Wechsel von Bettwäsche, Bekleidung und Utensilien der Körperpflege (Waschlappen u.ä.).
- Schutzmaßnahmen bei Betreten und Verlassen des Zimmers (zimmerbezogener Schutzkittel, Handschuhe, ggf. Mund- Nasen- Schutz, einschleusen ausschleusen etc.).
- Ggf. mehrmals tägl. Desinfektion patientennaher Flächen.
- Mindestens tägliche Fußbodendesinfektion und Schlussdesinfektion.
- Patienten- und Angehörigengespräche zum Umgang mit MRE.

- Durchführung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen unter besonderen räumlich-organisatorischen Bedingungen (z.B. im Patientenzimmer anstelle im Funktionsbereich; wenn in Funktionsbereichen, dann mit unmittelbar anschließender Schlussdesinfektion).

Der Kode schließt **nicht** die Isolation bei Verdacht auf Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern und anschließend negativem Befund ein.

6.16.7 – Palliativmedizinische Komplexbehandlung

Seit 2014 wird die palliativmedizinische Komplexbehandlung über zwei verschiede OPS-Klassen in zwei verschiedenen Zusatzentgelten abgebildet,

8-982	*Palliativmedizinische Komplexbehandlung ZE60*
8-98e	*Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung ZE145*

die wiederum nach Behandlungsdauer differenziert werden:

.0	*Bis zu 6 Behandlungstage (ohne ZE Relevanz)*
.1	*Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage*
.2	*Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage*
.3	*Mindestens 21 Behandlungstage*

Für die Kodierung der palliativmedizinischen Komplexbehandlungen (8-982.- und 8-98e) sind vielfältige und unterschiedliche Mindestmerkmale zu erfüllen, die im Detail im OPS-Katalog nachzulesen sind. Die parallele Kodierung beider OPS-Klassen ist ausgeschlossen.

Gemeinsame Voraussetzungen sind:

- Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Behandlung

- Aktive, ganzheitliche Behandlung zur Symptomkontrolle und psychosozialen Stabilisierung ohne kurative Intention und im Allgemeinen ohne Beeinflussung der Grunderkrankung von Patienten mit einer progredienten, fortgeschrittenen Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung unter Einbeziehung ihrer Angehörigen
- Aktivierend- oder begleitend-therapeutische Pflege durch besonders in diesem Bereich geschultes Pflegepersonal
- Erstellung und Dokumentation eines individuellen Behandlungsplans bei Aufnahme
- Wöchentliche multidisziplinäre Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele

Einsatz von mindestens zwei der folgenden Therapiebereiche:

- Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Psychologie, Physiotherapie, künstl. Therapie (Kunst- und Musiktherapie), Entspannungstherapie, Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengespräche mit insgesamt mindestens 6 Stunden pro Patient und Woche in patientenbezogenen unterschiedlichen Kombinationen (Die Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengespräche können von allen Berufsgruppen des Behandlungsteams durchgeführt werden).

Während für die Kodierung der OPS-Klasse 8-982 die Leitung der Behandlung durch einen Facharzt mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin ausreichend ist, sind für die Kodierung der spezialisierten stationären palliativmedizinischen Komplexbehandlung folgende weitere Mindestkriterien zu erfüllen:

- Kontinuierliche, 24-stündige Behandlung auf einer eigenständigen Palliativeinheit (mindestens 5 Betten) durch ein multidisziplinäres und multiprofessionelles, auf die besonders aufwendige und komplexe Palliativbehandlung spezialisiertes Team. Fachliche Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin

und mindestens 6-monatiger Erfahrung in der Behandlung von Palliativpatienten auf einer Palliativstation oder in einer anderen Einrichtung der spezialisierten Palliativversorgung. Die 24-stündige fachliche Behandlungsleitung kann durch Rufbereitschaft gewährleistet werden
- Von Montag bis Freitag tagsüber eine mindestens 7-stündige ärztliche Anwesenheit auf der Palliativeinheit
- Pflegerische Leitung mit Nachweis einer anerkannten curricularen palliativpflegerischen Zusatzqualifikation von mindestens 160 Stunden sowie mit mindestens 6-monatiger Erfahrung in einer Einrichtung der spezialisierten Palliativversorgung
- Tägliche multiprofessionelle Fallbesprechung mit Dokumentation
- Begleitung des Patienten durch einen fallbezogenen Koordinator
- Bedarfsgerechte Anwendung spezialisierter apparativer palliativmedizinischer Behandlungsverfahren und deren kontinuierliche Überwachung, z.B. Schmerzpumpen und weitere kontinuierliche parenterale Therapien zur Symptomkontrolle
- Bedarfsgerechte Vermittlung zu qualifizierten und kontinuierlichen Unterstützungsangeboten für Angehörige (auch über den Tod des Patienten hinaus)
- Bedarfsgerechte Vermittlung und Überleitung zu nachfolgenden Betreuungsformen der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung unter besonderer Berücksichtigung von Notfallvorausplanung, strukturierter Anleitung von Angehörigen, sozialrechtlicher Beratung und bedarfsgerechter Zuweisung

Weitere Hinweise zur Erfüllung der beiden OPS Kodes finden Sie unter FAQ des DIMDI: *https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/ops/kodierfragen/*

6.16.8 – Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker

Qualifizierter Entzug

Die Kodes für die Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker sind nur für Leistungen anzugeben, die in Einrichtungen im Geltungsbereich des § 17b KHG erbracht wurden.
Darüber hinaus ist für die Kodierung des Komplexkodes 8-985.- eine Reihe von Mindestmerkmalen zu erfüllen:

- Behandlung durch ein multidisziplinär zusammengesetztes, systematisch supervidiertes Behandlungsteam (Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten oder Suchttherapeuten, Sozialpädagogen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Krankenpflege mit suchtmedizinischer Zusatzqualifikation wie z.B. Fortbildung in motivierender Gesprächsführung) unter Leitung eines Arztes für Psychiatrie und Psychotherapie, eines Arztes mit der Zusatzweiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ oder eines Facharztes für Innere Medizin mit belegter Fachkunde bzw. Zusatzweiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“. Im letztgenannten Fall muss das für den qualifizierten Entzug zuständige Team über kontinuierlichen psychiatrisch 6psychotherapeutischen Sachverstand verfügen (z.B. mehrmals wöchentliche Konsiliartätigkeit eines Arztes für Psychiatrie und Psychotherapie).
- Somatische Entgiftung, differenzierte somatische und psychiatrische Befunderhebung mit Behandlung der Folge- und Begleiterkrankungen, Aufklärung über Abhängigkeitserkrankungen, soziale Stabilisierung, Motivierung
- zur problemspezifischen Weiterbehandlung und Einleitung suchtspezifischer Anschlussbehandlungen.
- Standardisiertes suchtmedizinisches und soziales Assessment.
- Ressourcen- und lösungsorientiertes Therapiemanagement unter Einsatz differenzierter Therapieelemente in patientenbezogener Kombination von Gruppen- und Einzelarbeit mit mindestens drei Stunden pro Tag: Psychoedukative

Informationsgruppen, medizinische Informationsgruppen, Ergotherapie, Krankengymnastik/Bewegungstherapie, Entspannungsverfahren, Angehörigeninformation und -beratung, externe Selbsthilfegruppen, Informationsveranstaltungen von Einrichtungen des Suchthilfesystems.
- Eingliederung des Patienten in das bestehende regionale ambulante und stationäre Suchthilfesystem.

6.16.9 – Hochaufwändige Pflege von Patienten

Seit 2014 können mittels folgender OPS Kodes Zusatzentgelte für hochaufwändige Pflege, sogenannte „A4-Patienten" geltend gemacht werden.

9-200 *Hochaufwändige Pflege von Erwachsenen (ZE130)*
9-20 *Hochaufwändige Pflege von Kindern und Jugendlichen (ZE131)*
9-202 *Hochaufwändige Pflege von Kleinkindern (ZE131)*

Für die Kodierung der hochaufwändigen Pflege sind vielfältigste und unterschiedlichste Mindestmerkmale zu erfüllen, die im Detail im OPS-Katalog nachzulesen sind. Die maßgeblichen Aufwandspunkte werden anhand des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores für Erwachsene/Jugendliche oder Kleinkinder [PKMS-E/J/K] ermittelt (s. Anhang OPS-Katalog). Der PKMS ist nur für Zeiten auf Normal- oder Intermediate-Care-Stationen, jedoch nicht auf Intensivstationen zu kodieren. Er kann in den Zeiten, in denen Beatmungsstunden gezählt werden, nicht angewendet werden. An Tagen, an denen Aufwandspunkte für die intensivmedizinischen Komplexbehandlungen angerechnet werden, können keine Punkte aus den PKMS geltend gemacht werden. Die Erfassung von Beatmungsstunden und intensivmedizinischen Aufwandspunkten ist daher vorrangig vor der Erfassung des PKMS. Auch die parallele Erfassung von PKMS-Punkten

während Zeiten, die für die neurologischen Komplexbehandlungen des akuten Schlaganfalls (OPS-Klassen 8-981 und 8-98b) geltend gemacht werden, ist ausgeschlossen.
Der PKMS-E für Erwachsene ist bei Patienten ab dem Beginn des 19. Lebensjahres anzugeben. PKMS-J gilt für Kinder und Jugendliche mit Beginn des 7. Lebensjahres und bis Ende des 18.Lebensjahres. PKMS-K ist Kleinkindern zwischen dem 2. und 6. Lebensjahr vorbehalten. Ein Kode aus diesem Bereich ist anzugeben, wenn in einem oder mehreren Leistungsbereichen die Bedingungen des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores für Erwachsene [PKMS-E] erfüllt sind. Die sich daraus ergebenden Aufwandspunkte werden täglich addiert. Die Gesamtanzahl der Aufwandspunkte errechnet sich aus der Summe der täglich ermittelten Punkte aus dem PKMS-E über die Verweildauer des Patienten. Aufwandspunkte, die am Aufnahme- und/oder Entlassungstag entstehen, werden mit berücksichtigt.
Die pflegerischen Leistungen werden durch examinierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen oder unter deren Verantwortung erbracht. Die zu verwendenden Parameter des PKMS-E und weitere Nutzungshinweise sind im Anhang zum OPS zu finden.

6.16.10 – Ernährung

8-015 *Enterale Ernährungstherapie als medizinische Hauptbehandlung*
8-015.0 *Über eine Sonde*
8-015.1 *Über ein Stoma*
8-015.2 *Therapeutische Hyperalimentation*
8.16 *Parenterale Ernährungstherapie als medizinische Hauptbehandlung*
8-017*_ *Enterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung*
8-018* *Komplette parenterale E. als med. Nebenbehandlung*
8-98j *Ernährungsmedizinische Komplexbehandlung*

Mit Ausnahme der Ernährungsmedizinischen Komplexbehandlung (8-98j_) sind diese Kodes bei intensivmedizinisch behandelten Patienten nicht anzugeben. Die enterale Ernährung erfolgt über eine Sonde bzw. ein Stoma, im Falle der OPS Kodes 8-017, bzw. 8-018 ist als 5 Stelle die Dauer der Ernährungstherapie zu kodieren.

***0**	*Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage*
***1**	*Mindestens 14 bis höchstens 21 Behandlungstage*
***2**	*Mindestens 21 Behandlungstage*

Eine komplette parenterale Ernährung enthält die Makronährstoffe Glukose, Fette und Aminosäuren und die Mikronährstoffe fett- und wasserlösliche Vitamine und Spurenelemente.
Die parenterale Ernährung erfolgt zentralvenös.Die Erstellung des Behandlungsplanes ist jeweils bereits im Kode enthalten.

6.16.11 – Anästhesie/Sedierung bei Untersuchungen P009a

Die Analgosedierung bei einer Endoskopie ist schon im jeweiligen OPS-Kode für die interventionelle Leistung enthalten und braucht nicht gesondert kodiert werden. Dagegen ist eine im Ausnahmefall durchgeführte intravenöse Anästhesie, die einen zusätzlichen die Anästhesie überwachenden Arzt erfordert, als intravenöse Anästhesie zu dokumentieren. Das Monitoring der Atmung und des Kreislaufes mit entsprechender Dokumentation ist in dem OPS-Kode.

***8-900**	*Intravenöse Anästhesie*

bereits eingeschlossen.
Die Definition der Prozedur 8-900 impliziert, dass diese nur in Sondersituationen dokumentiert werden darf.

6.16.12 – Aszitespunktion

Bei der Aszitespunktion wird zwischen der diagnostischen und therapeutischen Punktion unterschieden:

1-853.2 *Diagnostische Aszitespunktion*
8-153 *Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle*
Exkl.: Spülung des Bauchraumes (8-176)

Aufgrund der Exklusiva im OPS wird klargestellt, dass die jeweiligen diagnostischen/therapeutischen Anteile nicht mit in den korrespondierenden Kodes enthalten sind. Erfolgt bei einer therapeutischen Aszitesdrainage auch eine Diagnostik (z.B. Zellzahlbestimmung), ist daher der OPS-Kode 1-853.2 zusätzlich zu kodieren. Sofern eine Aszitesdrainage mehrfach über ein angenähtes Drainage-System erfolgt, ist die

8-148 *Therapeutische Drainage von anderen Organen u. Geweben*

hier speziell

8.148.0 *Peritonealraum*

zu kodieren.

6.16.13 – Metabolische Funktionstestung

Der folgende Kode beschreibt metabolische Funktionsuntersuchungen, wie z.B. orale Leucin-, Carnitin-, Phenylpropionsäure-, Glukose-, Laktose-, Fruktose- und Fettbelastungstests, die intravenöse Pyruvatbelastung oder einen Fastentest. Voraussetzung für die Anwendung dieses Kodes ist die kontinuierliche ärztliche Überwachung in Notfallbereitschaft.

1-760	*Belastungstest mit Substanzen zum Nachweis einer Stoffwechselstörung*

Für die invasive Pankreasfunktionstestung steht folgender Kode zur Verfügung:

1-761	*Pankreasfunktionstest mit Aspiration von Duodenalsaft über eine Duodenalsonde*

Dieser Kode beinhaltet den Sekretin-Test.

6.16.14 – Funktionsuntersuchungen d. Verdauungstraktes

1-313	*Ösophagusmanometrie*
1-314	*Manometrie der Gallen- und Pankreasgänge*
1-315	*Anorektale Manometrie*
1-316.0	*Einfache pH-Metrie des Ösophagus*
1-316.10	*Langzeit-pH-Metrie des Ösophagus ohne Langzeit Impedanzmessung*
1-316.11	*Langzeit-pH-Metrie des Ösophagus mit Langzeit Impedanzmessung*
1-317.0	*Einfache pH-Metrie des Magens*
1-317.1	*Langzeit-pH-Metrie des Magens*
1-318	*Dünndarmmanometrie*
1-319	*Dickdarmmanometrie inkl. Barosta*

6.16.15 – Durchführung v. Genmutations- u. Genexpressionsanalysen

1-992-* *Durchführung von Genmutationsanalysen und Genexpressionsanalysen bei soliden bösartigen Neubildungen Analysen zur Prognosebestimmung und zur Therapie- planung und -steuerung bei einem malignen Tumor, z.B. PCR- und Sequenzanalyse, FISH, Immunhistochemische Analyse (ICA)*
1-992.0 *Analyse von 1 bis 2 genetischen Alterationen*
1-992.2 *Analyse von 3 bis 12 genetischen Alterationen*
1-992.3 *Analyse von 13 und mehr genetischen Alterationen*

* Nur einmal pro stationärem Aufenthalt anzugeben

6.16.16 – Allgemeine internistische Leistungen

1-424 *Biopsie ohne Inzision am Knochenmark (Yamshidi-Punktion, inkl. Stanzbiopsie)*
1-844 ↔ *Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle*
Hinw.: Nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben
8-152.1↔ *Therapeutische Pleurahöhlenpunktion*
Hinw.: Nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben
8-831 *Legen, und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße*
8-831.0 *Legen*
8-831.2 *Wechsel*
8-831.5 *Legen eines großlumigen Katheters zur extrakorporalen Blutzirkulation*
8-831.x *Sonstige*
8-771 *Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation*
Inkl.: Maßnahmen für die Atmung

6.16.17 – OPS-Zusatzkodes

OPS-Zusatzkodes für die Verwendung von Gentherapeutika, somatischen Zelltherapeutika und biotechnologisch bearbeiteten Gewebeprodukten.

Bei der Verwendung von Gentherapeutika, somatischen Zelltherapeutika und biotechnologisch bearbeiteten Gewebeprodukten (Tissue-Engineering-Produkten) sollte eine entsprechender OPS-Zusatzkode für die nationale Genehmigung bzw. internationale Zulassung angegeben werden:

5-936.0 *Nationale Genehmigung*
Hinw.: Dieser Zusatzkode ist für eine Genehmigung nach § 4b Arzneimittelgesetz anzugeben

5-936.1 *Internationale Zulassung*
Hinw.: Dieser Zusatzkode ist für eine Zulassung entsprechend der Verordnung Nr. 1394/2007 des europäischen Parlaments und des Rates anzugeben

7 – Relevante OPS-Kodes für Zusatzentgeltabrechnung

7.1 – Zusatzentgelte

Zusatzentgelte können additiv zu den DRG-Fallpauschalen abgerechnet werden. Voraussetzung für die Abrechnung der Zusatzentgelte ist die korrekte Kodierung der OPS-Kodes.
Für Arzneimittel und Blutprodukte ist die kumulative Gesamtdosis, die während eines kompletten stationären Aufenthalts verabreicht wird, zugrunde zu legen. Jedes Krankenhaus muss für sich klären, wie dieser Prozess der Dokumentation zu erfolgen hat. Schließlich kommt es z.B. insbesondere bei intensivmedizinisch behandelten Patienten häufig zu fachabteilungsübergreifenden Arzneimittelgaben, die im Rahmen der Zusatzentgeltabrechnung aufzuaddieren und einem OPS-Kode abzubilden sind.
Nachfolgend werden die für die Gastroenterologie wesentlichen OPS-Kodes vorgestellt.

7.2 – Leberersatztherapie

Für jede durchgeführte Leberersatztherapie ist der OPS-Kode 8-858 zu verschlüsseln:

8-858 *Leberdialyse ZE2019-10*
8-858 *Extrakorporale Leberersatztherapie [Leberdialyse]*

7.3 – Radiofrequenzablation am Ösophagus ZE161

5-422.55 *Radiofrequenzablation Ösophagus*

7.4 – Immunadsorption

Der Kode für die Immunadsorption ist für jede Sitzung einzeln zu verschlüsseln. Regenerierbare und nicht regenerierbare Säulen werden separat kodiert, eine weitere Differenzierung erfolgt für regenerierbare Säulen nach Ersteinsatz und weiteren Anwendungen:

8-821.0	*Mit nicht regenerierbarer Säule*
8-821.10	*Mit regenerierbarer Säule: Ersteinsatz* *Hinw.: Dieser Kode ist nur einmal pro therapeutisches Protokoll anzugeben. Jede weitere Anwendung der regenerierbaren Säule ist gesondert zu kodieren (8-821.1)*
8-821.11	*Mit regenerierbarer Säule: Weitere Anwendungen*

7.5 – Selbstexpandierende Prothesen: Ösophagus und Gallengänge

Ösophagus (selbstexpandierend), endoskopisch ZE2019-54	
5-429.j1	*Einlegen od. Wechsel, eine Prothese ohne Antirefluxventil*
5-429.j4	*Einlegen od. Wechsel, 2 Prothesen ohne Antirefluxventil*
5-429.ja	*Einlegen od. Wechsel, > 2 Prothesen ohne Antirefluxventil*
5-429.jc	*Einlegen od. Wechsel, eine Prothese mit Antirefluxventil*
5-429.je	*Einlegen od. Wechsel, 2 Prothesen eine davon mit Antirefluxventil*
5.429.jg	*Einlegen oder Wechsel, > 2 Prothesen eine davon mit Antirefluxventil*
Gallenwege (selbstexpandierend), endoskopisch ZE2019-54	
5-513.m0	*Einlage oder Wechsel, 1 ungecoverter Stent*
5-513.m1	*Einlage oder Wechsel, 2 ungecoverte Stents*
5-513.m2	*Einlage oder Wechsel, 3 od. mehr ungecoverte Stents*
5-513.n0	*Einlage oder Wechsel, 1 gecoverte Stent-Prothese*
5-513.n1	*Einlage oder Wechsel, 2 gecoverte Stent-Prothesen*
5-513.n2	*Einlage oder Wechsel, 3 oder mehr gecoverte Stent-Prothesen*

5-513.k *Zugang durch retrograde Endoskopie*
Zusatzkode: Nur anzugeben, wenn eine retrograde Endoskopie als Zugang für eines der o.a. Verfahren eingesetzt wurde (z.B. nach Gastrektomie oder Magenteilresektion mit mit Roux-Y-Anastomose)

Gallenwege (selbstexpandierend), perkutan-transhepatisch ZE2019-54

5-517.03 *Einlegen oder Wechsel, 1 ungecoverter Stent*
5-517.13 *Einlage oder Wechsel, 2 ungecoverte Stents*
5-517.23 *Einlage oder Wechsel, 3 ungecoverte Stents*
5-517.33 *Einlage oder Wechsel, 4 od. mehr ungecoverte Stents*
5-517.43 *Einlage oder Wechsel, 1 gecoverte Stent-Prothese*
5-517.53 *Einlage oder Wechsel, 2 gecoverte Stent-Prothesen*
5-517.63 *Einlage oder Wechsel, 3 gecoverte Stent-Prothesen*
5-517.73 *Einlage oder Wechsel, 4 oder mehr gecoverte Stent-Prothesen*

Magen (selbstexpandierend), endoskopisch ZE2019-54

5-449.h3 *Einlegen oder Wechsel einer Prothese*

Darm (selbstexpandierend), endoskopisch ZE2019-54

5-469.k3 *Einlegen oder Wechsel einer Prothese*

Rektum (selbstexpandierend), endoskopisch ZE2019-54

5-489.g0 *Einlegen oder Wechsel einer Prothese*
5-489.h0 *Entfernung einer Prothese*

Pankreasgang (selbstexpandierend), endoskopisch ZE2019-54

5-526.e0 *Einlegen einer Prothese*
5-526.f0 *Wechsel einer Prothese*

Pankreas und Pankreasgang (selbstexpandierend), sonstig da kein spezieller Kode für endoskopisch ZE2019-54

5-529.gx *Einlegen einer Prothese*
5-529.jx *Wechsel einer Prothese*
5-529.n4 *Transgastrale Drainage einer Pankreaszyste mit Einlegen eines Stents*
5-529.p2 *Transgastrale Entfernung einer Pankreaszyste mit Einlegen eines Stents*

7.6 – Arzneimittel

7.6.1 – Hausindividuelle Vorgaben

Bitte beachten Sie Ihre hausindividuellen Vorgaben zur Dokumentation der folgenden Kumulationskodes. Die folgende Liste stellt nur auszugsweise Arzneimittel vor, die als Zusatzentgelte abgerechnet werden können. Die Gesamtliste findet sich im Fallpauschalenkatalog (*www.g-drg.de*). Zu beachten sind auch die Antimykotika, die insbesondere im Rahmen der Intensivtherapie verabreicht werden.
Es ist stets nur die den Patienten verabreichte Menge zu kodieren. Verworfene Anteile sind nicht kodierfähig.

7.6.2 – Adalimumab, parenteral

Adalimumab, parenteral* ZE2019-148
6-001.d0 *10 mg bis unter 25 mg*
6-001.d1 *25 mg bis unter 40 mg*
6-001.d2 *40 mg bis unter 80 mg*
6-001.d3 *80 mg bis unter 120 mg*
6-001.d4 *120 mg bis unter 160 mg*
6-001.d5 *160 mg bis unter 200 mg*
6-001.d6 *200 mg bis unter 240 mg*
6-001.d7 *240 mg bis unter 280 mg*
6-001.d8 *280 mg bis unter 320 mg*
6-001.d9 *320 mg bis unter 360 mg*
6-001.da *360 mg bis unter 400 mg*
6-001.db *400 mg bis unter 440 mg*
6-001.dc *440 mg und mehr*

* Für Kinder unter 15 Jahren sind auch geringere Dosen zu kodieren

7.6.3 – Amphotericin-B-Lipidkomplex, parenteral

Amphotericin-B-Lipidkomplex, parenteral* ZE2019-80
6-003.12* *600 mg bis unter 800 mg**
6-003.13 *800 mg bis unter 1.000 mg*
6-003.14 *1.000 mg bis unter 1.400 mg*
6-003.15 *1.400 mg bis unter 1.800 mg*
6-003.16 *1.800 mg bis unter 2.200 mg*
6-003.17 *2.200 mg bis unter 2.600 mg*
6-003.18 *2.600 mg bis unter 3.400 mg*
6-003.19 *3.400 mg bis unter 4.200 mg*
6-003.1a *4.200 mg bis unter 5.000 mg*
6-003.1b *5.000 mg bis unter 5.800 mg*
6-003.1c *5.800 mg bis unter 7.400 mg*
6-003.1d *7.400 mg bis unter 9.000 mg*
Kodes für größere Dosen können dem OPS entnommen werden
* Für Kinder unter 15 Jahren sind auch geringere Dosen zu kodieren

7.6.4 – Anidulafungin, parenteral

Anidulafungin, parenteral* ZE2019-154
6-003.k2* *200 mg bis unter 300 mg**
6-003.k3 *300 mg bis unter 400 mg*
6-003.k4 *400 mg bis unter 500 mg*
6-003.k5 *500 mg bis unter 600 mg*
6-003.k6 *600 mg bis unter 700 mg*
6-003.k7 *700 mg bis unter 800 mg*
6-003.k8 *800 mg bis unter 900 mg*
6-003.k9 *900 mg bis unter 1.000 mg*
6-003.ka *1.000 mg bis unter 1.200 mg*
6-003.kb *1.200 mg bis unter 1.400 mg*
6-003.kc *1.400 mg bis unter 1.600 mg*
6-003.kd *1.600 mg bis unter 1.800 mg*
6-003.ke *1.800 mg bis unter 2.000 mg*
Kodes für größere Dosen können dem OPS entnommen werden
* Für Kinder unter 15 Jahren sind auch geringere Dosen zu kodieren

7.6.5 – Bevacizumab, parenteral

Bevacizumab, parenteral ZE74
6-002.90 *150 mg bis unter 250 mg*
6-002.91 *250 mg bis unter 350 mg*
6-002.92 *350 mg bis unter 450 mg*
6-002.93 *450 mg bis unter 550 mg*
6-002.94 *550 mg bis unter 650 mg*
6-002.95 *650 mg bis unter 750 mg*
6-002.96 *750 mg bis unter 850 mg*
6-002.97 *850 mg bis unter 950 mg*
6-002.98 *950 mg bis unter 1.150 mg*
6-002.99 *1.150 mg bis unter 1.350 mg*
6-002.9a *1.350 mg bis unter 1.550 mg*
Kodes für größere Dosierungen können dem OPS entnommen werden

7.6.6 – Bortezomib, parenteral

Bortezomib, parenteral ZE2019-147
6-001.90 *1,5 mg bis unter 2,5 mg*
6-001.91 *2,5 mg bis unter 3,5 mg*
6-001.92 *3,5 mg bis unter 4,5 mg*
6-001.93 *4,5 mg bis unter 5,5 mg*
6-001.94 *5,5 mg bis unter 6,5 mg*
6-001.95 *6,5 mg bis unter 7,5 mg*
6-001.96 *7,5 mg bis unter 8,5 mg*
6-001.97 *8,5 mg bis unter 9,5 mg*
6-001.98 *9,5 mg bis unter 10,5 mg*
6-001.99 *10,5 mg bis unter 11,5 mg*
6-001.9a *11,5 mg bis unter 13,5 mg*
Kodes für größere Dosierungen können dem OPS entnommen werden

7.6.7 – Bosutinib, oral

Bosutinib, oral, Kein Zusatzentgelt
6-007.4 *Alle Dosierungen*

7.6.8 – Certolizumab, parenteral

Certolizumab, parenteral Kein ZE
6-005.7 *Alle Dosierungen*

7.6.9 – Cetuximab, parenteral

Cetuximab, parenteral ZE50
6-001.a0 *250 mg bis unter 350 mg*
6-001.a1 *350 mg bis unter 450 mg*
6-001.a2 *450 mg bis unter 550 mg*
6-001.a3 *550 mg bis unter 650 mg*
6-001.a4 *650 mg bis unter 750 mg*
6-001.a5 *750 mg bis unter 850 mg*
6-001.a6 *850 mg bis unter 1.050 mg*
6-001.a7 *1.050 mg bis unter 1.250 mg*
6-001.a8 *1.250 mg bis unter 1.450 mg*
6-001.a9 *1.450 mg bis unter 1.650 mg*
6-001.aa *1.650 mg bis unter 1.850 mg*
Kodes für größere Dosierungen können dem OPS entnommen werden

7.6.10 – Docetaxel, parenteral

Docetaxel, parenteral ZE80
6-002.hd *840 mg bis unter 960 mg*
6-002.hc *720 mg bis unter 840 mg*
6-002.he *960 mg bis unter 1.080 mg*
6-002.hf *1.080 mg und mehr*

7.6.11 – Eculizumab, parenteral

Eculizumab, parenteral ZE154
6-003.h0 *300 mg bis unter 600 mg*
6-003.h1 *600 mg bis unter 900 mg*
6-003.h2 *900 mg bis unter 1.200 mg*
6-003.h3 *1.200 mg bis unter 1.500 mg*
6-003.h4 *1.500 mg bis unter 1.800 mg*
6-003.h5 *1.800 mg bis unter 2.100 mg*
6-003.h6 *2.100 mg bis unter 2.400 mg*
6-003.h7 *2.400 mg bis unter 2.700 mg*
6-003.h8 *2.700 mg bis unter 3.000 mg*
6-003.h9 *3.000 mg bis unter 3.300 mg*
6-003.ha *3.300 mg bis unter 3.600 mg*
6-003.hb *3.600 mg bis unter 3.900 mg*
6-003.hc *3.900 mg bis unter 4.200 mg*
6-003.hd *4.200 mg bis unter 4.500 mg*
6-003.he *4.500 mg bis unter 4.800 mg*
6-003.hf *4.800 mg bis unter 5.100 mg*
6-003.hg *5.100 mg bis unter 5.400 mg*
6-003.hh *5.400 mg bis unter 5.700 mg*
6-003.hj *5.700 mg bis unter 6.000 mg*
Kodes für größere Dosierungen können dem OPS entnommen werden

7.6.12 – Enzymersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, parenteral

Enzymersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, parenteral ZE2019-66
6-003.7 *Alle Dosierungen bei Therapien z.B. mit Imiglucerase, Laronidase oder Alglucosidase alfa*

7.6.13 – Everolimus, oral

Everolimus, oral Kein ZE
6-005.8 *Alle Dosierungen*

7.6.14 – Filgrastim, parenteral

Filgrastim, parenteral* ZE40
6-002.13* *250 Mio. IE bis unter 350 Mio. IE**
6-002.14 *350 Mio. IE bis unter 450 Mio. IE*
6-002.15 *450 Mio. IE bis unter 550 Mio. IE*
6-002.16 *550 Mio. IE bis unter 650 Mio. IE*
6-002.17 *650 Mio. IE bis unter 750 Mio. IE*
6-002.18 *750 Mio. IE bis unter 850 Mio. IE*
6-002.19 *850 Mio. IE bis unter 950 Mio. IE*
6-002.1a *950 Mio. IE bis unter 1.050 Mio. IE*
6-002.1b *1.050 Mio. IE bis unter 1.250 Mio. IE*
6-002.1c *1.250 Mio. IE bis unter 1.450 Mio. IE*
6-002.1d *1.450 Mio. IE bis unter 1.650 Mio. IE*
Kodes für größere Dosierungen können dem OPS entnommen werden

* Für Kinder unter 15 Jahren sind auch geringere Dosen zu kodieren

7.6.15 – Gemcitabin, parenteral

Gemcitabin, parenteral ZE17
6-001.19 *19,0 g bis unter 22,0 g*
6-001.1a *22,0 g bis unter 25,0 g*
6-001.1b *25,0 g bis unter 28,0 g*
6-001.1c *28,0 g bis unter 31,0 g*
6-001.1d *31,0 g bis unter 34,0 g*
6-001.1e *34,0 g und mehr*

7.6.16 – Golimumab, parenteral

Golimumab, parenteral Kein ZE
6-005.2 *Alle Dosierungen*

7.6.17 – Hämin, parenteral

Hämin, parenteral* ZE2019-69
6-004.11* *200 mg bis unter 400 mg**
6-004.12 *400 mg bis unter 600 mg*
6-004.13 *600 mg bis unter 800 mg*
6-004.14 *800 mg bis unter 1.000 mg*
6-004.15 *1.000 mg bis unter 1.400 mg*
6-004.16 *1.400 mg bis unter 1.800 mg*
6-004.17 *1.800 mg bis unter 2.200 mg*
6-004.18 *2.200 mg bis unter 2.600 mg*
6-004.19 *2.600 mg und mehr*
* Für Kinder unter 15 Jahren sind auch geringere Dosen zu kodieren

7.6.18 – Human-Immunglobulin

Human-Immunglobulin, polyvalent* ZE93
8-810.w2* *10 g bis unter 15 g**
8-810.w3 *15 g bis unter 25 g*
8-810.w4 *25 g bis unter 35 g*
8-810.w5 *35 g bis unter 45 g*
8-810.w6 *45 g bis unter 55 g*
8-810.w7 *55 g bis unter 65 g*
8-810.w8 *65 g bis unter 75 g*
8-810.w9 *75 g bis unter 85 g*
8-810.wa *85 g bis unter 105 g*
Kodes für größere Transfusionsmengen können dem OPS entnommen werden
* Für Kinder unter 15 Jahren sind auch geringere Dosen zu kodieren

Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Hepatitis-B-Surface-Antigen ZE51
8-810.q0 *2.000 I.E. bis unter 4.000 I.E.*
8-810.q1 *4.000 I.E. bis unter 6.000 I.E.*
8-810.q2 *6.000 I.E. bis unter 8.000 I.E.*
8-810.q3 *8.000 I.E. bis unter 10.000 I.E.*
8-810.q4 *10.000 I.E. bis unter 12.000 I.E.*
8-810.q5 *12.000 I.E. bis unter 14.000 I.E.*
8-810.q6 *14.000 I.E. bis unter 16.000 I.E.*
8-810.q7 *16.000 I.E. bis unter 18.000 I.E.*
8-810.q8 *18.000 I.E. bis unter 20.000 I.E.*
8-810.q9 *20.000 I.E. bis unter 22.000 I.E.*
8-810.qa *22.000 I.E. bis unter 24.000 I.E.*
Kodes für größere Dosierungen können dem OPS entnommen werden
Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Zytomegalie-Virus (CMV)* ZE64
8-810.s3* *5,0 g bis unter 7,5 g**
8-810.s4 *7,5 g bis unter 10,0 g*
8-810.s5 *10,0 g bis unter 12,5 g*
8-810.s6 *12,5 g bis unter 15,0 g*
8-810.s7 *15,0 g bis unter 20,0 g*
8-810.s8 *20,0 g bis unter 25,0 g*
8-810.s9 *25,0 g bis unter 30,0 g*
8-810.sa *30,0 g bis unter 35,0 g*
8-810.sb *35,0 g bis unter 40,0 g*
8-810.sc *40,0 g bis unter 45,0 g*
8-810.sd *45,0 g bis unter 50,0 g*
8-810.se *50,0 g und mehr*

* Für Kinder unter 15 Jahren sind auch geringere Dosen zu kodieren

Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Varicella-Zoster-Virus (VZV) *ZE67
8-810.t3* *1.000 IE bis unter 1.500 IE**
8-810.t4 *1.500 IE bis unter 2.000 IE*
8-810.t5 *2.000 IE bis unter 2.500 IE*
8-810.t6 *2.500 IE bis unter 3.000 IE*
8-810.t7 *3.000 IE bis unter 3.500 IE*
8-810.t8 *3.500 IE bis unter 4.000 IE*
8-810.t9 *4.000 IE bis unter 5.000 IE*
8-810.ta *5.000 IE bis unter 6.000 IE*
8-810.tb *6.000 IE bis unter 7.000 IE*
8-810.tc *7.000 IE bis unter 8.000 IE*
8-810.td *Mehr als 8.000 IE*
* Für Kinder unter 15 Jahren sind auch geringere Dosen zu kodieren

7.6.19 – Imatinib, oral

Imatinib, oral* ZE2019-122
6-001.g3* *2.800 mg bis unter 4.000 mg**
6-001.g4 *4.000 mg bis unter 5.200 mg*
6-001.g5 *5.200 mg bis unter 6.400 mg*
6-001.g6 *6.400 mg bis unter 7.600 mg*
6-001.g7 *7.600 mg bis unter 8.800 mg*
6-001.g8 *8.800 mg bis unter 11.200 mg*
6-001.g9 *11.200 mg bis unter 13.600 mg*
6-001.ga *13.600 mg bis unter 16.000 mg*
6-001.gb *16.000 mg bis unter 18.400 mg*
6-001.gd *18.400 mg bis unter 20.800 mg*
6-001.ge *20.800 mg bis unter 23.200 mg*
Kodes für größere Dosierungen können dem OPS entnommen werden
* Für Kinder unter 15 Jahren sind auch geringere Dosen zu kodieren

7.6.20 – Infliximab, parenteral

Infliximab, parenteral* ZE2019-149
6-001.e2 *150 mg bis unter 200 mg**
6-001.e3 *200 mg bis unter 300 mg*
6-001.e4 *300 mg bis unter 400 mg*
6-001.e5 *400 mg bis unter 500 mg*
6-001.e6 *500 mg bis unter 600 mg*
6-001.e7 *600 mg bis unter 700 mg*
6-001.e8 *700 mg bis unter 800 mg*
6-001.e9 *800 mg bis unter 900 mg*
6-001.ea *900 mg bis unter 1.000 mg*
6-001.eb *1.000 mg bis unter 1.200 mg*
6-001.ec *1.200 mg bis unter 1.400 mg*
Kodes für größere Dosierungen können dem OPS entnommen werden

* Für Kinder unter 15 Jahren sind auch geringere Dosen zu kodieren

7.6.21 – Interferon alfa-2a, parenteral

Interferon alfa-2a, parenteral ZE2019-59
8-812.10 *100 Mio. IE bis unter 125 Mio. IE*
8-812.11 *125 Mio. IE bis unter 150 Mio. IE*
8-812.12 *150 Mio. IE bis unter 175 Mio. IE*
8-812.13 *175 Mio. IE bis unter 200 Mio. IE*
8-812.14 *200 Mio. IE bis unter 225 Mio. IE*
8-812.15 *225 Mio. IE bis unter 250 Mio. IE*
8-812.16 *250 Mio. IE bis unter 275 Mio. IE*
8-812.17 *275 Mio. IE bis unter 300 Mio. IE*
8-812.18 *300 Mio. IE bis unter 350 Mio. IE*
8-812.19 *350 Mio. IE bis unter 400 Mio. IE*
8-812.1a *400 Mio. IE bis unter 450 Mio. IE*
Kodes für größere Dosierungen können dem OPS entnommen werden

Interferon alfa-2b, parenteral ZE2019-60
8-812.20 *75 Mio. IE bis unter 100 Mio. IE*
8-812.21 *100 Mio. IE bis unter 125 Mio. IE*
8-812.22 *125 Mio. IE bis unter 150 Mio. IE*
8-812.23 *150 Mio. IE bis unter 175 Mio. IE*
8-812.24 *175 Mio. IE bis unter 200 Mio. IE*
8-812.25 *200 Mio. IE bis unter 225 Mio. IE*
8-812.26 *225 Mio. IE bis unter 250 Mio. IE*
8-812.27 *250 Mio. IE bis unter 275 Mio. IE*
8-812.28 *275 Mio. IE bis unter 300 Mio. IE*
8-812.29 *300 Mio. IE bis unter 350 Mio. IE*
8-812.2a *350 Mio. IE bis unter 400 Mio. IE*
Kodes für größere Dosierungen können dem OPS entnommen werden

7.6.22 – Irinotecan, parenteral

Irinotecan, parenteral ZE19
6-001.3d *2.000 mg bis unter 2.200 mg*
6-001.3e *2.200 mg bis unter 2.400 mg*
6-001.3f *2.400 mg bis unter 2.600 mg*
6-001.3g *2.600 mg bis unter 2.800 mg*
6-001.3h *2.800 mg bis unter 3.000 mg*
6-001.3j *3.000 mg und mehr*

7.6.23 – Itraconazol, parenteral

Itraconazol, parenteral* ZE113
6-002.c2* *1.200 mg bis unter 1.600 mg**
6-002.c3 *1.600 mg bis unter 2.000 mg*
6-002.c4 *2.000 mg bis unter 2.400 mg*
6-002.c5 *2.400 mg bis unter 2.800 mg*
6-002.c6 *2.800 mg bis unter 3.200 mg*

Itraconazol, parenteral* ZE113 (Fortsetzung)
6-002.c7 *3.200 mg bis unter 3.600 mg*
6-002.c8 *3.600 mg bis unter 4.000 mg*
6-002.c9 *4.000 mg bis unter 4.800 mg*
6-002.ca *4.800 mg bis unter 5.600 mg*
6-002.cb *5.600 mg bis unter 6.400 mg*
6-002.cc *6.400 mg bis unter 7.200 mg*
6-002.cd *7.200 mg bis unter 8.000 mg*
6-002.ce *8.000 mg bis unter 8.800 mg*
6-002.cg *8.800 mg bis unter 10.400 mg*
6-002.ch *10.400 mg bis unter 12.000 mg*
6-002.cj *12.000 mg bis unter 13.600 mg*
6-002.ck *13.600 mg bis unter 16.800 mg*
6-002.cm *16.800 mg bis unter 20.000 mg*
6-002.cn *20.000 mg bis unter 23.200 mg*
6-002.cp *23.200 mg und mehr*
* Für Kinder unter 10 Jahren sind auch geringere Dosen zu kodieren

7.6.24 – Lenograstim, parenteral

Lenograstim, parenteral* ZE42
6-002.23* *300 Mio. IE bis unter 400 Mio. IE**
6-002.24 *400 Mio. IE bis unter 500 Mio. IE*
6-002.25 *500 Mio. IE bis unter 600 Mio. IE*
6-002.26 *600 Mio. IE bis unter 800 Mio. IE*
6-002.27 *800 Mio. IE bis unter 1.000 Mio. IE*
6-002.28 *1.000 Mio. IE bis unter 1.200 Mio. IE*
6-002.29 *1.200 Mio. IE bis unter 1.400 Mio. IE*
6-002.2a *1.400 Mio. IE bis unter 1.600 Mio. IE*
6-002.2b *1.600 Mio. IE bis unter 1.800 Mio. IE*
6-002.2c *1.800 Mio. IE bis unter 2.000 Mio. IE*
6-002.2d *2.000 Mio. IE bis unter 2.200 Mio. IE*
Kodes für größere Dosierungen können dem OPS entnommen werden
* Für Kinder unter 15 Jahren sind auch geringere Dosen zu kodieren

7.6.25 – Hepatitis C Medikamente

6-007.g *Ledipasvir-Sofosbuvir, oral*
6-00a.6 *Glecaprevir-Pibrentasvir, oral*
6-00a.h *Sofosbuvir-Velpatasvir-Voxilaprevir, oral*

7.6.26 – Liposomales Amphotericin B, parenteral

Liposomales Amphotericin B, parenteral* ZE110
6-002.q2* *250 mg bis unter 350 mg**
6-002.q3 *350 mg bis unter 450 mg*
6-002.q4 *450 mg bis unter 550 mg*
6-002.q5 *550 mg bis unter 650 mg*
6-002.q6 *650 mg bis unter 750 mg*
6-002.q7 *750 mg bis unter 850 mg*
6-002.q8 *850 mg bis unter 950 mg*
6-002.q9 *950 mg bis unter 1.150 mg*
6-002.qa *1.150 mg bis unter 1.350 mg*
6-002.qb *1.350 mg bis unter 1.550 mg*
6-002.qc *1.550 mg bis unter 1.750 mg*
6-002.qd *1.750 mg bis unter 1.950 mg*
6-002.qe *1.950 mg bis unter 2.150 mg*
Kodes für größere Dosierungen können dem OPS entnommen werden

* Für Kinder unter 15 Jahren sind auch geringere Dosen zu kodieren

7.6.27 – Micafungin, parenteral

Micafungin, parenteral* ZE128
6-004.51* *150 mg bis unter 200 mg**
6-004.52 *250 mg bis unter 350 mg**
6-004.53 *350 mg bis unter 450 mg*
6-004.54 *450 mg bis unter 550 mg*
6-004.55 *550 mg bis unter 650 mg*
6-004.56 *650 mg bis unter 750 mg*

Micafungin, parenteral* ZE128 (Fortsetzung)
6-004.57 *750 mg bis unter 850 mg*
6-004.58 *850 mg bis unter 950 mg*
6-004.59 *950 mg bis unter 1.150 mg*
6-004.5a *1.150 mg bis unter 1.350 mg*
6-004.5b *1.350 mg bis unter 1.550 mg*
6-004.5c *1.550 mg bis unter 1.950 mg*
6-004.5d *1.950 mg bis unter 2.350 mg*
6-004.5e *2.350 mg bis unter 2.750 mg*
Kodes für größere Dosen können dem OPS entnommen werden
* Für Kinder unter 15 Jahren sind auch geringere Dosen zu kodieren

7.6.28 – Natalizumab, parenteral

Natalizumab, parenteral ZE97
6-003.f0 *300 mg bis unter 600 mg*
6-003.f1 *600 mg bis unter 900 mg*
6-003.f2 *900 mg und mehr*

7.6.29 – Panitumumab, parenteral

Panitumumab, parenteral ZE116
6-004.70 *180 mg bis unter 300 mg*
6-004.71 *300 mg bis unter 420 mg*
6-004.72 *420 mg bis unter 540 mg*
6-004.73 *540 mg bis unter 660 mg*
6-004.74 *660 mg bis unter 780 mg*
6-004.75 *780 mg bis unter 900 mg*
6-004.76 *750 mg bis unter 1.020 mg*
6-004.77 *1.020 mg bis unter 1.260 mg*
6-004.78 *1.260 mg bis unter 1.500 mg*
6-004.79 *1.500 mg bis unter 1.740 mg*
6-004.7a *1.740 mg bis unter 1.980 mg*
Kodes für größere Dosierungen können dem OPS entnommen werden

7.6.30 – Pazopanib, oral

Pazopanib, oral Kein ZE
6-005.a *Alle Dosierungen*

7.6.31 – Pegfilgastrim, parenteral

Pegfilgastrim, parenteral* ZE71
6-002.72* *6 mg bis unter 12 mg**
6-002.73 *12 mg bis unter 18 mg*
6-002.74 *18 mg bis unter 24 mg*
6-002.75 *24 mg bis unter 30 mg*
6-002.76 *30 mg und mehr*
* Für Kinder unter 15 Jahren sind auch geringere Dosen zu kodieren

7.6.32 – Posaconazol, parenteral

Posaconazol, parenteral ZE2019-15
6-007.k0 *300 mg bis unter 600 mg*
6-007.k1 *600 mg bis unter 900 mg*
6-007.k2 *900 mg bis unter 1.200 mg*
6-007.k3 *1.200 mg bis unter 1.500 mg*
6-007.k4 *1.500 mg bis unter 1.800 mg*
6-007.k5 *1.800 mg bis unter 2.100 mg*
6-007.k6 *2.100 mg bis unter 2.400 mg*
6-007.k7 *2.400 mg bis unter 2.700 mg*
6-007.k8 *2.700 mg bis unter 3.000 mg*
6-007.k9 *3.000 mg bis unter 3.300 mg*
6-007.ka *3.300 mg bis unter 3.600 mg*
6-007.kb *3.600 mg bis unter 3.900 mg*
6-007.kc *3.900 mg bis unter 4.200 mg*
6-007.kd *4.200 mg bis unter 4.800 mg*
6-007.ke *4.800 mg bis unter 5.400 mg*
6-007.kf *5.400 mg bis unter 6.000 mg*
6-007.kg *6.000 mg bis unter 7.200 mg*

Posaconazol, parenteral ZE2019-15 (Fortsetzung)
6-007.kh *7.200 mg bis unter 8.400 mg*
6-007.kj *8.400 mg bis unter 9.600 mg*
6-007.kk *9.600 mg bis unter 12.000 mg*
6-007.km *12.000 mg bis unter 14.400 mg*
6-007.kn *14.400 mg bis unter 16.800 mg*
6-007.kp *16.800 mg bis unter 21.600 mg*
6-007.kq *21.600 mg bis unter 26.400 mg*
6-007.kr *26.400 mg bis unter 31.200 mg*
6-007.ks *31.200 mg bis unter 40.800 mg*
6-007.kt *40.800 mg bis unter 50.400 mg*
6-007.ku *50.400 mg bis unter 60.000 mg*
6-007.kv *60.000 mg oder mehr*

7.6.33 – Posaconazol, oral, Suspension

Posaconazol, oral, Suspension ZE150
6-007.00 *1.000 mg bis unter 2.000 mg*
6-007.01 *2.000 mg bis unter 3.000 mg*
6-007.02 *3.000 mg bis unter 4.200 mg*
6-007.03 *4.200 mg bis unter 5.400 mg*
6-007.04 *5.400 mg bis unter 6.600 mg*
6-007.05 *6.600 mg bis unter 7.800 mg*
6-007.06 *7.800 mg bis unter 9.000 mg*
6-007.07 *9.000 mg bis unter 11.400 mg*
6-007.08 *11.400 mg bis unter 13.800 mg*
6-007.09 *13.800 mg bis unter 16.200 mg*
6-007.0a *16.200 mg bis unter 18.600 mg*
6-007.0b *18.600 mg bis unter 21.000 mg*
6-007.0c *21.000 mg bis unter 25.800 mg*
6-007.0d *25.800 mg bis unter 30.600 mg*
6-007.0e *30.600 mg bis unter 35.400 mg*
6-007.0f *35.400 mg bis unter 40.200 mg*
6-007.0g *40.200 mg bis unter 45.000 mg*
6-007.0h *45.000 mg bis unter 54.600 mg*
6-007.0j *54.600 mg bis unter 64.200 mg*

Posaconazol, oral, Suspension ZE150 (Fortsetzung)
6-007.0k *64.200 mg bis unter 73.800 mg*
6-007.0m *73.800 mg bis unter 83.400 mg*
6-007.0n *83.400 mg bis unter 93.000 mg*
6-007.0p *93.000 mg und mehr*

7.6.34 – Posaconazol, oral, Tabletten

Posaconazol, oral, Tabletten ZE166
6-007.00 *1.000 mg bis unter 2.000 mg*
6-007.01 *2.000 mg bis unter 3.000 mg*
6-007.02 *3.000 mg bis unter 4.200 mg*
6-007.03 *4.200 mg bis unter 5.400 mg*
6-007.04 *5.400 mg bis unter 6.600 mg*
6-007.05 *6.600 mg bis unter 7.800 mg*
6-007.06 *7.800 mg bis unter 9.000 mg*
6-007.07 *9.000 mg bis unter 11.400 mg*
6-007.08 *11.400 mg bis unter 13.800 mg*
6-007.09 *13.800 mg bis unter 16.200 mg*
6-007.0a *16.200 mg bis unter 18.600 mg*
6-007.0b *18.600 mg bis unter 21.000 mg*
6-007.0c *21.000 mg bis unter 25.800 mg*
6-007.0d *25.800 mg bis unter 30.600 mg*
6-007.0e *30.600 mg bis unter 35.400 mg*
6-007.0f *35.400 mg bis unter 40.200 mg*
6-007.0g *40.200 mg bis unter 45.000 mg*
6-007.0h *45.000 mg bis unter 54.600 mg*
6-007.0j *54.600 mg bis unter 64.200 mg*
6-007.0k *64.200 mg bis unter 73.800 mg*
6-007.0m *73.800 mg bis unter 83.400 mg*
6-007.0n *83.400 mg bis unter 93.000 mg*
6-007.0p *93.000 mg und mehr*

7.6.35 – Ramucirumab

Ramucirumab ZE2019-146
6-007.m *Ramucirumab, parenteral*

7.6.36 – Regorafenib, oral

Regorafenib, oral Kein Zusatzentgelt
6-007.c *Alle Dosierungen*

7.6.37 – Rituximab, intravenös

Rituximab, intravenös ZE2019-151
6-001.h0 *150 mg bis unter 250 mg*
6-001.h1 *250 mg bis unter 350 mg*
6-001.h2 *350 mg bis unter 450 mg*
6-001.h3 *450 mg bis unter 550 mg*
6-001.h4 *550 mg bis unter 650 mg*
6-001.h5 *650 mg bis unter 750 mg*
6-001.h6 *750 mg bis unter 850 mg*
6-001.h7 *850 mg bis unter 950 mg*
6-001.h8 *950 mg bis unter 1.050 mg*
6-001.h9 *1.050 mg bis unter 1.250 mg*
6-001.ha *1.250 mg bis unter 1.450 mg*
6-001.hb *1.450 mg bis unter 1.650 mg*
6-001.hc *1.650 mg bis unter 1.850 mg*
6-001.hd *1.850 mg bis unter 2.050 mg*
6-001.he *2.050 mg bis unter 2.450 mg*
6-001.hf *2.450 mg bis unter 2.850 mg*
6-001.hg *2.850 mg bis unter 3.250 mg*
6-001.hh *3.250 mg bis unter 3.650 mg*
6-001.hj *3.650 mg und mehr*

7.6.38 – Rituximab, subkutan

Gabe von Rituximab, subkutan ZE2019-103
6-001.j *Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2019 ist für dieses Zusatzentgelt die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn der Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.*

7.6.39 – Sorafenib, oral

Sorafenib, oral ZE2019-75
6-003.b0 *2.400 mg bis unter 3.200 mg*
6-003.b1 *3.200 mg bis unter 4.000 mg*
6-003.b2 *4.000 mg bis unter 4.800 mg*
6-003.b3 *4.800 mg bis unter 5.600 mg*
6-003.b4 *5.600 mg bis unter 6.400 mg*
6-003.b5 *6.400 mg bis unter 7.200 mg*
6-003.b6 *7.200 mg bis unter 8.000 mg*
6-003.b7 *8.000 mg bis unter 9.600 mg*
6-003.b8 *9.600 mg bis unter 11.200 mg*
6-003.b9 *11.200 mg bis unter 12.800 mg*
6-003.ba *12.800 mg bis unter 14.400 mg*
Kodes für größere Dosierungen können dem OPS entnommen werden

7.6.40 – Sunitinib, oral

Sunitinib, oral ZE2019-74
6-003.a0 *unter 200 mg*
6-003.a1 *200 mg bis unter 250 mg*
6-003.a2 *250 mg bis unter 300 mg*
6-003.a3 *300 mg bis unter 350 mg*
6-003.a4 *350 mg bis unter 400 mg*
6-003.a5 *400 mg bis unter 450 mg*

Sunitinib, oral ZE2019-74 (Fortsetzung)
6-003.a6 *450 mg bis unter 500 mg*
6-003.a7 *500 mg bis unter 600 mg*
6-003.a8 *600 mg bis unter 700 mg*
6-003.a9 *700 mg bis unter 800 mg*
6-003.aa *800 mg bis unter 900 mg*
Kodes für größere Dosierungen können dem OPS entnommen werden

7.6.41 – Trabectedin, parenteral

Trabectedin, parenteral* ZE117
6-004.a4* *1,25 mg bis unter 1,50 mg**
6-004.a5 *1,50 mg bis unter 1,75 mg*
6-004.a6 *1,75 mg bis unter 2,00 mg*
6-004.a7 *2,00 mg bis unter 2,25 mg*
6-004.a8 *2,25 mg bis unter 2,50 mg*
6-004.a9 *2,50 mg bis unter 2,75 mg*
6-004.aa *2,75 mg bis unter 3,00 mg*
6-004.ab *3,00 mg bis unter 3,25 mg*
6-004.ad *3,50 mg bis unter 4,00 mg*
6-004.ae *4,00 mg bis unter 4,50 mg*
6-004.af *4,50 mg bis unter 5,00 mg*
6-004.ag *5,00 mg bis unter 5,50 mg*
6-004.ah *5,50 mg bis unter 6,00 mg*
6-004.ak *6,00 mg bis unter 7,00 mg*
6-004.am *7,00 mg bis unter 8,00 mg*
6-004.an *8,00 mg bis unter 9,00 mg*
6-004.ap *9,00 mg bis unter 10,00 mg*
6-004.aq *10,00 mg bis unter 12,00 mg*
6-004.ar *12,00 mg bis unter 14,00 mg*
6-004.as *14,00 mg bis unter 16,00 mg*
6-004.at *16,00 mg bis unter 20,00 mg*
6-004.au *20,00 mg bis unter 24,00 mg*
6-004.av *24,00 mg oder mehr*

* Für Kinder unter 15 Jahren sind auch geringere Dosen zu kodieren

7.6.42 – Trastzumap, intravenös

Trastzumap, intravenös ZE2019-153
6-001.k0 *100 mg bis unter 150 mg*
6-001.k1 *150 mg bis unter 200 mg*
6-001.k2 *200 mg bis unter 250 mg*
6-001.k3 *250 mg bis unter 300 mg*
6-001.k4 *300 mg bis unter 350 mg*
6-001.k5 *350 mg bis unter 400 mg*
6-001.k6 *400 mg bis unter 450 mg*
6-001.k7 *450 mg bis unter 500 mg*
6-001.k8 *500 mg bis unter 600 mg*
6-001.k9 *600 mg bis unter 700 mg*
6-001.ka *700 mg bis unter 800 mg*
6-001.kb *800 mg bis unter 900 mg*
6-001.kc *900 mg bis unter 1.000 mg*
6-001.kd *1.000 mg bis unter 1.200 mg*
6-001.ke *1.200 mg bis unter 1.400 mg*
6-001.kf *1.400 mg bis unter 1.600 mg*
6-001.kg *1.600 mg bis unter 1.800 mg*
6-001.kh *1.800 mg bis unter 2.000 mg*
6-001.kj *2.000 mg bis unter 2.200 mg*
6-001.kk *2.200 mg bis unter 2.400 mg*
6-001.km *2.400 mg und mehr*

7.6.43 – Trastuzumab, subkutan

Trastuzumab, subkutan ZE2019-104
6-001.m0 *600 mg bis unter 1.200 mg*
6-001.m1 *1.200 mg bis unter 1.800 mg*
6-001.m2 *1.800 mg bis unter 2.400 mg*
6-001.m3 *2.400 mg bis unter 3.000 mg*
6-001.m4 *3.000 mg bis unter 3.600 mg*
6-001.m5 *3.600 mg und mehr*
Für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.

7.6.44 – Voriconazol, oral

Voriconazol, oral* ZE2019-124
6-002.52* *2,50 g bis unter 3,50 g**
6-002.53 *3,50 g bis unter 4,50 g*
6-002.54 *4,50 g bis unter 6,50 g*
6-002.55 *6,50 g bis unter 8,50 g*
6-002.56 *8,50 g bis unter 10,50 g*
6-002.57 *10,50 g bis unter 15,50 g*
6-002.58 *15,50 g bis unter 20,50 g*
6-002.59 *20,50 g bis unter 25,50 g*
6-002.5a *25,50 g bis unter 30,50 g*
6-002.5c *30,50 g bis unter 35,50 g*
6-002.5d *35,50 g bis unter 40,50 g*
6-002.5e *40,50 g bis unter 45,50 g*
6-002.5f *45,50 g und mehr*

* Für Kinder unter 15 Jahren sind auch geringere Dosen zu kodieren

7.6.45 – Voriconazol, parenteral

Voriconazol, parenteral* ZE2019-125

6-002.r2* *0,8 g bis unter 1,2 g**
6-002.r3 *1,2 g bis unter 1,6 g*
6-002.r4 *1,6 g bis unter 2,0 g*
6-002.r5 *2,0 g bis unter 2,4 g*
6-002.r6 *2,4 g bis unter 3,2 g*
6-002.r7 *3,2 g bis unter 4,0 g*
6-002.r8 *4,0 g bis unter 4,8 g*
6-002.r9 *4,8 g bis unter 5,6 g*
6-002.ra *5,6 g bis unter 6,4 g*
6-002.rb *6,4 g bis unter 7,2 g*
6-002.rc *7,2 g bis unter 8,8 g*
6-002.rd *8,8 g bis unter 10,4 g*
6-002.re *10,4 g bis unter 12,0 g*
6-002.rf *12,0 g bis unter 13,6 g*
6-002.rg *13,6 g bis unter 16,8 g*
6-002.rh *16,8 g bis unter 20,0 g*
6-002.rj *20,0 g bis unter 23,2 g*
6-002.rk *23,2 g bis unter 26,4 g*
6-002.rm *26,4 g bis unter 32,8 g*
6-002.rn *32,8 g bis unter 39,2 g*
6-002.rp *39,2 g bis unter 45,6 g*
6-002.rq *45,6 g bis unter 52,0 g*
6-002.rr *52,0 g bis unter 64,8 g*
6-002.rs *64,8 g bis unter 77,6 g*
6-002.rt *77,6 g bis unter 90,4 g*
6-002.ru *90,4 g und mehr*

* Für Kinder unter 15 Jahren sind auch geringere Dosen zu kodieren

7.7 – Blutprodukte

7.7.1 – Gerinnungsfaktoren

7.7.1.1 – Bei Blutern u. explizit aufgeführten Erkrankungen

Blutprodukte, insbesondere Gerinnungsfaktoren stellen Krankenhäuser auf Grund der teilweise exorbitanten Kosten vor besondere Probleme. Um die Refinanzierung von besonders kostenintensiven Patienten mit temporären oder chronischen Blutgerinnungsstörungen zu ermöglichen werden seit 2013 sogenannte „Bluterentgelte" angeboten. Während Erythrozyten- und Thrombozytenkonzentrate auch weiterhin über die bereits vorhandenen Zusatzentgelte abgerechnet werden, können andere Plasmabestandteile und gentechnisch hergestellte Plasmaproteine bei der Behandlung von Blutern mittels neuer, frei verhandelbarer Zusatzentgelte erlöst werden.

Bitte beachten Sie noch folgende Besonderheiten:
Blutgerinnungsstörungen, die nur durch eine Lebertransplantation heilbar wären, sind dem ZE2019-97 zuzuordnen.

- Bei Blutern kann die Gabe von Prothrombinkomplex nicht über das ZE30 (zusätzlich) abgerechnet werden.
- Temporäre Blutgerinnungsstörung werden in den drei unbewerteten Zusatzentgelten ZE2019-137, ZE2019-138 und ZE2019-139 abgerechnet.
  Die Dreiteilung war notwendig um die beiden Präparate mit dem größten Gesamtvolumenanteil, nämlich Faktor VII (ZE2019-137) und Fibrinkonzetnrat (ZE2019-138), sachgerecht vergüten zu können.
  Es wurden folgende Schwellenwerte errechnet.
  - ZE2019-137: 20.000 €
  - ZE2019-138: 2.500 €
  - ZE2019-139: 6.000 €

Ab Überschreitung dieses Schwellenwertes ist der gesamte für die Behandlung des Patienten mit Blutgerinnungsfaktoren angefallene Betrag abzurechnen.

Gerinnungsliste 1: ICD Kodes die dem Zusatzentgelt „Behandlung von Blutern" ZE2019-97 zugeordnet sind

D66 *Hereditärer Faktor-VIII-Mangel*
D67 *Hereditärer Faktor-IX-Mangel*
D68.00 *angeborenes Willebrand-Jürgens-Syndrom*
D68.1 *Hereditärer Faktor-XI-Mangel*
D68.20 *Hereditärer Faktor-I-Mangel*
D68.21 *Hereditärer Faktor-II-Mangel*
D68.22 *Hereditärer Faktor-V-Mangel*
D68.23 *Hereditärer Faktor-VII-Mangel*
D68.24 *Hereditärer Faktor-X-Mangel*
D68.25 *Hereditärer Faktor-XII-Mangel*
D68.26 *Hereditärer Faktor-XIII-Mangel*
D68.28 *Hereditärer Mangel an sonstigen Gerinnungsfaktoren*
D68.31 *Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen Faktor VIII*
D68.32 *Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen sonstige Gerinnungsfaktoren*
D69.40 *Sonstige primäre Thrombozytopenie: Als transfusionsrefraktär bezeichnet*
D69.41 *Sonstige primäre Thrombozytopenie: Nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet*
D82.0 *Wiskott-Aldrich-Syndrom*
M31.1 *Thrombotische Mikroangiopathie*
P61.0 *Transitorische Thrombozytopenie beim Neugeborenen*

Gerinnungsliste 2: ICD Kodes die dem Zusatzentgelt „Gabe von Blutgerinnungsfaktoren"ZE2019-137, ZE2019-138 oder ZE2019-139 zugeordnet sind

D65.9 *Defibrinationssyndrom, n.n.bez.*
D68.33 *Hämorrhagische Diathese durch Cumarine*
D68.34 *Hämorrhagische Diathese durch Heparine*
D68.35 *Hämorrhagische Diathese durch sonstige Antikoagulanzien*

Gerinnungsliste 2 (Fortsetzung)

D68.9 *Koagulopathie, n.n.bez.*
D69.0 *Purpura anaphylactoides*
D69.3 *Idiopathische thrombozytopenische Purpura*
D69.52 *Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ I*
D69.53 *Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ II*
D69.57 *Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, als transfusionsrefraktär bezeichnet*
D69.58 *Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet*
D69.59 *Sekundäre Thrombozytopenie, n.n.bez.*
D69.60 *Thrombozytopenie, n.n.bez.: Als transfusionsrefraktär bezeichnet*
D69.61 *Thrombozytopenie, n.n.bez.: Nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet*
D69.80 *Hämorrhagische Diathese, durch Thrombozyten-aggregationshemmer*
D69.9 *Hämorrhagische Diathese, n.n.bez.*

Gerinnungsliste 3: Zu differenzierende ICD Kodes

D65.0 *Erworbene Afibrinogenämie*
D65.1 *Disseminierte intravasale Gerinnung [DIG, DIC]*
D65.2 *Erworbene Fibrinolyseblutung*
D68.01 *erworbenes Willebrand-Jürgens-Syndrom*
D68.01 *nicht näher bezeichnetes Willebrand-Jürgens-Syndrom*
D68.38 *Sonstige hämorrhagische Diathese durch sonstige und nicht näher bezeichnete Antikörper*
D68.4 *Erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren*
D68.8 *Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien*
D69.1 *Qualitative Thrombozytendefekte*
D69.88 *Sonstige näher bezeichnete hämorrhagische Diathesen*
P53 *Hämorrhagische Krankheit beim Feten u. Neugeborenen*
P60 *Disseminierte intravasale Gerinnung beim Feten und Neugeborenen*
Dauerhaft erworbene Gerinnungsstörungen sind mit ICD U69.11! zu kennzeichnen
Temporär erworbene Gerinnungsstörungen sind mit ICD U69.12! zu kennzeichnen

Gerinnungsliste 4: Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen

8-810.6* *Rekombinanter aktivierter Faktor VII*
8-810.7* *Plasmatischer Faktor VII*
8-810.8* *Rekombinanter Faktor VIII*
8-810.9* *Plasmatischer Faktor VIII*
8-810.a* *Rekombinanter Faktor IX*
8-810.b* *Plasmatischer Faktor IX*
8-810.c* *Feiba - Prothrombinkomplex mit Faktor-VIII-Inhibitor-Bypass-Aktivität*
8-810.d* *Von-Willebrand-Faktor*
8-810.e* *Faktor XIII*
8-810.j* *Fibrinogenkonzentrat*
8-812.5* *Prothrombinkomplex 7*
8-812.9* *Humanes Protein C, parenteral*
8-812.a* *Plasmatischer Faktor X*

7.7.1.2 – Ohne Assoziation zu Blutern/explizit aufgeführten Erkr.
Liegt eine der notwendigen Voraussetzungen zum Abrechnen der „Bluter"entgelte nicht vor, können Prothrombinkomplex und AT III wie bisher kodiert und abgerechnet werden.

8-812.5 *Prothrombinkomplex* ZE30*
8-812.53* *3.500 I.E. bis unter 4.500 I.E.**
8-812.54 *4.500 I.E. bis unter 5.500 I.E.*
8-812.55 *5.500 I.E. bis unter 6.500 I.E.*
8-812.56 *6.500 I.E. bis unter 7.500 I.E.*
8-812.57 *7.500 I.E. bis unter 8.500 I.E.*
8-812.58 *8.500 I.E. bis unter 9.500 I.E.*
8-812.59 *9.500 I.E. bis unter 10.500 I.E.*
8-810.g *Antithrombin III* 7*
8-810.g4* *7.000 I.E. bis unter 10.000 I.E.**
8-810.g5 *10.000 I.E. bis unter 15.000 I.E.*
8-810.g6 *15.000 I.E. bis unter 20.000 I.E*
8-810.g7 *20.000 I.E. bis unter 25.000 I.E.*

8-810.g8	*25.000 I.E. bis unter 30.000 I.E.*
8-810.ga	*30.000 I.E. bis unter 40.000 I.E.*
8-810.gb	*40.000 I.E. bis unter 50.000 I.E.*

Kodes für größere Transfusionsmengen können dem OPS entnommen werden

* Für Kinder unter 15 Jahren sind auch geringere Dosen zu kodieren

7.7.2 – Erythrozyten und Thrombozyten

Bitte beachten Sie Ihre hausindividuellen Vorgaben zur Dokumentation der folgenden Kumulationskodes und klären Sie mit Ihrem Medizincontrolling bzw. der Blutbank ab, welche Form der Thrombozytenkonzentrate in Ihrem Haus transfundiert wird:

8-800	*Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat* *Inkl.: Bedside-Test* *Hinw.: Für Einzeltransfusionen gleichen Typs ist nur ein Kode pro stationären Aufenthalt anzugeben.* *Eine Eigenblutspende (inkl. Retransfusion) ist mit dem OPS 8-803.0 zu kodieren.*
8-800.c	*Erythrozytenkonzentrat ZE107*
8-800.c0	*1 TE bis unter 6 TE*
8-800.c1	*6 TE bis unter 11 TE*
8-800.c2	*11 TE bis unter 16 TE*
8-800.c3	*16 TE bis unter 24 TE*
8-800.c4	*24 TE bis unter 32 TE*
8-800.c5	*32 TE bis unter 40 TE*
8-800.6	*Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate ZE108* *Hinw.: Spezifisch hergestellte Thrombozytenkonzentrate für Patienten mit Verdacht auf bzw. Nachweis von thrombozytenspezifischen oder HLA-Antikörpern*
8-800.60	*1 patientenbezogenes Thrombozytenkonzentrat*
8-800.61	*2 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate*
8-800.62	*3 bis unter 5 patientenbez. Thrombozytenkonzentrate*

8-800.63 *5 bis unter 7 patientenbez. Thrombozytenkonzentrate*
8-800.64 *7 bis unter 9 patientenbez. Thrombozytenkonzentrate*
8-800.65 *9 bis unter 11 patientenbez. Thrombozytenkonzentrate*
Kodes für größere Transfusionsmengen können dem OPS entnommen werden
* Für Kinder unter 15 Jahren sind auch geringere Dosen zu kodieren

Thrombozytenkonzentraten ZE146
8-800.g1 *2 Konzentrate*
8-800.g2 *3 Konzentrate*
8-800.g3 *4 Konzentrate*
8-800.g4 *5 Konzentrate*
8-800.g5 *6 bis unter 8 Konzentrate*
8-800.g6 *8 bis unter 10 Konzentrate*
8-800.g7 *10 bis unter 12 Konzentrate*
8-800.g8 *12 bis unter 14 Konzentrate*
8-800.g9 *14 bis unter 16 Konzentrate*
8-800.ga *16 bis unter 18 Konzentrate*
8-800.gb *18 bis unter 20 Konzentrate*
8-800.gc *20 bis unter 24 Konzentrate*
8-800.gd *24 bis unter 28 Konzentrate*
8-800.ge *28 bis unter 32 Konzentrate*
8-800.gf *32 bis unter 36 Konzentrate*
8-800.gg *36 bis unter 40 Konzentrate*
8-800.gh *40 bis unter 46 Konzentrate*
8-800.gj *46 bis unter 52 Konzentrate*
8-800.gk *52 bis unter 58 Konzentrate*
8-800.gm *58 bis unter 64 Konzentrate*
8-800.gn *64 bis unter 70 Konzentrate*
8-800.gp *70 bis unter 78 Konzentrate*
8-800.gq *78 bis unter 86 Konzentrate*
8-800.gr *86 bis unter 94 Konzentrate*
8-800.gs *94 bis unter 102 Konzentrate*
8-800.gt *102 bis unter 110 Konzentrate*
8-800.gu *110 bis unter 118 Konzentrate*

Thrombozytenkonzentraten ZE146 (Fortsetzung)
8-800.gv *118 bis unter 126 Konzentrate*
8-800.gz *126 bis unter 134 Konzentrate*
Hinweis: bei 134 und mehr ist ein Kode aus 8-800.m* zu verwenden

Gabe von pathogeninativierten Thrombozytenkonzentraten ZE164
8-800.h1 *2 Konzentrate*
8-800.h2 *3 Konzentrate*
8-800.h3 *4 Konzentrate*
8-800.h4 *5 Konzentrate*
8-800.h5 *6 bis unter 8 Konzentrate*
8-800.h6 *8 bis unter 10 Konzentrate*
8-800.h7 *10 bis unter 12 Konzentrate*
8-800.h8 *12 bis unter 14 Konzentrate*
8-800.h9 *14 bis unter 16 Konzentrate*
8-800.ha *16 bis unter 18 Konzentrate*
8-800.hb *18 bis unter 20 Konzentrate*
8-800.hc *20 bis unter 24 Konzentrate*
8-800.hd *24 bis unter 28 Konzentrate*
8-800.he *28 bis unter 32 Konzentrate*
8-800.hf *32 bis unter 36 Konzentrate*
8-800.hg *36 bis unter 40 Konzentrate*
8-800.hh *40 bis unter 46 Konzentrate*
8-800.hj *46 bis unter 52 Konzentrate*
8-800.hk *52 bis unter 58 Konzentrate*
8-800.hm *58 bis unter 64 Konzentrate*
8-800.hn *64 bis unter 70 Konzentrate*
8-800.hp *70 bis unter 78 Konzentrate*
8-800.hq *78 bis unter 86 Konzentrate*
8-800.hr *86 bis unter 94 Konzentrate*
8-800.hs *94 bis unter 102 Konzentrate*
8-800.ht *102 bis unter 110 Konzentrate*
8-800.hu *110 bis unter 118 Konzentrate*
8-800.hv *118 bis unter 126 Konzentrate*
8-800.hz *126 bis unter 134 Konzentrate*
Hinweis: bei 134 und mehr ist ein Kode aus 8-800.n* zu verwenden

Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten ZE147

8-800.f0 *1 Konzentrat*
8-800.f1 *2 Konzentrate*
8-800.f2 *3 Konzentrate*
8-800.f3 *4 Konzentrate*
8-800.f4 *5 Konzentrate*
8-800.f5 *6 bis unter 8 Konzentrate*
8-800.f6 *8 bis unter 10 Konzentrate*
8-800.f7 *10 bis unter 12 Konzentrate*
8-800.f8 *12 bis unter 14 Konzentrate*
8-800.f9 *14 bis unter 16 Konzentrate*
8-800.fa *16 bis unter 18 Konzentrate*
8-800.fb *18 bis unter 20 Konzentrate*
8-800.fc *20 bis unter 24 Konzentrate*
8-800.fd *24 bis unter 28 Konzentrate*
8-800.fe *28 bis unter 32 Konzentrate*
8-800.ff *32 bis unter 36 Konzentrate*
8-800.fg *36 bis unter 40 Konzentrate*
8-800.fh *40 bis unter 46 Konzentrate*
8-800.fj *46 bis unter 52 Konzentrate*
8-800.fk *52 bis unter 58 Konzentrate*
8-800.fm *58 bis unter 64 Konzentrate*
8-800.fn *64 bis unter 70 Konzentrate*
8-800.fp *70 bis unter 78 Konzentrate*
8-800.fq *78 bis unter 86 Konzentrate*
8-800.fr *86 bis unter 94 Konzentrate*
8-800.fs *94 bis unter 102 Konzentrate*
8-800.ft *102 bis unter 110 Konzentrate*
8-800.fu *110 bis unter 118 Konzentrate*
8-800.fv *118 bis unter 126 Konzentrate*
8-800.fz *126 bis unter 134 Konzentrate*

Hinweis: bei 134 und mehr ist ein Kode aus 8-800.k* zu verwenden

Gabe von pathogeninaktivierten Apharese-Thrombozyten-konzentraten ZE165

8-800.d0 *1 Konzentrat*
8-800.d1 *2 Konzentrate*
8-800.d2 *3 Konzentrate*
8-800.d3 *4 Konzentrate*
8-800.d4 *5 Konzentrate*
8-800.d5 *6 bis unter 8 Konzentrate*
8-800.d6 *8 bis unter 10 Konzentrate*
8-800.d7 *10 bis unter 12 Konzentrate*
8-800.d8 *12 bis unter 14 Konzentrate*
8-800.d9 *14 bis unter 16 Konzentrate*
8-800.da *16 bis unter 18 Konzentrate*
8-800.db *18 bis unter 20 Konzentrate*
8-800.dc *20 bis unter 24 Konzentrate*
8-800.dd *24 bis unter 28 Konzentrate*
8-800.de *28 bis unter 32 Konzentrate*
8-800.df *32 bis unter 36 Konzentrate*
8-800.dg *36 bis unter 40 Konzentrate*
8-800.dh *40 bis unter 46 Konzentrate*
8-800.dj *46 bis unter 52 Konzentrate*
8-800.dk *52 bis unter 58 Konzentrate*
8-800.dm *58 bis unter 64 Konzentrate*
8-800.dn *64 bis unter 70 Konzentrate*
8-800.dp *70 bis unter 78 Konzentrate*
8-800.dq *78 bis unter 86 Konzentrate*
8-800.dr *86 bis unter 94 Konzentrate*
8-800.ds *94 bis unter 102 Konzentrate*
8-800.dt *102 bis unter 110 Konzentrate*
8-800.du *110 bis unter 118 Konzentrate*
8-800.dv *118 bis unter 126 Konzentrate*
8-800.dz *126 bis unter 134 Konzentrate*

Hinweis: bei 134 und mehr ist ein Kode aus 8-800.j zu verwenden

8 – Transplantationen

Im Rahmen von Funktionsstörungen, Versagen und Abstoßung eines Lebertransplantates sind folgende Kodes zu verwenden:

T86.4- *Funktionsstörung, Versagen und Abstoßung eines Lebertransplantates*
T86.40 *Akute Funktionsverschlechterung eines Lebertransplantates (inkl. Abstoßung) innerhalb der ersten 28 Tage nach Transplantation*
T86.41 *Chron. Funktionsverschlechterung eines Lebertransplantates (inkl. Abstoßung) ab 29 Tage nach Transplantation*

Für die Abstoßung bzw. das Versagen eines Pankreastransplantates ist der Kode:

T86.82 *Versagen und Abstoßung eines Pankreastransplantates*

anzuwenden.
Für die Abbildung der Lebertransplantationsevaluation sind im OPS-Katalog folgende Kodes aufgeführt:

1-920 *Medizinische Evaluation und Entscheidung über die Indikation zur Transplantation*
1-920.0* *Vollständige Evaluation, ohne Aufnahme auf eine Warteliste zur Organtransplantation*
1-920.1* *Teilweise Evaluation, ohne Aufnahme auf eine Warteliste zur Organtransplantation*
1-920.2* *Vollständige Evaluation, mit Aufnahme auf eine Warteliste zur Organtransplantation*
1-920.3* *Re-Evaluation, mit Aufnahme oder Verbleib auf eine(r) Warteliste zur Organtransplantation*
1-920.4* *Re-Evaluation, mit Herausnahme aus einer Warteliste zur Organtransplantation*

Die Art der Transplantation wird an 6. Stelle kodiert
4 *Lebertransplantation*
5 *Pankreastransplantation*
6 *Dünndarmtransplantation*

Dabei kann der Zeitpunkt der Aufnahme auf die Warteliste auch nach dem stationären Aufenthalt liegen, in dem die vollständige Evaluation durchgeführt wurde.
Bei erfolgter Registrierung stehen für die Organe Pankreas, Dünndarm und Leber abhängig von der Registrierung mit Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency) unterschiedliche Kodes zur Verfügung:

Z75.6- *Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation OHNE Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency)*
Z75.7- *Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation MIT Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency)*

Die Art der Transplantation wird an 5. Stelle kodiert
5 *Pankreastransplantation*
6 *Dünndarmtransplantation*
7 *Lebertransplantation*

Ist der Patient bereits auf eine Warteliste zur Organtransplantation aufgenommen worden oder wird er in demselben Aufenthalt auf die Warteliste aufgenommen, kann die stationäre Behandlung wie folgt abgebildet werden:

8-97c *Stationäre Behandlung bei erfolgter Aufnahme auf die Warteliste zur Organtransplantation*
8-97c.5* *Bis 15 Behandlungstage*
8-97c.0* *16 bis 22 Behandlungstage*

8-97c.1* *23 bis 29 Behandlungstage*
8-97c.2* *30 bis 43 Behandlungstage*
8-97c.3* *44 bis 57 Behandlungstage*
8-97c.4* *Mindestens 58 Behandlungstage*

Die Art der Transplantation wird an 6. Stelle kodiert
4 *Lebertransplantation*
5 *Pankreastransplantation*
6 *Dünndarmtransplantation*

Diese Kodes aus der Kategorie 8-97c ist von Transplantationszentren bzw. von Krankenhäusern, die Kooperationspartner eines Transplantationszentrums sind, anzugeben.
Voraussetzung zur Kodierung der vorangegangenen Kodes ist, dass die Transplantation nicht während desselben Aufenthaltes durchgeführt wird.

Die präoperative Behandlungsdauer während des Transplantationsaufenthaltes kann mit Hilfe weiterer OPS-Kodes aus der Kategorie 8-979 abgebildet werden:

8-979 *Stationäre Behandlung vor Transplantation*
8-979.0* *10 bis 29 Behandlungstage*
8-979.1* *30 bis 49 Behandlungstage*
8-979.2* *Mindestens 50 Behandlungstage*

Die Art der Transplantation wird an 6. Stelle kodiert
4 *Lebertransplantation*
5 *Pankreastransplantation*
6 *Dünndarmtransplantation*

Graft-versus-Host-Krankheit
Für die Kodierung der Graft-versus-Host-Krankheit stehen folgende ICD Codes zur Verfügung:

K77.1-*	*Beteiligung der Leber bei der AKUTEN Graft-versus-host-Krankheit*
K77.11*	*Stadium 1 (T86.01†)*
K77.12*	*Stadium 2 (T86.02†)*
K77.13*	*Stadium 3 (T86.02†)*
K77.14*	*Stadium 4 (T86.02†)*
K93.2-*	*Beteiligung des Verdauungstraktes bei der AKUTEN Graft-versus-host-Krankheit*
K93.21	*Stadium1*
K93.22	*Stadium 2*
K93.23	*Stadium 3*
K93.24	*Stadium 4*
K77.2-*	*Beteiligung der Leber bei der CHRONISCHEN Graft-versus-Host-Krankheit*
K77.21*	*Stadium 1 (T86.05†)*
K77.22*	*Stadium 2 (T86.05†, T86.06†)*
K77.23*	*Stadium 3 (T86.07†)*
K93.3-*	*Beteiligung des Verdauungstraktes bei der CHRONISCHEN Graft-versus-Host-Krankheit*
K93.31*	*Stadium 1 (T86.05†)*
K93.32*	*Stadium 2 (T86.05†, T86.06†)*
K93.33*	*Stadium 3 (T86.07†)*
K93.4-*	*Beteiligung der Mundschleimhaut bei der CHRONISCHEN Graft-versus-Host-Krankheit*
K93.41*	*Stadium 1 (T86.05†)*
K93.42*	*Stadium 2 (T86.05†, T86.06†)*
K93.43*	*Stadium 3 (T86.07†)*

Hilfreiche Internetadressen:
www.g-drg.de
Institut für Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)

www.dimdi.de
Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information

www.dgvs.de
Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten

www.mdk.de
Homepage des MDK

www.medizincontroller.de
Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling

www.mydrg.de
Diskussionsforum zu Kodierfragen

9 – Abkürzungsverzeichnis

BMI	Body-Mass-Index
CC	Komplikationen und Komorbiditäten
CM/CMI	Case-Mix/-Index
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DKR	Deutsche Kodierrichtlinie
DGRh	Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DRG	Diagnosis Related Group
FEV1	Forciertes exspiratorisches Volumen in einer Sekunde
FPV	Fallpauschalenvereinbarung
G-DRG	German-Diagnosis Related Group
GKinD	Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland
GFR	Glomeruläre Filtrationsrate
HD	Hauptdiagnose
ICD	International Classification of Diseases (ICD-10-GM: German Modification der ICD-10)
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
KÖF	Körperoberfläche
LE	Lupus Erythematodes
M.	Morbus
MDC	Major Diagnostic Category (Hauptdiagnosekategorie)
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

ND	Nebendiagnose
NYHA	New York Heart Association
NUB	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode nach § 6 Abs. 2 KHEntgG
ÖGD	Ösophagogastroduodenoskopie
o.n.A.	Ohne nähere Angaben
OPS	Operativer Prozedurenschlüssel (nach §301 SGB V)
pAVK	Periphere arterielle Verschlusskrankheit
PCCL	Patientenbezogener Gesamtschweregrad (Patient Clinical Complexity Level)
PKMS	Pflegekomplexmaßnahmen-Score
PR	Prozedur
SEG 4	Sozialmedizinische Expertengruppe 4 des MDK
SIRS	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom
SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch
SLE	Systemischer Lupus Erythematodes
SS	Systemische Sklerose
SQG	Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V
VBE	Vereinbarung Besondere Einrichtungen
VRA	Verband Rheumatologischer Akutkliniken e.V.
ZE	Zusatzentgelt
ZNS	Zentrales Nervensystem

A
Abhängigkeiten 38
Abkürzungsverzeichnis 198
abnorme Befunde 32
Abschläge 21
Adipositas 97
Anamnestische Diagnosen 33
Anästhesie/Sedierung bei Untersuchungen 153
Angiodysplasie 45
Anidulafungin 162
Antibiotikaresistenzen 85
Antiinfektivaresistenzen 85
Antirefluxverfahren 115
Antithrombin III 187
Arteriographie 135
Arthritis bei CED 81
Arzneimittel 161
Arzneimittelinduzierte Agranulozytose 90
Arzneimittelinduzierte NW 89
Aszitespunktion 154
Atherosklerotische Herzkrankheit 92
Aufnahmediagnosen 30
Ausrufezeichenkodes 40
B
Barrett-Ösophagus 53
Barthel-Index 91
Behandlung nicht durchgeführt 35
Bestrahlungsmarker 130
Bewertungsrelation, effektive 21
Bildgebende Diagnostik 134
Bildgebende Diagnostik, Projektionsradiographie 134
Bildgebende Diagnostik, Ultraschalluntersuchungen 134
Biopsien 104
Blutprodukte 184
Blutstillung 106
Blutstillung im Ösophagus 107
Blutungen, gastrointestinale 43
Blutung, Kontrolluntersuchungen 49
BMI 98
Body-Mass-Index 98
Bortezomib 163
Bösartige Erkrankungen 67
Bösartige Erkrankungen, Anämie 79
Bösartige Erkrankungen, Eigenanamnese 76
Bösartige Erkrankungen, Follow-Up 76
Bösartige Erkrankungen, Komplikationen 77
Bösartige Erkrankungen, Lokalisation 73
Bösartige Erkrankungen, Metastasen 71

Bösartige Erkrankungen, NW d. zytostatischen Therapie 79
Bösartige Erkrankungen, Symptome 77
Bosutinib 164
Buried bumper 124
Bürstenzytologie 104
Bypassverfahren 119
C
Cameron Läsion 46
Casemix 22
Case-Mix-Index 23
Certolizumab 164
Cetuximab 164
Chemoembolisation 60, 128
Chemotherapie 137
Cholangiographie perkutan-transhepatisch [PTC] 134
Chromoendoskopie 102
Chronische Niereninsuffizienz 95
Chronisch entzündliche Darmerkrankungen 80
Chronische obstruktive Lungenkrankheit 95
Clostridium difficile, Enterokolitis 50
Clostridium difficile Infektionen 137
Clostridium difficile, rekurrente Infektion 51
Colitis indeterminata 81
Colitis ulcerosa 81
Computertomographie 135
COPD 95
Cushing-Syndrom, arzneimittelinduziert 89
D
Dehydratation 52
Dekubitalgeschwür 97
Diabetes mellitus 93
Diagnosearten 30
Diagnostische Endoskopie 101
Dickdarmmanometrie 155
Digitale Subtraktionsangiographie 135
Dilatation/Bougierung 116
Disoprivan 153
Docetaxel 164
Doppelkodierung 37
doppelseitige Erkrankung 37
Drainage Pankreaszysten und Pseudozysten 117
DRG-Kennzahlen 21
DRG-System 17
DRG-Zuordnung 17
Dünndarmmanometrie 155
E
Eculizumab 165
Eisenresorption 136
Endobarrier 112
Endoluminale Bestrahlung 117
Endoskopie, Antirefluxverfahren 115

Endoskopie, Blutstillung 106
Endoskopie, Destruktion 106
Endoskopie, diagnostische 101
Endoskopie, Dilatation/ Bougierung 116
Endoskopie, duktale 101
Endoskopie, Gastroenterostomie 119
Endoskopie, Magenverkleinerung 112
Endoskopie, Mukosektomie 110
Endoskopie, Polypektomie 110
Endoskopie, retrograde 160
Endoskopie, Stent-Entfernung 113
Endoskopie, Stent-Implantation 113
Endoskopie, Zugangswege (NOTES) 119
Endoskopische biliodigestive Anastomosen 112
Endoskopische Biopsien 104
Endoskopische submukosale Dissektion [ESD] 110
Endoskopische therapeutische Verfahren 106
Endoskop. Steinentfernung Gallengänge 118
Endosonographie 122
Endosonographisch gezielte Plexusblockade 123
Enteroklysma 134
Enterokolitis 50
Enteroskopie 121
Entlassungsdiagnosen 30
Enzymersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten 165
ERCP 103
Ernährung, enteral 152
Ernährung, parenteral 152
Erythema nodosum 82
Erythrozytenkonzentrat 188
Everolimus 166
Exklusiva 29
Exkretionstests 136

F

Fallpauschalierung 19
Fallzusammenlegungen 23
Familiäre adenomatöse Polypose 80
Feinnadelpunktion 105, 123
Filgrastim 166
FIM 91
Folgezustände 38
Fremdkörperentfernung 104
Funktionseinschränkungen 90

G

gastrales Ulkus 49
Gastroenteritis 50
Gastrointestinale (GI-) Blutung 43
GAVE 45
G-DRG 17

G-DRG-Hauptdiagnose 30
G-DRG-System 17
Gemcitabin 166
Genexpressionsanalysen 156
Genmutationsanalysen 156
Gerinnungsfaktoren 184
Golimumab 167
Graft-versus-Host-Krankheit 196
Grenzverweildauer 21
Grippe durch bestimmte Influenzaviren 87
Grunderkrankung 34

H

Hämin 167
Hämorrhagische Diathese 48
Hauptdiagnose bei Neoplasmen 67
Hauptdiagnose, Definition 31
Hauptdiagnosekategorie 18
Helicobacter pylori 54
Hepatische Enzephalopathie 63
Hepatitis A 55
Hepatitis B 56
Hepatitis C 57
Hepatitis D 57
Hepatitis E 58
Hepatopulmonales Syndrom 64
Hereditäres nichtpolypöses Kolonkarzinom 80
Herzinsuffizienz 96
Hochaufwändige Pflege 151
Human-Immunglobulin 167
Hypertonie 91

I

Imatinib 169
Immobilität 91
Immunadsorption 159
Immunkompromittierung 82
Immuntherapien 140
Infliximab 170
Inklusiva 29
Intensivmedizinische Komplexbehandlung 141
Interferon alfa-2a 170
Irinotecan 171
Isolation 52
Itraconazol 171

K

Kapselendoskopie 102
Katheterverweilsystems in Leberarterie und Pfortader 126
KHK 92
Kodierstrategien 20
Kodierung 20
Koloskopie 104
Komorbiditäten 91
Komplexbehandlung, Isolation 143
Komplikationen 36
Komplikationen, Medikamente 90
Komplikationen von Lebererkrankungen 63

Konsilaruntersuchungen 100
Kreuz-Stern-Kode 39
Kreuz-Stern-Kodes 34
Kreuz-Stern-Verschlüsselung 34
L
Landesbasisfallwert 21
Laparoskopie 132
Lebererkrankungen assoziierte Diagnosen 64
Leberersatztherapie 158
Leberzirrhose 59
Lenograstim 172
Ligatur 107
Linksherzinsuffizienz 96
Liposomales Amphotericin B 173
Lokaltherapie Lebertumore 128
M
Magenballon 125
Magenplikatur 112
Magenvarizenblutung 48
Magnetresonanztomographie (MRT) 135
Manifestation 34
Manometrie 155
MDK-Kodierempfehlung 34
medizinische Dokumentation 20
Megakolon 81
Mehrfachkodierung 39
Metabolische Funktionstestung 154
Micafungin 173
Minimalaufwand 32
Minimalinvasive Technik 119
Morbus Crohn 80
Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker 150
MRCP 136
MRE 145
Mukosektomie 110
multiresistente Erreger 145
N
Nasojejunale Sonde 124
Natalizumab 174
Nebendiagnosen 32
Nebenwirkungen 36
Nebenwirkungen der Steroidtherapie 89
Neoplasmen 67
neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode 26
nicht näher bezeichnete“ Diagnosen 42
Nicht selbstexpandierende Prothesen 115
Niereninsuffizienz 95
Nuklearmedizinische diagnostische Verfahren 136
NW, arzneimittelinduziert 89
NW der Steroidtherapie 89

O
Operation nicht durchgeführt 35
OPS-Zusatzkodes 157
Ösophagogastroduodenoskopie 102
Ösophagusfistel 54
Ösophagusstriktur 54
Ösophagusulkus 53
Osteoporose 89
Osteoporose, arzneimittelinduziert 82
P
Palliativbehandlung 83
Palliativmedizinische Komplexbehandlung 147
Panitumumab 174
Pankreasfunktionstest 155
Pankreatitis 66
Patientenklassifikationssystem 17
Pazopanib 175
PCCL 19
PEG 124
Pegfilgastrim 175
PEJ 124
Peranale Blutung 49
Perkutane Eingriffe an Leberarterie und Pfortader 126
Perkutan-transhepat. Interventionen an Gallenwegen 125
Perkutan-transhepatisch 103
PET 137
Phlebographie 135
pH-Metrie 155
Photodynamische Therapie 107
PKMS 151
Plexusblockade 123
Polypektomie 110
Posaconazol 175, 176
Positronenemissionstomographie 137
Primärkode 40
Prothesen, nicht selbstexpandierende 115
Prothesen, selbstexpandierende 113
Prothrombinkomplex 187
Pyoderma gangraenosum 82
Q
Qualifizierter Entzug 150
R
Radiofrequenzablation am Ösophagus 158
Reanimation 156
Rechtherzinsuffizienz 96
Regorafenib 178
Reizdarmsyndrom 67
Residualzustände 38
Resteklassen 42
retrograde Endoskopie 160
Rituximab 178, 179
Rückverlegung 24

S
Schillingtest 136
Schweinegrippe 87
SeHCA-Test 136
Seitenlokalisationsangaben 101
Sekretin-Test 155
Sekundärkode 39, 40
Selbstexpandierende Prothesen 113, 159
SIRS 88
sonstige Diagnosen 42
Sorafenib 179
Spätfolgen 38
Spenderstuhlsuspension 137
Spenderstuhlsuspension, koloskopisch 137
Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung 147
Spezielle Kodierrichtlinien 43
Spezielle Krankheiten 43
Stent-Implantation 113
Steroidtherapie, NW 89
Stomatitis aphthosa 82
strategisches Kodieren 20
Sunitinib 179
Symptome 33
Syndrome 37
Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom 88
Szintigraphie 136

T
TACE 128
Thrombozytenkonzentrat 188
Thrombozytenkonzentrate, pathogeninaktivierte 188
TIPSS 126
Trabectedin 180
transarterielle Chemoembolisation 128
Transjugulärer intrahepatischer portosystemischer Shunt 126
Transplantationen 193
Trastuzumab 182
Trastzumap 181

U
Überdosierungen 36
Überkodieren 20
Ulkus, Magen 49
Ultraschalluntersuchung 134
Ulzeröse Ösophagitis 53
Unspezifische Diagnosen 42
Upcoding 20

V
Vakuumtherapie 130
Vena-cava-Filter 126
Verbringung 100
Verdachtsdiagnose 35
Verdachtsfälle 35
Vergiftungen 36
Verlegung 22
Vernachlässigung 98

Virale Hepatitis 59
Virushepatitis 55
Vogelgrippe 87
Vorhofflattern 96
Vorhofflimmern 96
Voriconazol 182, 183
W
Wiederaufnahme 25
Y
Yamshidi-Punktion 156
Z
Zenker-Divertikel 107
Zufallsbefunde 32
Zusatzentgelt 25
Zusatzentgelte 158
Zuschläge 22
Zustand nach 39
Zystische Fibrose 84

Verzeichnis der Autoren:
Der vorliegende Kodierleitfaden für die Gastroenterologie wurde erstellt von:

Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)
Dr. med. Bora Akoglu, Frankfurt
Professor Dr. med. Jörg Albert, Stuttgart
Professor Dr. med. Wolfgang Schepp, München
Professor Dr. med. Markus Lerch, Greifswald

inspiring-health, Dr. Wilke GmbH, München
Mike Schenker
Dr. med. Michael Wilke

DRG-Research-Group des Universitätsklinikums Münster
Dr. med. Anke Liedtke-Dyong
Dr. med. Wolfgang Fiori
Andreas Wenke
Dr. med. Holger Bunzemeier
Professor Dr. med. Norbert Roeder

Wir danken den Autoren