

Kodierleitfaden Gastroenterologie

Version 2020



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 2020

Ein Leitfaden für die Praxis.

13. 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

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

Universitätsklinikum 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 978-3-89862-993-5

1 – Vorwort	11
2 – Einführung	12
3 – Was ist neu?	14
3.1 – Wesentliche Änderungen	14
3.2 – Das G-DRG-System	24
3.2.1 – Definition	24
3.3 – DRG-Zuordnung	25
3.4 – Kodierung	27
3.5 – Von der DRG zum Erlös – DRG-Kennzahlen	28
3.6 – Fallzusammenlegungen	30
3.7 – Zusatzentgelte	33
3.8 – Sachgerechte Abbildung im G-DRG-System	34
4 – Allg. Kodierrichtlinien (Krankheiten, Prozeduren)	36
4.1 – Hinweise, In- und Exklusiva	36
4.1.1 – Inklusiva	36
4.1.2 – Exklusiva	36
4.1.3 – Hinweise	37
4.2 – Diagnosen	37
4.2.1 – Diagnosearten	37
4.2.2 – Hauptdiagnose (DKR D002f)	38
4.2.3 – Nebendiagnosen (DKR D003l)	39
4.3 – Weitere allgemeine Kodierregeln für Diagnosen	40
4.3.1 – Symptom/Krankheit	40
4.3.2 – Verdachtsfälle	42
4.3.3 – Geplante, aber nicht ausgeführte Behandlung	42
4.3.4 – Komplikationen	43
4.3.5 – Doppelkodierung	44
4.3.6 – Syndrome	44
4.3.7 – Residual-/Folgezustand, Abhängigkeit	45
4.3.8 – Mehrfachkodierung	46
4.3.9 – Unspezifische Diagnosen	49

5 – Spezielle Kodierrichtlinien (Krankheiten, Prozeduren)	51
5.1 – Verschlüsselung von Krankheiten	51
5.1.1 – Gastrointestinale (GI-) Blutung	51
5.1.2 – Ösophagus- und Magenvarizenblutung	56
5.1.3 – Perianale Blutung	57
5.1.4 – Gastrales Ulkus mit Gastritis	58
5.1.5 – Kontrolluntersuchungen n. GI-Blutungen	58
5.1.5.1 – Während desselben stat. Aufenthaltes	58
5.1.5.2 – i.R. eines neuen stat. Aufenthaltes	58
5.1.6 – Gastroenteritis	59
5.1.7 – Ösophagus ulkus/Barrett-Syndrom/ ulzerierende Ösophagitis	61
5.1.7.1 – Ösophagusulkus	61
5.1.7.2 – Ulzeröse Ösophagitis	62
5.1.7.3 – Barrett-Ösophagus	62
5.1.7.4 – Ösophagusstriktur	62
5.1.7.5 – Ösophagusfistel	63
5.1.7.6 – Achalasia	63
5.1.8 – <i>Helicobacter pylori</i>	63
5.1.9 – Virushepatitis	64
5.1.9.1 – Klassifikation	64
5.1.9.2 – Hepatitis A	64
5.1.9.3 – Hepatitis B	65
5.1.9.4 – Hepatitis B und Hepatitis D	65
5.1.9.5 – Hepatitis C	66
5.1.9.6 – Hepatitis E	67
5.1.9.7 – Virale Hepatitis anderer und unklarer Ätiologie	67
5.1.10 – Leberzirrhose	67
5.1.10.1 – Einführung	67
5.1.10.2 – Aufnahmegrund: Leberzirrhose	68
5.1.10.3 – Aufnahmegrund: Folgeerkrankung	68
5.1.10.4 – Formen der Leberzirrhose	70

5.1.10.5 – Ursache der Leberzirrhose	71
5.1.10.6 – Klin. Stadien der Leberzirrhose (Zusatzkode)	71
5.1.10.7 – Komplikationen	71
5.1.10.8 – Assoziierte Diagnosen	72
5.1.11 – 5.1.11.0 Pankreatitis	74
5.1.11.1 – DKR D006e	74
5.1.12 – Andere Darmerkrankungen	75
5.1.13 – Neoplasmen	76
5.1.13.1 – Hauptdiagnose bei Neoplasmen	76
5.1.13.2 – Metastasen	79
5.1.13.3 – Lokalisation	80
5.1.13.4 – Malignom in der Eigenanamnese	83
5.1.13.5 – Komplikationen, Symptome	84
5.1.13.6 – NW der zytostatischen Therapie	86
5.1.13.7 – Familiäre adenomatöse Polyposis	87
5.1.13.8 – HNPCC	87
5.1.14 – Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	87
5.1.15 – Palliativbehandlung	90
5.1.16 – Zystische Fibrose	91
5.1.17 – Antiinfektivaresistenzen	92
5.2 – Zusätzliche Kodierhilfen	94
5.2.1 – Im Krankenhaus erworbene Pneumonie	94
5.2.2 – Grippe durch bestimmte Influzaviren	95
5.2.3 – SIRS	95
5.2.4 – Nebenwirkungen der Steroidtherapie	97
5.2.5 – Wechsel Therapieregime	98
5.2.6 – Funktionseinschränkungen	98
5.2.7 – Häufige relevante Komorbiditäten (internist. Pat.)	99
5.2.7.1 – Hypertonie	99
5.2.7.2 – Atherosklerotische Herzkrankheit (KHK)	100
5.2.7.3 – Diabetes mellitus	101
5.2.7.4 – Chronische obstruktive Lungenkrankheit	103

5.2.7.5 – Chronische Niereninsuffizienz	103
5.2.7.6 – Vorhofflattern und Vorhofflimmern	104
5.2.7.7 – Herzinsuffizienz	104
5.2.7.8 – Dekubitalgeschwür	105
5.2.7.9 – Adipositas	105
5.2.7.10 – Vernachlässigung	106
5.2.7.11 – Gastrointestinale Varizen	106
5.2.8 – Komplikationen durch Prothesen im GI-Trakt	107
6 – Verschlüsselung von Prozeduren	108
6.1 – Einleitung	108
6.2 – Kodierung bei Verbringung	108
6.3 – Angaben Seitenlokalisation	109
6.4 – Diagnostische Endoskopie	109
6.4.1 – Leistungskomplexe	109
6.4.2 – Führender diagnostischer endoskopischer Eingriff	109
6.4.3 – Endoskopische (Bürsten)-Biopsien	112
6.5 – Endoskopisch therapeutische Verfahren	114
6.5.1 – Endoskopische Destruktion, Blutstillung	114
6.5.2 – Endoskopische Polyp-/Mukosektomie	118
6.5.3 – Endoskopische Magenverkleinerung	121
6.5.4 – Endoskop. biliodigestive Anastomosen	121
6.5.5 – Endoskopisch-biliodigestive Diversion	121
6.5.6 – Endoskopische Stent-Implantation und Entfernung	122
6.5.6.1 – Selbstexpandierende Prothesen	122
6.5.6.2 – Nicht-selbstexpand. Prothesen	123
6.5.7 – Endoskopische Antirefluxverfahren	124
6.5.8 – Dilatation/Bougierung	124
6.5.9 – Endoluminale Bestrahlung des Ösophagus	125
6.5.10 – Drainage Pankreas- und Pseudozysten	125
6.5.11 – Entfernung von Pankreasnekrosen	126

6.5.12 – Steinentfernung Gallen-/Pankreasgang	126
6.5.13 – Endoskopische OP durch natürliche Körperöffnungen	127
6.5.14 – Gastroenterostomie	128
6.6 – Enteroskopie	129
6.7 – Endosonographie	130
6.8 – PEG/PEJ	132
6.9 – Magenballon	133
6.10 – Perkutan-transhepatische Intervention Gallenwege	133
6.11 – Lokalthherapie Lebertumore/-metastasen	136
6.12 – Einbringung von Bestrahlungsmarkern	138
6.13 – Kryotherapie	138
6.14 – Vakuumtherapie	139
6.15 – Explorative Laparoskopie	141
6.16 – Bildgebende Diagnostik	143
6.16.1 – Ultraschall	143
6.16.2 – Projektionsradiographien	143
6.16.3 – Computertomographie (CT)	144
6.16.4 – Darstellung des Gefäßsystems	144
6.16.5 – Magnetresonanztomographie	145
6.16.6 – Nuklearmedizinische diagnostische Verfahren	145
6.16.6.1 – Szintigraphie GI-Trakt	145
6.16.6.2 – Resorptions- und Exkretionstests	146
6.16.6.3 – Positronenemissionstomographie	146
6.17 – Weitere nichtoperative diagnostische und therapeutische Maßnahmen	146
6.17.1 – Spenderstuhlsuspension bei Clostridium difficile Infektion	146
6.17.2 – Chemotherapie	147
6.17.3 – Andere Immuntherapien	149
6.17.4 – Intensivmedizinische Komplexbehandlung	151

6.17.5 – Komplexbehandlung: nicht multiresistente Erreger	152
6.17.6 – Komplexbehandlung: multiresistente Erreger	154
6.17.7 – Palliativmedizinische Komplexbehandlung	156
6.17.8 – Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker	159
6.17.9 – Hochaufwändige Pflege von Patienten	160
6.17.10 – Ernährung	162
6.17.11 – Anästhesie/Sedierung bei Untersuchungen	163
6.17.12 – Diagnostische und therapeutische Aszitespunktion und Aszitesdrainage	163
6.17.13 – Metabolische Funktionstestung	164
6.17.14 – Funktionsuntersuchung des Verdauungstrakts	165
6.17.15 – Genmutations- und Genexpressions- analysen	165
6.17.16 – Allgemeine internistische Leistungen	166
6.17.17 – OPS-Zusatzkodes	166
7 – Relevante OPS-Kodes für ZE und kostenintensive Arzneimittel	167
7.1 – Zusatzentgelte	167
7.2 – Leberersatztherapie	167
7.3 – Radiofrequenzablation am Ösophagus ZE161	167
7.4 – Immunadsorption	168
7.5 – Selbstexpandierende Prothese: Ösophagus und Gallengänge	168
7.6 – Arzneimittel	170
7.6.1 – Hausindividuelle Vorgaben	170
7.6.2 – Adalimumab	172
7.6.3 – Anidulafungin	173
7.6.4 – Bortezomib	173

7.6.5 – Cetuximab	174
7.6.6 – Docetaxel	174
7.6.7 – Eculizumab	174
7.6.8 – Filgrastim	175
7.6.9 – Gemcitabin	175
7.6.10 – Hämin	175
7.6.11 – Imatinib	175
7.6.12 – Infliximab	176
7.6.13 – Irinotecan	176
7.6.14 – Lenograstim	176
7.6.15 – Liposomales Amphotericin B	177
7.6.16 – Micafungin	177
7.6.17 – Natalizumab	177
7.6.18 – Panitumumab	178
7.6.19 – Pegfilgrastim	178
7.6.20 – Posaconazol	178
7.6.21 – Ramucirumab	178
7.6.22 – Rituximab	179
7.6.23 – Sorafenib	179
7.6.24 – Trabectedin	179
7.6.25 – Trastuzumab, subkutan	180
7.6.26 – Trastuzumab, intravenös	180
7.6.27 – Voriconazol, oral	180
7.6.28 – Voriconazol, parenteral	181
7.7 – Blutprodukte	181
7.7.1 – Gerinnungsfaktoren	181
7.7.1.1 – Bluter/explicite Erkrankungen	181
7.7.1.2 – Keine expliziten Erkrankungen	184
7.7.2 – Erythrozyten und Thrombozyten	185
8 – Transplantationen	191
9 – Abkürzungsverzeichnis	195
10 – Hilfreiche Internetadressen	197



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 dreizehnte Ausgabe wurde der Kodierleitfaden erneut gründlich überarbeitet und auf die neuen Klassifikationssysteme (ICD-10-GM 2020 und OPS 2020) 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 gastroenterologischer Patienten ermöglichen.

Der medizinisch-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 <https://www.mydrdg.de/forum/>.

Die aktuelle Version des Kodierleitfadens wird auch in 2020 als digitale APP-Version veröffentlicht. Für die Betriebssysteme iOS und Android wird die digitale Version im 1. Quartal 2020 zur Verfügung stehen.

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

3 – Was ist neu?

3.1 – Wesentliche Änderungen

Wesentliche Änderungen 2020

Neben vielen inhaltlichen und redaktionellen Änderungen wurden insbesondere Abschnitte und Kapitel zu folgenden Themen neu in den Kodierleitfaden 2020 aufgenommen.

DRG-System:

Erlösanpassung der Cholezystektomie und vorangegangener endoskopischer Gallensteinentfernung im gleichen Krankenhausaufenthalt.

Entsprechend den höheren Kosten bei endoskopischer Gallensteinentfernung und anschließender Cholezystektomie wurde das Relativgewicht der DRG H08B von 0,837 in 2019 auf 1,508 in 2020 angehoben.

Organisationsreform MDK:

- Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) stellen künftig keine Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen mehr dar, sondern werden als eigenständige Körperschaft des öffentlichen Rechts einheitlich unter der Bezeichnung „Medizinischer Dienst“ (MD) geführt.
- Auch der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) wird vom GKV-Spitzenverband organisatorisch gelöst und erhält die Kompetenz zum Erlass der Richtlinien für die Tätigkeit der Medizinischen Dienste.
- Die Besetzung der Verwaltungsräte der MD wird neu geregelt. Künftig werden auch Vertreter der Patientinnen und Patienten, der Pflegebedürftigen und der Verbraucher sowie der Ärzteschaft und der Pflegeberufe im Verwaltungsrat vertreten sein.

Krankenhausabrechnungsprüfung:

- Künftig soll die Abrechnungsqualität eines Krankenhauses den Umfang der zulässigen Prüfungen durch die Krankenkassen bestimmen. Dazu wird ab dem Jahr 2020 eine maximale Prüfquote je Krankenhaus bestimmt, die den Umfang der Prüfungen begrenzt. Ab 2021 wird die Höhe der Prüfquote durch die Qualität der Abrechnungen bestimmt. Die Krankenhäuser, die schlecht abrechnen, werden mehr geprüft als gut abrechnende.
- Eine schlechte Abrechnungsqualität hat negative finanzielle Konsequenzen für ein Krankenhaus.
- Strittige Kodier- und Abrechnungsfragen werden systematisch reduziert. Dazu werden durch verschiedene Maßnahmen bestehende Blockaden des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene aufgelöst.
- Statt Strukturen und Ausstattungen von Krankenhäusern in vielen Einzelfällen zu prüfen, wird das Verfahren in einer Strukturprüfung gebündelt.
- Unnötige Prüffelder im Bereich der neuen Pflegepersonal-kostenvergütung werden vermieden.
- Der Katalog für sog. „ambulante Operationen und stations-ersetzende Eingriffe“ (AOP-Katalog) wird erweitert. Dadurch können die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten in den Krankenhäusern künftig konsequenter genutzt und dem heute noch häufigsten Prüfanlass entgegengewirkt werden.
- Eine Aufrechnung mit Rückforderungen der Krankenkassen gegen Vergütungsansprüche der Krankenhäuser ist künftig nur noch in festgelegten Ausnahmefällen zulässig.
- Durch Einführung einer bundesweiten Statistik soll das Abrechnungs- und Prüfgeschehen transparenter werden.

Weitere Änderungen:

Darüber hinaus sieht das MDK-Reformgesetz die folgenden wesentlichen Änderungen vor:

- Im Rahmen der Förderung der Weiterbildung in der ambulanten fachärztlichen Versorgung wird eine Förderung von mindestens 250 angehenden Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten vorgesehen.
- Das im Jahr 2013 eingeführte Hygieneförderprogramm wird um weitere drei Jahre verlängert. Damit werden Krankenhäuser weiterhin bei der personellen Ausstattung mit Hygienepersonal unterstützt, um die entsprechenden Vorgaben des Infektionsschutzrechts besser umsetzen zu können. Bei dieser Verlängerung wird ein neuer Schwerpunkt gesetzt, der auf den sachgerechten Einsatz von Antibiotika abzielt.
- Im Zusammenhang mit der Ausgliederung der Personalkosten für die Pflege am Bett aus der pauschalierenden Vergütung wird der Umfang pflegeentlastender Maßnahmen zu Gunsten der Krankenhäuser von 3 Prozent auf 4 Prozent erhöht. Die durch pflegeentlastende Maßnahmen eingesparten Pflegepersonalkosten können dann neben den tatsächlichen Pflegepersonalkosten zusätzlich im Pflegebudget berücksichtigt werden.
- Das Verfahren zum Wechsel der gesetzlichen Krankenkasse wird für die Mitglieder einfacher und einheitlicher gestaltet. Bürokratie wird abgebaut, indem elektronische Meldeverfahren genutzt werden. Die bisherige Mindestbindungsfrist wird von 18 auf zwölf Monate verkürzt.

- Die studentische Krankenversicherung wird weiterentwickelt und ein elektronisches Meldeverfahren zwischen Hochschulen und Krankenkassen eingeführt. Die bisherige Begrenzung bis zum 14. Fachsemester wird zugunsten der Studierenden gestrichen.
- Der schrittweise Abbau überschüssiger Finanzreserven von Krankenkassen ist bereits ab dem Haushaltsjahr 2020 verpflichtend anzuwenden. Somit profitieren deren Versicherte zeitnah bei der Festlegung der kassenindividuellen Zusatzbeiträge.
- Mit einer Geschlechterquote bei der Listenaufstellung im Rahmen der Sozialwahlen soll eine angemessene Repräsentanz von Frauen und Männern in den Verwaltungsräten der Krankenkassen erreicht werden.
- Der Gemeinsame Bundesausschuss hat seine öffentlichen Sitzungen künftig live im Internet zu übertragen sowie in einer Mediathek für einen späteren Abruf zur Verfügung zu stellen. Damit soll die Transparenz seiner Entscheidungen weiter verbessert werden.
- Die Unterstützungsmöglichkeiten und die Finanzierung der Patientenverbände auf Landesebene werden verbessert.

Weitere Informationen unter www.bundesgesundheitsministerium.de/mdk-reformgesetz

OPS Kodes

Neuaufnahme: Endoskopische Vollwandresektion (EFTR) am Magen und Duodenum:

5-433.25 EFTR am Magen

5-451.75 EFTR am Dünndarm

Neuaufnahme: (Endoskopische) Implantation von Bestrahlungsmarkern im Ösophagus

Organ	OPS Kode	Endoskopie spezifisch?
Ösophagus	5-42a.00	Ja
Magen	5-449.w3	Ja
Rektum	5-489.n	Nein
Anus	5-499.f	Nein
Leber	5-509.01	Ja
Pankreas/gang	5-529.q1	Ja
Bauchraum	5-549.c1	Ja
Lymphknoten	5-408.91	Ja

Neuaufnahme: Polypektomie: Zusatzkode Polypen > 2 cm im Ösophagus

5-422.60 1 Polyp > 2 cm

5-422.61 2 oder mehr Polypen > 2 cm

Diese Codes können explizit zusätzlich zu den OPS Codes 5-422.21 (Schlingenabtragung 1 bis 2 Polypen), 5-422.22 (Schlingenabtragung mehr als 2 Polypen) und 5-422.23 (EMR) angegeben werden. Der Hinweistext bei 5-422.6* schließt eine Kodierung bei Polypenabtragungen an Dickdarm oder Rektum nicht aus. Derzeit sind somit folgende Kodierungen möglich:

	Schlingen- resektion <3 Polypen	Schlingen- resektion >2 Polypen	EMR	Zusatzkode Polypen > 2 cm	
Ösophagus	5-422.21	5-422.22	5-422.23	5-422.60 (1 Polyp)	5-422.61 (> 1 Polyp)
Magen	5-433.21	5-433.22	5-433.23	5-433.60 (< 3 Polyp.)	5-433.61 (> 2 Polyp.)
<i>Dünndarm</i>					
-Push	5-451.71	5-451.72	5-451.73	5-451.b0 (< 3 Polyp.)	5-451.b1 (> 2 Polyp.)
-Push & Pull	5-451.81	5-451.82	5-451.83	5-451.b0 (< 3 Polyp.)	5-451.b1 (> 2 Polyp.)
<i>Dickdarm</i>					
-Push	5-452.61	5-452.62	5-452.63	5-452.* (siehe Tabelle)	
-Push & Pull	5-452.71	5-452.72	5-452.73	5-452.* (siehe Tabelle)	
Rektum		5-482.0		5-482.* (siehe Tabelle)	

Zusatzkode: Polypen > 2 cm bei Dickdarm und Rektum

Dickdarm	Rektum	Anzahl Polypen
5-452.a0	5-482.f0	1 Polyp
5-452.a1	5-482.f1	2 Polypen
5-452.a2	5-482.f2	3 Polypen
5-452.a3	5-482.f3	4 Polypen
5-452.a4	5-482.f4	5 Polypen
5-452.a5	5-482.f5	6 Polypen
5-452.a6	5-482.f6	7 Polypen
5-452.a7	5-482.f7	8 Polypen
5-452.a8	5-482.f8	9 Polypen
5-452.a9	5-482.f9	> 9 Polypen

Transgastrale/duodenale Gallengangspunktion

5-513.r – Transgastrale oder transduodenale Punktion der Gallengänge. Die Einlage von Drainagen oder Prothesen ist gesondert zu kodieren. Explizit aufgeführt sind die OPS Codes 5-513.5 (Einlage Drainage), 5-513.f* (Einlage selbstexpandierende Prothese), 5-513.m* (Einlage oder Wechsel selbstexpandierender nicht gecoverter Stent), 5-513.n* (Einlage oder Wechsel selbstexpandierender gecoverter Stent). Entsprechend der inneren Logik muss dies jedoch auch für 5-513.h* (Wechsel selbstexpandierende Prothese) gelten.

Änderungen bei ICD Kodes:

Hepatische Enzephalopathie: Schweregrade der hepatischen Enzephalopathie sind ab 2020 nur noch mit 2 ICD Kodes zu kodieren z.B. K70.4 (Alkoholisches Leberversagen) + K72.7_! (Hepatische Enzephalopathie und Coma hepaticum Grad x)

Alkoholische Leberzirrhose: Neuer Hinweis, die klinischen Stadien mit einem Kode aus K74.7-! zu kodieren

Milzvenenthrombose: Aufnahme folgender Angaben im alphabetischen ICD Verzeichnis:

Thrombose – Milz – arteriell: D73.5

Thrombose – Milz – venös: I82.80

HIV-Präexpositionsprophylaxe: Neuer Kode für Präexpositionsprophylaxe Z29.22, sowie neues Exklusivum beim bisher verwendeten ICD Kode Z29.21.

Aktuelle Fragen zur Kodierung

Botulinuminjektion bei Achalsie

HD: K22.0 Achalasie
OPS: 5-429.e Endoskopische Injektion
OPS: 6-003.8 Botulinumtoxin

Kryokoagulation

Die endoskopische Kryokoagulation an Organen des GIT kann wie folgt kodiert werden:

Organ	OPS
Ösophagus	5-422.53
Magen	5-433.53
Dünndarm	
Push	5-451.93
Push & Pull	5-451.a3
Dickdarm	
Push	5-452.83
Push & Pull	5-452.93
Rektum	5-482.62

Transgastrale oder transduodenale Punktion Gallengang mit anschließendem Rendezvousverfahren**5-520.x****5-526.5****5-520.x****5-526.e0****5-520.x****5-526.e1****Auflistung der verwendeten OPS-Kodes**

- 5-449.h3** Magen: Einlegen oder Wechsel einer selbstexpandierenden Prothese: Endoskopisch
- 5-449.k3** Magen: Einlegen oder Wechsel einer nicht selbstexpandierenden Prothese: Endoskopisch
- 5-469.k3** Darm: Einlegen oder Wechsel einer selbstexpandierenden Prothese: Endoskopisch
- 5-469.n3** Darm: Einlegen oder Wechsel einer nicht selbstexpandierenden Prothese: Endoskopisch
- 5-512.03** Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Ductus choledochus und Leberparenchym): Zum Magen: Endoskopisch
- 5-512.13** Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Ductus choledochus und Leberparenchym): Zum Duodenum: Endoskopisch
- 5-513.5** Gallengang: Endoskopisch: Einlegen einer Drainage
- 5-513.f0** Gallengang: Endoskopisch: Einlegen von nicht selbstexpandierenden Prothesen: Eine Prothese
- 5-513.f1** Gallengang: Endoskopisch: Einlegen von nicht selbstexpandierenden Prothesen: Zwei oder mehr Prothesen
- 5-513.m0** Gallengang: Endoskopisch: Einlegen oder Wechsel von selbstexpandierenden ungedeckten Stents: Ein Stent
- 5-513.m1** Gallengang: Endoskopisch: Einlegen oder Wechsel von selbstexpandierenden ungedeckten Stents: Zwei Stents

- 5-513.m2** Gallengang: Endoskopisch: Einlegen oder Wechsel von selbstexpandierenden ungedeckten Stents: Drei oder mehr Stents
- 5-513.n0** Gallengang: Endoskopisch: Einlegen oder Wechsel von selbstexpandierenden gedeckten Stent-Prothesen: Eine Stent-Prothese
- 5-513.n1** Gallengang: Endoskopisch: Einlegen oder Wechsel von selbstexpandierenden gedeckten Stent-Prothesen: Zwei Stent-Prothesen
- 5-513.n2** Gallengang: Endoskopisch: Einlegen oder Wechsel von selbstexpandierenden gedeckten Stent-Prothesen: Drei oder mehr Stent-Prothesen
- 5-513.r** Gallengang: Endoskopisch: Transgastrale oder transduodenale Punktion der Gallengänge
- 5-520.x** Inzision des Pankreas: Sonstige
- 5-523.0** Innere Drainage des Pankreas: Pankreatogastrostomie
- 5-523.1** Innere Drainage des Pankreas: Pankreatoduodenostomie
- 5-526.5** Endoskopische Operationen am Pankreasgang: Einlegen einer Drainage
- 5-526.e0** Endoskopische Operationen am Pankreasgang: Einlegen einer Prothese: Selbstexpandierend
- 5-526.e1** Endoskopische Operationen am Pankreasgang: Einlegen einer Prothese: Nicht selbstexpandierend

3.2 – Das G-DRG-System

3.2.1 – Definition

Das G-DRG-System (German Diagnosis Related Groups) ist ein Klassifikationssystem, das Behandlungsfälle 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.

3.3 – 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 Beatmungstunden

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.

3.4 – 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 schwergradsteigernder 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 Codes 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.

3.5 – 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) wieder.

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.gkv-spitzenverband.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 DRG-spezifischer Wert abgezogen. Überschreitet ein Behandlungsfall die obere Grenzverweildauer einer DRG, wird zu der Bewertungsrelation täglich ein vorbestimmter 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.

3.6 – Fallzusammenlegungen

Prinzipiell wird für jeden stationären Aufenthalt eine eigene DRG-Fallpauschale abgerechnet. Unter gewissen Bedingungen müssen jedoch zwei oder mehr 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 seit 2019 somit wieder die Regelungen der FPV.

3.7 – 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 hinausgehendes 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 2020 gegenüber den Vorversionen nochmals geringfügig erweitert worden. Einige ZE wurden mit einer bundesweiten Bewertung in Euro versehen, andere müssen krankenhausesindividuell 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 im Kapitel 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 2020 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 abgelehnt (Ablehnung = Status 2), kann im Folgejahr ein NUB-Entgelt mit den Kostenträgern vereinbart werden. Nähere Informationen zu den NUBs finden Sie auf der Homepage der DGVS.

3.8 – 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 DRGs operativer Partitionen streng 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 eine Vielzahl qualifizierter 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 Fällen.

Nicht vergessen werden dürfen auch die zahlreichen Zusatzentgelte, durch die die Leistungsabbildung transparenter wird und sowohl auf Krankenhausbudgetebene wie auch krankenhauserintern eine sachgerechtere Zuordnung ermöglichen.

Link zur DGVS Projekthomepage:

<https://www.dgvs.de/fokus-gastroenterologie/drg-projekt/projektvorstellung/>

4 – Allgemeine 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 Code 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 Code 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 Code 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 Code 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 Übermittlung 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 entspricht in aller Regel derjenigen 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 D003I)

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 und/oder Prozedur)
- Erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand

Ein Minimalaufwand, ab dem die Kodierung einer Nebendiagnose gerechtfertigt ist, ist nicht definiert. 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 allgemeine Kodierregeln für 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 „Aufnahmearbeit“ 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 sowie 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.

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]

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.

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. Codes 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 Codes zur Verfügung stehen. Dies gilt auch für Nebenwirkungen und seit 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 – Residual-/Folgezustand, Abhängigkeit

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*
- T90-98** *Folgen von Verletzungen, Vergiftungen und sonstigen Auswirkungen 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.

Als Hauptdiagnose zu verschlüsseln ist die zugrunde liegende Erkrankung oder das führende Symptom, die zur Aufnahme in das Krankenhaus geführt hat bzw. Grund für die weiterführende Behandlung gewesen ist.

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 Codes (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 b. 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 mit möglichen Manifestationen aufgeführt, 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 Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind*

B96.–! *Sonstige näher bezeichnete Bakterien als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind*

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*

C94.8! *Blastenkrise bei chronischer myeloischer Leukämie [CML]*

C95.8! *Leukämie, refraktär auf Standard-Induktionstherapie*

C97! *Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen*

- I50.02!** Rechtsherzinsuffizienz ohne Beschwerden
I50.03! Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden bei stärkerer Belastung
I50.04! Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden bei leichter Belastung
I50.05! Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden in Ruhe
 Hinweis: Bei einer globalen Herzinsuffizienz kommen die Schlüsselnummern I50.02!–I50.05! nicht zur Anwendung. Es ist in diesem Fall die Schlüsselnummer I50.01 in Kombination mit einer Schlüsselnummer aus I50.1- zur Angabe des Stadiums der Herzinsuffizienz anzugeben.
- I67.80!** Vasospasmen bei Subarachnoidalblutung
K72.7-! Hepatische Enzephalopathie und Coma hepaticum
K74.7-! Klinische Stadien der Leberzirrhose
L40.7-! Schweregrad der Psoriasis
O09.-! Schwangerschaftsdauer
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
 Hinweis: Die Schlüsselnummern sind nur von Krankenhäusern, die zur externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V verpflichtet sind, und nur für vollstationär behandelte, erwachsene Patienten (18 Jahre und älter) anzugeben.
- 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
U69.13! Herz-Kreislauf-Stillstand vor Aufnahme in das Krankenhaus
U69.20! Influenza A/H1N1 Pandemie 2009 [Schweinegrippe]
U69.21! Influenza A/H5N1 Epidemie [Vogelgrippe]
U69.40! Rekurrente Infektion mit *Clostridium difficile*

- U80.–!** *Grampositive Erreger mit bestimmten Antibiotikaresistenzen, die besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen erfordern*
- U81.–!** *Gramnegative Erreger mit bestimmten Antibiotikaresistenzen, die besondere 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!** *Humanes Immundefizienz-Virus mit Resistenz gegen Virustatika oder Proteinaseinhibitoren*

Während Stern- und Ausrufezeichenkodes gruppierungstechnisch als eigenständige Diagnose gewertet werden, gilt die Diagnosekombination im Sinne der Kodierregeln als eine Einheit, so 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 nicht näher bezeichnet (n.n.bez.)*

Gelegentlich werden die zwei Restklassen „.8“ und „.9“ in einem Diagnosekode kombiniert und beinhalten sowohl „sonstige“ als auch „nicht näher bezeichnete“ Zustände.

Restklassen (.8, .9) dürfen nicht verwendet werden, um Diagnosen „aufzufangen“, die anderenorts klassifiziert sind. Es gibt aber Situationen, in denen sich die Wahl einer Restklasse 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 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

Magen

- 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

- K55.32** Angiodysplasie des Dünndarmes mit Blutung
- 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 und 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, Abszess mit Blutung
- K57.01** Dünndarmdivertikulose mit Perforation, Abszess und Blutung
- K57.11** Dünndarmdivertikulose ohne Perforation und Abszess, mit Blutung
- 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

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

K55.22 Angiodysplasie des Kolons: 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*
- K55.0** *Akute Gefäßkrankheiten des Darmes*
- 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 Codes 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 Codes 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 Antikoagulanzen oder Antikörper wird mit dem ICD-Kode D68.3- (Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen) verschlüsselt.

D68.3 *Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen und Antikörper*

D68.31 - *durch Vermehrung von Antikörpern gegen Faktor VIII*

D68.32 - *durch Vermehrung von Antikörpern gegen sonstige Gerinnungsfaktoren*

D68.33 - *durch Cumarine (Vitamin-K-Antagonisten)*

D68.34 - *durch Heparine*

D68.35 - *durch sonstige Antikoagulanzen*

D68.38 - *durch sonstige und nicht näher bezeichnete Antikörper*

D68.3 - *durch Antikoagulanzen und Antikörper*

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 peranaln 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 n. GI-Blutungen

5.1.5.1 – Während desselben stationären Aufenthaltes

Als DRG-relevante Diagnosen werden auch bei Patienten mit gastrointestinalen Blutungen, die während desselben stationären Aufenthaltes bei einer Kontrolluntersuchung keine Blutungszeichen mehr zeigen, die dem Befund entsprechenden Diagnosekodes „mit Blutung“ verschlüsselt.

5.1.5.2 – i.R. eines neuen stationären 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 Codes zur Verfügung:

Auswahl spezifischer Codes 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 rezurrenter Infektion)
- A04.71** Enterokolitis durch *Clostridium difficile* ohne Megakolon, mit sonstigen Organkomplikationen (siehe auch U69.40! bei rezurrenter Infektion)
- A04.72** Enterokolitis durch *Clostridium difficile* mit Megakolon, ohne sonstige Organkomplikationen (siehe auch U69.40! bei rezurrenter Infektion)
- A04.73** Enterokolitis durch *Clostridium difficile* mit Megakolon, mit sonstigen Organkomplikationen (siehe auch bei rezurrenter Infektion)
- A04.79** Enterokolitis durch *Clostridium difficile*, nicht näher bezeichnet (siehe auch U69.40! bei rezurrenter 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. Ein möglicherweise begleitendes akutes Nierenversagen wird anhand der KDIGO-Einteilung unter N17.- dokumentiert.

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 Toilettenisolation (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 – Ösophagus ulkus/Barrett-Syndrom/ ulzerierende Ösophagitis

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. Das Barrett-Syndrom wird bei entsprechendem Ressourcenaufwand gesondert angegeben.

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 Code 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 (carcinoma in situ)*

C15.- *Barrettkarzinom*

Eine Blutung wird mit dem ICD-Code 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 mit J86.0 (Pyothorax mit Fistel) zu verwenden. Eine möglicherweise vorliegende Grunderkrankung wird zusätzlich angegeben (z.B. A18.- Tuberkulose oder K50.81 M. Crohn der Speiseröhre)

5.1.7.6 – Achalasie

Die Behandlung der Achalasie mittels Botulinumtoxin-Injektionen (Botox) wird wie folgt kodiert

HD: K22.0 *Achalasie*
OPS: 5-429.e *Endoskopische Injektion*
OPS: 6-003.8 *Botulinumtoxin*

Weitere Therapieverfahren sind:

5-429.5 *Sprengung der Kardia (transluminal)*
5-420.06 *Ösophagomyotomie : Endoskopisch*

5.1.8 – Helicobacter pylori

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

Beispiel: Ein Patient 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 Codes für die Klassifikation der Hepatitis A, B, C, D und E zur Verfügung.

Die Diagnose einer chronischen Virushepatitis umfasst sowohl Patienten, die asymptomatisch sind und nur im Falle einer Therapie erhebliche Kosten verursachen, als auch Patienten, 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*
098.4 *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*
- B18.1** *Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus*
- 098.4** *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 Codes 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:

Der ICD Kode 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 Virushepatitiden ist ungeklärt.

- 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*
- B18.0** *Chronische Virushepatitis B mit Delta-Virus*
- 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*
- 098.4** *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 B16.- bis B18.- wird nach DKR 1510p zusätzlich kodiert)*

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*
- 098.4** *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*
098.4 *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 und 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:

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).

B17.8 *Sonstige näher bezeichnete akute Virushepatitis (z.B. Hepatitis G)*

B17.9 *Akute Virushepatitis, n.n.bez.*

098.4 *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.)*

5.1.10.2 – 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 Entzugerscheinungen 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. hier)*
- 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 entzündliche Leberkrankheiten*
- K75.9** *Entzündliche Leberkrankheit, nicht näher bezeichnet*
- K76.8** *Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Leber*
- K83.0** *Cholangitis*

5.1.10.6 – Klin. 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 – Komplikationen**Auswahl:**

- 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*
- K72.7-!** *Hepatische Enzephalopathie und Coma hepaticum (Die Gradeinteilung, an 5. Stelle zu kodieren, erfolgt nach den West-Haven-Kriterien)*
- K72.1** *Chronisches Leberversagen*
- E26.1** *Sekundärer Hyperaldosteronismus*
- G31.2** *Degeneration des Nervensystems durch Alkohol*
- G63.8*** *Polyneuropathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten*
- Beispiele für Nierenschädigungen:**
- N17.9 -** *Akutes Nierenversagen ohne histologische Untersuchung*
- N17.91** *Stadium 1*
- N17.92** *Stadium 2*
- N17.93** *Stadium 3*
- N17.99** *Stadium nicht näher bezeichnet (zu verwenden, wenn keine histologische Untersuchung durchgeführt wurde)*
- N18.-** *Chronische Nierenkrankheit (nähere Klassifikation s. hier)*
- 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: s. hier).

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

5.1.11.1 – DKR D006e

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

K85	<i>Akute Pankreatitis</i>
.0-	<i>Idiopathische</i>
.1-	<i>Biliäre</i>
.2-	<i>Alkoholinduzierte</i>
.3-	<i>Medikamenteninduzierte</i>
.8-	<i>Sonstige</i>
.9-	<i>N.n.bez.</i>

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 Codes spezifisch zu kodieren.

Für die chronische Pankreatitis stehen folgende Codes 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

Folgende ICD Codes stehen zur differenzierten Kodierung des Reizdarmsyndroms und Obstipation zur Verfügung.

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 nicht näher bezeichnetes Reizdarmsyndrom*

K59.0_ *Obstipation 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 Neoplasma-reste gefunden werden.

Beispiel 1: *Ein Patient wird zur Therapie eines Rektumkarzinoms aufgenommen. Der Patient erhält eine Kryotherapie, 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 Codes der ICD-Gruppe C81-C88 kodiert. Dies gilt auch für Lymphome, die als „extranodal“ ausgewiesen werden (z.B. Magen). Codes 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 carcinomatosa 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 überra-gen, u.a. folgende Codes 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.hier 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. hier) 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 Code für eine bösartige Erkrankung zu verschlüsseln. Stattdessen sollte ein Code der ICD-Kategorie:

Z08.- *Nachuntersuchung nach Behandlung wegen bösartiger Neubildung*

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

Beispiel: Ein Patient wird zur Follow-Up-Untersuchung nach chirurgischer Entfernung eines Rektumkarzinoms aufgenommen. 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 aufgenommen. 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. Codes 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, Symptome

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 hier).

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 Erythrozytenkonzentrat, 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 – NW 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 Polyposis

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 – 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**K50.81** Crohn-Krankheit der Speiseröhre**K50.82** Crohn-Krankheit der Speiseröhre und des Magen-Darm-Traktes, mehrere Teilbereiche betreffend (Crohn-Krankheit des Dün- 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 Colitis**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 Codes werden die Colitis ulcerosa (K51.-) und der M. Crohn (K50.-) explizit als Exklusivum aufgeführt.

CMV-Superinfektion:**B25.80+** Infektion des Verdauungstrakts durch CMV**K93.8*** Gastritis, Kolitis**K23.8*** Ösophagitis

Weitere relevante Nebendiagnosen bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen:

- A41.-** *Sonstige Sepsis*
- B25.80†** *Infektion des Verdauungstraktes durch Zytomegalieviren*
- D50.-** *Eisenmangelanämie*
- D51.8** *Sonstige Vitamin B12-Mangelanämie*
- D52.8** *Sonstige Folsäuremangelanämie*
- D90** *Immunkompromittierung*
- E44.-** *Energie- und Eiweißmangelernährung mäßigen und leichten Grades*
- E56.-** *Sonstige Vitaminmangelzustände*
- E60** *Alimentärer Zinkmangel*
- E61.1** *Eisenmangel*
- K12.1** *Stomatitis aphthosa/ulcerosa*
- K56.-** *Paralytischer und mechanischer Ileus ohne Hernie*
- K56.6** *Dickdarm/Dünndarmstenose*
- K59.3** *Megakolon, anderenorts nicht klassifiziert*
- K60.3** *Anal fistel (Perianale Fisteln)*
- K60.4** *Rektalfistel*
- K63.0** *Darmabszess*
- K63.2** *Darmfistel (enterokutane Fistel)*
- K65.-** *Peritonitis*
- K90.8** *Gallensäureverlustsyndrom*
- L52** *Erythema nodosum*
- L88** *Pyoderma gangraenosum*
- M07.4-*** *Arthritis bei M. Crohn*
- M07.5-*** *Arthritis bei Colitis ulcerosa*
- M80.4-** *Arzneimittelinduzierte Osteoporose mit Fraktur*
- M81.4** *Arzneimittelinduzierte Osteoporose ohne Fraktur*
- M82.8-*** *Osteoporose bei sonstigen andernorts klassifizierten Krankheiten*
- 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*
- R64** *Kachexie*

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 Verdauungstraktes 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 Biologika wie Adalimumab (6-001), Infliximab (6-001), Golimumab (6-005), Ustekinumab (6-005) oder Vedolizumab (6-008) existieren eigene, die kumulative Dosis definierende Codes.

5.1.15 – Palliativbehandlung

Eine Palliativbehandlungsphase 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 an spezialisierte Einrichtungen gebunden. 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 Patient 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 Lungenmanifestation 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 Oxazolidinone 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)
- 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 multi-resistenten Erregern zu kodieren.

5.2 – Zusätzliche Kodierhilfen

5.2.1 – Im Krankenhaus erworbene Pneumonie

Zur Abgrenzung von ambulant erworbenen Pneumonien sind zum Zwecke der 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 – 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, nicht näher bezeichnet (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*

Bei einer Sepsis sollte die auslösende Infektion (z.B. Cholangitis, Peritonitis, Pneumonie, Harnwegsinfekt) zusätzlich zum Sepsiskode kodiert werden.

5.2.4 – Nebenwirkungen der Steroidtherapie

Sofern relevant für den stationären Aufenthalt (s. Definition Nebendiagnose hier), 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 Code 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, nicht näher bezeichnet

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

5.2.5 – Wechsel Therapieregime

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 Code für die Funktionseinschränkung der führenden Erkrankung zugeordnet werden. Die entsprechenden Codes 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, nicht näher bezeichnet*
I11.0- *Hypertensive Herzkrankheit mit Herzinsuffizienz*
I11.9- *Hypertensive Herzkrankheit ohne Herzinsuffizienz*
I12.0- *Hypertensive Nierenkrankheit m. Niereninsuffizienz*
I12.9- *Hypertensive Nierenkrankheit o. Niereninsuffizienz*
I13.0- *Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit Herzinsuffizienz*
I13.1- *Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz*

- I13.2-** *Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit Herz- und Niereninsuffizienz*
- I13.9-** *Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit, n.n.bez.*
- I15.0-** *Renovaskuläre Hypertonie*
- I15.1-** *Hypertonie als Folge v. sonstigen Nierenkrankheiten*
- I15.2-** *Hypertonie als Folge von endokrinen Krankheiten*
- I15.8-** *Sonstige sekundäre Hypertonie*
- I15.9-** *Sekundäre Hypertonie, nicht näher bezeichnet*

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

Die vierte Stelle mögliche Komplikationen des Diabetes:

.0	<i>Mit Koma</i>
.1	<i>Mit Ketoazidose</i>
.2	<i>Mit Nierenkomplikationen</i>
.3	<i>Mit Augenkomplikationen</i>
.4	<i>Mit neurologischen Komplikationen</i>
.5	<i>Mit peripheren vaskulären Komplikationen</i>
.6	<i>Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen</i>
.7	<i>Mit multiplen Komplikationen</i>
.8	<i>Mit nicht näher bez. Komplikationen</i>
.9	<i>Ohne Komplikationen</i>

Die fünfte Stelle gibt Auskunft über die Stoffwechsellage:

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

* 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 hier).

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, nicht näher bezeichnet*
- 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 KOF oder höher*
- N18.2** *Chronische Nierenkrankheit, Stadium 2 GFR 60 bis unter 90 ml/min/1,73m² KOF*
- N18.3** *Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3 GFR 30 bis unter 60 ml/min/1,73m² KOF*

N18.4 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4 GFR 15 bis unter 30 ml/min/1,73m² KOF

N18.5 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5 GFR unter 15 ml/min/1,73 m² KOF

N18.80 Einseitige chronische Nierenfunktionsstörung Relativ. Funktionsanteil d. betroffenen Niere < 35 %

N18.89 Sonstige chronische 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, persistierend

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

Rechtsherzinsuffizienz:

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 Codes 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 Codes für das Verhungern infolge Anorexie (R63.0), infolge Nahrungsmittel-mangels (T73.0) und infolge Flüssigkeitsmangels (T73.1), ebenso die Vernachlässigung der eigenen Person o.n.A. (R46.8).

5.2.7.11 – Gastrointestinale Varizen

- 185.0** Ösophagusvarizen mit Blutung*
- 185.9** Ösophagusvarizen ohne Blutung*
- 186.80** Dünndarmvarizen*
- 186.81** Dickdarmvarizen*
- 186.82** Rektumvarizen*
- 186.88** Varizen sonst. näher bez. Lokalisationen*

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

- 198.2*** *Ösophagus-und Magenvarizen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, ohne Angabe einer Blutung*
Inkl.: Ösophagus-und Magenvarizen ohne Angabe einer Blutung bei: Leberkrankheiten (K70–K71+) (K74.–+)
- 198.3*** *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 Codes aus T85.5_ ermöglichen 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 2020 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. Konsiliaruntersuchungen, 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 – Angaben Seitenlokalisierung

Für Prozeduren an paarigen Organen oder Körperteilen ist die Angabe einer Seitenlokalisierung 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 periinterventionellen Anästhesie siehe hier. 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 endoskopischer Eingriff

Bei der Verschlüsselung der Endoskopie multipler Gebiete über einen Zugang wird nur der Code für das am tiefsten eingesehene Gebiet verwendet. Erfolgt beispielsweise eine diagnostische Jejunoskopie und eine Endoskopie des Magens, wird ausschließlich der Code 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
- 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-back-Technik/ 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: Partiiell*
- 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-Technik*
- Diagnostische Endoskopie des Darmes über ein Stoma**
- 1-652.0** *Ileoskopie*
- 1-652.1** *Koloskopie*

Diagnostische Endoskopie des Darmes über ein Stoma (Fortsetzung)

- 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 (Bürsten)-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 operativ freigelegt wird. Die vereinfachte Einführung einer Biopsienadel über einen kleinen Hautschnitt gilt klassifikatorisch nicht als Biopsie mit Inzision. Endoskopische Biopsien werden unter den Codes „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-Code für die Entnahme der Biopsien pro Sitzung verschlüsselt. Erfolgen mehr als 5 Biopsien bei einer Endoskopie am Verdauungstrakt, wird der Code 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 u. Pankreas (perkutan ohne bildgebende Verfahren)**
1-441.0 Leber
1-441.1 Gallenblase
1-441.2 Pankreas
- Biopsie an hepatobiliärem System u. 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 – Endoskopisch therapeutische Verfahren

6.5.1 – Endoskopische Destruktion, 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** *Lasерkoagulation*
- 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** *Lasерkoagulation*
- 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*

Destruktion/Blutstillung im Magen (Fortsetzung)

- 5-449.03** Sklerosierung von Fundusvarizen
- 5-449.13** Umstechung von Fundusvarizen
- 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** *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*

Endoskopisch transmurale Vollwandresektion (endoscopic full transmural resection EFTR)

Zur Kodierung einer EFTR stehen folgenden Codes zur Verfügung:

OPS	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe
5-433.25	Magen
5-451.75	Dünndarm
5-452.65	Kolon
5-482.81	Rektum

6.5.2 – Endoskopische Polyp-/Mukosektomie

Polypektomien und Mukosektomien werden als endoskopische Exzision kodiert. In Abhängigkeit von der Lokalisation gibt es einen verbindlichen OPS-Code sowohl für die Polyp als auch für die Mukosektomie (z.B. Ösophagus), einen verbindlichen OPS-Code 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 Codes in der nachfolgenden Tabelle kennzeichnen verbindliche OPS-Kodes.

Die 6-stelligen Codes zur differenzierteren Abbildung wurden in den amtlichen Katalog übernommen. Folgende Kodierungen sind zur Zeit möglich.

	Schlingen- resektion <3 Polypen	Schlingen- resektion >2 Polypen	EMR	Zusatzkode Polypen > 2 cm	
Ösophagus	5-422.21	5-422.22	5-422.23	5-422.60 (1 Polyp)	5-422.61 (> 1 Polyp)
Magen	5-433.21	5-433.22	5-433.23	5-433.60 (< 3 Polyp.)	5-433.61 (> 2 Polyp.)
<i>Dünndarm</i>					
-Push	5-451.71	5-451.72	5-451.73	5-451.b0 (< 3 Polyp.)	5-451.b1 (> 2 Polyp.)
-Push & Pull	5-451.81	5-451.82	5-451.83	5-451.b0 (< 3 Polyp.)	5-451.b1 (> 2 Polyp.)
<i>Dickdarm</i>					
-Push	5-452.61	5-452.62	5-452.63	5-452.* (siehe Tabelle)	
-Push & Pull	5-452.71	5-452.72	5-452.73	5-452.* (siehe Tabelle)	
Rektum		5-482.0		5-482.* (siehe Tabelle)	

Tabelle OPS Kodes Polypen > 2 cm in Dickdarm bzw. Rektum

Zusatzkode: Polypen > 2 cm bei Dickdarm und Rektum

Dickdarm	Rektum	Anzahl Polypen
5-452.a0	5-482.f0	1 Polyp
5-452.a1	5-482.f1	2 Polypen
5-452.a2	5-482.f2	3 Polypen
5-452.a3	5-482.f3	4 Polypen
5-452.a4	5-482.f4	5 Polypen
5-452.a5	5-482.f5	6 Polypen
5-452.a6	5-482.f6	7 Polypen
5-452.a7	5-482.f7	8 Polypen
5-452.a8	5-482.f8	9 Polypen
5-452.a9	5-482.f9	> 9 Polypen

- 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 Perianale lokale Exzision und Destruktion des Rektums: Mikrowellenablation, Peranal
5-482.d1 Perianale lokale Exzision und Destruktion des Rektums: Mikrowellenablation, Endoskopisch
5-482.d2 Perianale lokale Exzision und Destruktion des Rektums: Mikrowellenablation, Endoskopisch-mikrochirurgisch
5-482.e0 Perianale lokale Exzision und Destruktion des Rektums: Irreversible Elektroporation, Peranal
5-482.e1 Perianale lokale Exzision und Destruktion des Rektums: Irreversible Elektroporation, Endoskopisch
5-482.e2 Perianale 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 Magenpliktatur

6.5.4 – Endoskop. 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 – Endoskopisch-biliodigestive Diversion

Die endoskopisch-biliodigestive Diversion (Endobarrier) wurde 2014 aus den Codes 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 laut 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 und 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 ungedeckter Stent**5-513.m1** Einlage oder Wechsel, 2 ungedeckte Stents**5-513.m2** Einlage oder Wechsel, 3 od. mehr ungedeckte Stents**5-513.n0** Einlage oder Wechsel, 1 gedeckte Stent-Prothese**5-513.n1** Einlage oder Wechsel, 2 gedeckte Stent-Prothesen**5-513.n2** Einlage oder Wechsel, 3 oder mehr gedeckte 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-selbstexpand. 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 Codes 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 – Drainage Pankreas- und Pseudozysten

5-529.n* **Endoskopische, 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 – 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 – Steinentfernung Gallen-/Pankreasgang

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

- 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, Stein-entfernung mit elektrohydraulischer Lithotripsie und Laseranwendung

5-513.25 Endoskopische Operationen an den Gallenwegen, Stein-entfernung mit Laserlithotripsie

Pankreasgang

5-526.20 Endoskopische Operationen am Pankreasgang, Stein-entfernung mit Körbchen

5-526.21 Endoskopische Operationen am Pankreasgang, Stein-entfernung mit Ballonkatheter

5-526.22 Endoskopische Operationen am Pankreasgang, Stein-entfernung mit mechanischer Lithotripsie

5-526.23 Endoskopische Operationen am Pankreasgang, Stein-entfernung mit elektrohydraulischer Lithotripsie

5-526.24 Endoskopische Operationen am Pankreasgang, Stein-entfernung mit elektrohydraulischer Lithotripsie und Laseranwendung

5-526.25 Endoskopische Operationen am Pankreasgang, Stein-entfernung mit Laserlithotripsie

6.5.13 – Endoskopische OP durch natürliche Körperöffnungen

Erfolgt im Rahmen einer minimalinvasiven Technik eine endoskopische Operation durch eine natürliche Körperöffnung, so ist ein OPS-Zusatzcode 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-Zusatzcodes sind für gewöhnliche Eingriffe im Rahmen einer Endoskopie nicht zu verwenden.

6.5.14 – Gastroenterostomie

Bypassverfahren

Seit 2014 besteht die Möglichkeit endoskopische Gastroenterostomien 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. Kleinkalibriges Cholangioskop **Hinw.:** Der Außendurchmesser eines normalkalibrigen Cholangioskops beträgt 4 mm oder weniger*

5-526.j *Therapeutische Endoskopie des Pankreasganges [duktale Endoskopie] **Hinw.:** Dieser Codes 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 Codes 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* *Endoskopische 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* *Endoskopische 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 Codes 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 Codes in Kombination mit Codes 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. Die Umwandlung einer PEG in PEJ sollte wie folgt kodiert werden: OPS 8-123.1 (Entfernung PEG) und OPS 5-450.3 (Anlage PEJ)

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)

Eingewachsene PEG/Buried bumper

5-431.31 Inzision, Exzision und Resektion am Magen: Gastrostomie: Freilegung und Entfernung einer eingewachsenen PEG-Halteplatte: Endoskopisch

Hinweis: Die bisher verwendeten OPS 5-430.x und 8-123 sind nicht mehr für die Entfernung zu verwenden

Anlage PEJ

5-450.3 Perkutan-endoskopische Jejunostomie (PEJ)

Wechsel/Entfernung einer PEJ (perkutan-endoskopische Jejunostomie)

8-124.0 Wechsel einer PEJ

8-124.1 Entfernung einer PEJ

8-124.x Sonstige (Desobliteration)

Wechsel einer PEG in JET-PEG

8-125.2 Anlage, Wechsel duodenal oder jejunal JET-PEG über liegende PEG, endoskopisch

Anlegen und Wechsel einer duodenalen oder jejunalen (JET-PEG) 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 Codes abgebildet werden.

Endoskopisches Einlegen und Entfernung eines Magenballons

Hinw.: Eine gleichzeitig durchgeführte diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie ist im Code enthalten

8-127.0 *Einlegen***8-127.1** *Entfernung***6.10 – Perkutan-transhepatische Intervention
Gallenwege**

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 ungedeckten Stents*

- 5-517.13** *Einlegen oder Wechsel von zwei selbstexpandierenden ungedeckten Stents*
- 5-517.23** *Einlegen oder Wechsel von drei selbstexpandierenden ungedeckten Stents*
- 5-517.33** *Einlegen oder Wechsel von vier oder mehr selbstexpandierenden ungedeckten Stents*
- 5-517.43** *Einlegen oder Wechsel einer selbstexpandierenden gedeckten Stent-Prothese*
- 5-517.53** *Einlegen oder Wechsel von zwei selbstexpandierenden gedeckten Stent-Prothesen*
- 5-517.63** *Einlegen oder Wechsel von drei selbstexpandierenden gedeckten Stent-Prothesen*
- 5-517.73** *Einlegen oder Wechsel von vier oder mehr selbstexpandierenden gedeckten 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. Rendez-vous-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 Kanüleinlage in Herz und Blutgefäß*
Hinw.: Die Anwendung eines Embolieprotektionssystems 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 Vena-cava-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 ungedeckten Stents*
- 8-839.88** *Perkutanes Anlegen eines gedeckten Stents*
- 839.89** *Perkutanes Anlegen von 2 und mehr ungedeckten Stents*
- 8-839.8a** *Perkutanes Anlegen von 2 und mehr gedeckten 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 – Lokalthérapeutische Lebertumore/-metastasen

RFA, LITT, Alkoholinjektion, transarterielle Chemoembolisation. Die verschiedenen lokalthérapeutischen Maßnahmen an der Leber (Radiofrequenzablation, laserinduzierte Thermotherapie, Alkoholinjektion) 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-/1.5-/1.6-/1.7-) 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, inklusive 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 Codes 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*

* Zusatzcode zu 8-836.m-

Zu beachten sind die jeweiligen Hinweise, die eine quantitative und/oder qualitative Angabe des verwandten Materials mit Hilfe separater Codes fordern.

An 6. Stelle des Codes ist die Gefäßlokalisierung 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

Organ	OPS Kode	Endoskopie spezifisch?
Ösophagus	5-42a.00	Ja
Magen	5-449.w3	Ja
Rektum	5-489.n	Nein
Anus	5-499.f	Nein
Leber	5-509.01	Ja
Pankreas/gang	5-529.q1	Ja
Bauchraum	5-549.c1	Ja
Lymphknoten	5-408.91	ja

6.13 – Kryotherapie

Die endoskopische Kryokoagulation an Organen des GIT kann wie folgt kodiert werden:

Ösophagus	5-422.53
Magen	5-433.53
Dünndarm	
Push	5-451.93
Push & Pull	5-451.a3
Dickdarm	
Push	5-452.83
Push & Pull	5-452.93
Rektum	5-482.62

6.14 – Vakuumtherapie

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

5-916.a *Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie*

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

6.15 – Explorative Laparoskopie

Die diagnostische Laparoskopie wird mit dem Kode:

1-694 *Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)*

kodiert.

Wird im Rahmen der Untersuchung eine Biopsie durchgeführt, ist einer der folgenden Codes 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 Codes für Biopsien mit Inzision sind in diesen Fällen nicht anzugeben. Werden darüber hinaus therapeutische Verfahren eingesetzt, stehen folgende Codes 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.

6.16 – Bildgebende Diagnostik

6.16.1 – Ultraschall

- 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.

6.16.2 – Projektionsradiographien

- 3-13** Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
 Exkl.: ERC (1-642)
- 3-134** Pharyngographie
- 3-137** Ösophagographie
- 3-138** Gastrographie
- 3-139** Isolierte Dünndarmdarstellung [Enteroklysmat]
- 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

6.16.3 – 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*

6.16.4 – 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** *Mesenterialvenen*
- 3-612.4** *Illiakalvenen*
- 3-612.5** *Pfortader*
- 3-612.x** *Sonstige*

6.16.5 – Magnetresonanztomographie

- 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** *Magnetresonanztomographie-Cholangiopankreatikographie [MRCP] ohne Sekretinunterstützung*
- 3-843.1** *Magnetresonanztomographie-Cholangiopankreatikographie [MRCP] mit Sekretinunterstützung*
- 3-845** *Magnetresonanztomographie-Elastographie*
- 3-846** *Magnetresonanztomographie der Leber zur Bestimmung des Eisengehaltes: Hinweis: Ein MRT des Abdomens ist im Kode enthalten.*

6.16.6 – Nuklearmedizinische diagnostische Verfahren

6.16.6.1 – 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*

6.16.6.2 – 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*

6.16.6.3 – Positronenemissionstomographie

- 3-74** *Positronenemissionstomographie (PET) mit Vollring-Scanner*
- 3-742** *Positronenemissionstomographie des gesamten Körperstammes*
- 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 und des Kopfes*
- 3-75x.-** *Andere Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT)*

6.17 – Weitere nichtoperative diagnostische und therapeutische Maßnahmen

6.17.1 – Spenderstuhlsuspension bei Clostridium difficile Infektion

Zur Kodierung der Spenderstuhlsuspension stehen in folgende Codes zur Verfügung:

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

6.17.2 – 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 Codes 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 maximal 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 applizierte 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*

6.17.3 – Andere Immuntherapien

Für die Therapie mit Immunmodulatoren und Immunsuppressiva stehen folgende Codes 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*

6.17.4 – Intensivmedizinische Komplexbehandlung

Es stehen drei verschiedene OPS Codes 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“ Codes

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.

6.17.5 – Komplexbehandlung: nicht multiresistente Erreger

Seit dem 1.1.2016 kann die Isolation wegen nicht multiresistenter Erreger 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) oder 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 KomplexKodes 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 multi-resistenten 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 multi-resistenten 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*

6.17.6 – Komplexbehandlung: multiresistente Erreger Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multi- resistenten 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- oder 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 tägliche Desinfektion patientennaher Flächen.
- Mindestens tägliche Fußbodendesinfektion und Schlusdesinfektion.
- 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 Schlusdesinfektion).

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

6.17.7 – Palliativmedizinische Komplexbehandlung

Seit 2014 wird die palliativmedizinische Komplexbehandlung über zwei verschiedene 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 Codes finden Sie unter FAQ des DIMDI: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/ops/kodierfragen/>

6.17.8 – Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker Qualifizierter Entzug

Die Codes 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 Komplexcodes (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 suchtmmedizinischer 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 „Suchtmmedizinische Grundversorgung“. Im letztgenannten Fall muss das für den qualifizierten Entzug zuständige Team über kontinuierlichen psychiatrisch-psychotherapeutischen 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 suchtmmedizinisches 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.

6.17.9 – Hochaufwändige Pflege von Patienten

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

- 9-200** *Hochaufwändige Pflege von Erwachsenen (ZE130)*
- 9-201** *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 Beatmungstunden 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 Beatmungstunden 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.

6.17.10 – Ernährung

- 8-15** *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 Codes bei intensivmedizinisch behandelten Patienten nicht anzugeben.

Die enterale Ernährung erfolgt über eine Sonde bzw. ein Stoma, im Falle der OPS Codes 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 Code enthalten.

6.17.11 – 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.

6.17.12 – Diagnostische und therapeutische Aszitespunktion und Aszitesdrainage

Bei der Aszitespunktion wird zwischen diagnostischer und therapeutischer 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 Codes 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 übernähtes Mehrfachdrainage-System erfolgt, ist die

8-148 *Therapeutische Drainage von anderen Organen und Geweben*

hier speziell

8-148.0 *Peritonealraum*

zu kodieren.

Nach SEG4 sind folgende Voraussetzungen dafür zu erfüllen:

1. Dokumentation mittels Überwachungsprotokoll (Kreislaufparameter, Drainagemenge)
2. Dokumentation einer geeigneten Fixation der Drainage (z.B. mittels Naht)
3. Dokumentation der Art des verwendeten Drainagesystems
4. Mehrtägiger Verbleib der Drainage und/oder mehrfache Drainage über dasselbe System und/oder Drainage über mehrere Stunden.

6.17.13 – Metabolische Funktionstestung

Der folgende Code 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 Codes ist die kontinuierliche ärztliche Überwachung in Notfallbereitschaft.

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

Für die invasive Pankreasfunktionstestung steht folgender Code zur Verfügung:

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

Dieser Kode beinhaltet den Sekretin-Test.

6.17.14 – Funktionsuntersuchung des Verdauungstrakts

- 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** *Dickdarmanometrie inkl. Barosta*

6.17.15 – Genmutations-und Genexpressionsanalysen

- 1-992-*** *Durchführung von Genmutationsanalysen und Genexpressionsanalysen bei soliden bösartigen Neubildungen.
Analysen zur Prognosebestimmung und zur Therapieplanung 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

6.17.16 – 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*

6.17.17 – 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-Zusatzcode für die nationale Genehmigung bzw. internationale Zulassung angegeben werden:

- 5-936.0** *Nationale Genehmigung
Hinw.: Dieser Zusatzcode ist für eine Genehmigung nach § 4b Arzneimittelgesetz anzugeben*
- 5-936.1** *Internationale Zulassung
Hinw.: Dieser Zusatzcode ist für eine Zulassung entsprechend der Verordnung Nr. 1394/ 2007 des europäischen Parlaments und des Rates anzugeben*

7 – Relevante OPS-Kodes für ZE und kostenintensive Arzneimittel

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 ZE2020-10*

8-858 *Extrakorporale Leberersatztherapie [Leberdialyse]*

7.3 – Radiofrequenzablation am Ösophagus ZE161

5-422.55 *Radiofrequenzablation Ösophagus*

7.4 – Immunadsorbtion

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 Prothese: Ösophagus und Gallengänge

- Ösophagus (selbstexpandierend), endoskopisch ZE2020-54**
- 5-429.j1** *Einlegen oder Wechsel, eine Prothese ohne Antirefluxventil*
 - 5-429.j4** *Einlegen oder Wechsel, 2 Prothesen ohne Antirefluxventil*
 - 5-429.ja** *Einlegen oder Wechsel, > 2 Prothesen ohne Antirefluxventil*
 - 5-429.jc** *Einlegen oder Wechsel, eine Prothese mit Antirefluxventil*
 - 5-429.je** *Einlegen oder Wechsel, 2 Prothesen eine davon mit Antirefluxventil*
 - 5.429.jg** *Einlegen oder Wechsel, > 2 Prothesen eine davon mit Antirefluxventil*
- Gallenwege (selbstexpandierend), endoskopisch ZE2020-54**
- 5-513.m0** *Einlage oder Wechsel, 1 ungedeckter Stent*
 - 5-513.m1** *Einlage oder Wechsel, 2 ungedeckte Stents*
 - 5-513.m2** *Einlage oder Wechsel, 3 od. mehr ungedeckte Stents*
 - 5-513.n0** *Einlage oder Wechsel, 1 gedeckte 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 Magen-
 teilresektion mit mit Roux-Y-Anastomose)

**Gallenwege (selbstexpandierend), perkutan-transhepatisch
 ZE2020-54**

- 5-517.03** Einlegen oder Wechsel, 1 ungedeckter Stent
5-517.13 Einlage oder Wechsel, 2 ungedeckte Stents
5-517.23 Einlage oder Wechsel, 3 ungedeckte Stents
5-517.33 Einlage oder Wechsel, 4 od. mehr ungedeckte 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 ZE2020-54

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

Darm (selbstexpandierend), endoskopisch ZE2020-54

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

Rektum (selbstexpandierend), endoskopisch ZE2020-54

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

- 5-489.h0** Entfernung einer Prothese

Pankreasgang (selbstexpandierend), endoskopisch ZE2020-54

- 5-526.e0** Einlegen einer Prothese

- 5-526.f0** Wechsel einer Prothese

**Pankreas und Pankreasgang (selbstexpandierend), sonstig da
 kein spezieller Kode für endoskopisch ZE2020-54**

- 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. Verworfen Anteile sind nicht kodierfähig.

Die Liste der kodierbaren Mengen überschreiten die Möglichkeit dieses Kodierleitfaden. Bitte überprüfen Sie ggf. an Hand der offiziellen OPS-Kataloges die Kodierung der tatsächlich gegebenen Menge.

Medikament	OPS Kode(s)	Zusatzentgelt in 2020
<i>Adalimumab, parenteral</i>	6-001.d*	ZE2020-148
<i>Amphotericin-B-Lipidkomplex, parenteral</i>	6-003.1*	ZE2020-80
<i>Anidulafungin, parenteral</i>	6-003.k	ZE2020-154
<i>Bortezomib, parenteral</i>	6-001.9*	ZE2020-147
<i>Bosutinib, oral</i>	6-007.4	
<i>Certolizumab, parenteral</i>	6-005.7	
<i>Cetuximab, parenteral</i>	6-001.a*	ZE50
<i>Docetaxel, parenteral</i>	6-002.h*	ZE80
<i>Eculizumab, parenteral</i>	6-003.h*	ZE154
<i>Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, parenteral: z.B. mit Imiglucerase, Laronidase oder Alglucosidase alfa</i>	6-003.7	ZE2020-66
<i>Everolimus, oral</i>	6-005.8	
<i>Filgrastim, parenteral</i>	6-002.1*	ZE2020-175
<i>Filgrastim, parenteral</i>	6-002.1*	ZE2020-175

Medikament	OPS Kode(s)	Zusatzentgelt in 2020
Gemcitabin, parenteral	6-001.1*	ZE17
Glecaprevir-Pibrentasvir, oral	6-00a.6*	
Golimumab, parenteral	6-005.2	
Hämin, parenteral	6-004.1*	ZE2020-69
Human-Immunglobulin, polyvalent	8-810.w*	ZE93
Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Hepatitis-B-Surface-Antigen	8-810.q*	ZE51
Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Varicella-Zoster-Virus (VZV)*	8-810.w*	ZE67
Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Zytomegalie-Virus (CM)	8-810.s	ZE64
Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Zytomegalie-Virus (CMV)*	8-810.s*	ZE64
Imatinib, oral	6-001.g*	ZE2020-122
Infliximab, parenteral	6-001.e*	ZE2020-149
Interferon alfa-2a, parenteral	8-812.1*	ZE2020-59
Interferon alfa-2b, parenteral	8-812.2*	ZE2020-60
Irinotecan, parenteral	6-001.3*	ZE19
Itraconazol, parenteral	6-002.c*	ZE113
Ledipasvir-Sofosbuvir, oral	6-007.g	
Lenograstim, parenteral	6-002.2*	ZE2020-176
Liposomales Amphotericin B, parenteral	6-002.q*	ZE110
Liposomales Irinotecan, parenteral	6-009.e*	ZE2020-169
Micafungin, parenteral	6-004.5*	ZE128
Natalizumab, parenteral	6-003.f*	ZE97
Panitumumab, parenteral	6-004.7*	ZE116
Pazopanib, oral	6-005.a	
Pegfilgrastim, parenteral	6-002.7*	ZE2020-177
Pegfilgrastim, parenteral	6-002.7*	ZE2020-177
Posaconazol, parenteral	6-007.k*	ZE2020-156
Ramucirumab, parenteral	6-007.m	ZE2020-146
Regorafenib, oral	6-007.c	
Rituximab, intravenös	6-001.h*	ZE2020-151
Rituximab, subkutan	6-001.j	ZE2020-103
Sofosbuvir-Velpatasvir-Voxilaprevir, oral	6-00a.h	

Medikament	OPS Kode(s)	Zusatzentgelt in 2020
<i>Sorafenib, oral</i>	6-003.b*	ZE2020-75
<i>Sunitinib, oral</i>	6-003.a*	ZE2020-74
<i>Trabectedin, parenteral</i>	6-004.a*	ZE117
<i>Trastuzumab, subkutan</i>	6-001.m*	ZE2020-104
<i>Trastuzumab, intravenös</i>	6-001.k*	ZE2020-153
<i>Voriconazol, oral</i>	6-002.5*	ZE2020-124
<i>Voriconazol, parenteral</i>	6-002.r*	ZE2020-125

Um die Lesbarkeit der teuren bzw. zusatzentgeltrelevanten Medikamente zur verbessern wurde auf eine sklavische Auflistung aller vorhandenen OPS Codes verzichtet. Stattdessen werden nur die OPS Codes aufgeführt im Paragraph 21 Browser sowohl insgesamt mehr als 10 Nennungen hatten und zu den 10 häufigsten genannten OPS Codes des entsprechenden Medikaments gehörten.

Sollte die entsprechende Mengenangabe des zu kodierenden Medikaments nicht aufgeführt sein, kann der entsprechende OPS Kode im Fallpauschalenkatalog bzw. auf der Homepage des DIMDI gefunden werden.

7.6.2 – Adalimumab

6-001.d0	<i>10 mg bis unter 25 mg</i>
6-001.d1	<i>25 mg bis unter 40 mg</i>
6-001.d2	<i>40 mg bis unter 80 mg</i>
6-001.d3	<i>80 mg bis unter 120 mg</i>
6-001.d4	<i>120 mg bis unter 160 mg</i>
6-001.d5	<i>160 mg bis unter 200 mg</i>
6-001.d7	<i>240 mg bis unter 280 mg</i>
6-001.d8	<i>280 mg bis unter 320 mg</i>

7.6.3 – Anidulafungin

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.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.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

7.6.4 – Bortezomib

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
6-001.9a	11,5 mg bis unter 13,5 mg

7.6.5 – Cetuximab

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.ak	4.550 mg oder mehr

7.6.6 – Docetaxel

6-002.hc	720 mg bis unter 840 mg
-----------------	-------------------------

7.6.7 – Eculizumab

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.h5	1.800 mg bis unter 2.100 mg
6-003.h8	2.700 mg bis unter 3.000 mg
6-003.hb	3.600 mg bis unter 3.900 mg

7.6.8 – Filgrastim

6-002.10	70 Mio. IE bis unter 130 Mio. IE
6-002.11	130 Mio. IE bis unter 190 Mio. IE
6-002.12	190 Mio. IE bis unter 250 Mio. IE
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
6-002.1b	1.050 Mio. IE bis unter 1.250 Mio. IE

7.6.9 – Gemcitabin

6-001.19	19,0 g bis unter 22,0 g
6-001.1a	22,0 g bis unter 25,0 g
6-001.1e	34,0 g oder mehr

7.6.10 – Hämin

6-004.13	600 mg bis unter 800 mg
6-004.15	1.000 mg bis unter 1.400 mg

7.6.11 – Imatinib

6-001.g1	1.200 mg bis unter 2.000 mg
6-001.g2	2.000 mg bis unter 2.800 mg
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.g8	8.800 mg bis unter 11.200 mg

7.6.12 – Infliximab

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.eb	1.000 mg bis unter 1.200 mg
6-001.ec	1.200 mg bis unter 1.400 mg

7.6.13 – Irinotecan

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

7.6.14 – Lenograstim

6-002.20	75 Mio. IE bis unter 150 Mio. IE
6-002.21	150 Mio. IE bis unter 225 Mio. IE
6-002.22	225 Mio. IE bis unter 300 Mio. IE
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
6-002.29	1.200 Mio. IE bis unter 1.400 Mio. IE

7.6.15 – Liposomales Amphotericin B

6-002.q0	100 mg bis unter 175 mg
6-002.q1	175 mg bis unter 250 mg
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.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.qf	2.150 mg bis unter 3.150 mg
6-002.qg	3.150 mg bis unter 4.150 mg

7.6.16 – Micafungin

6-004.51	150 mg bis unter 250 mg
6-004.56	650 mg bis unter 750 mg
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

7.6.17 – Natalizumab

6-003.f0	300 mg bis unter 600 mg
6-003.f1	600 mg bis unter 900 mg
6-003.f2	900 mg oder mehr

7.6.18 – Panitumumab

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
6-004.77	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
6-004.7d	2.460 mg oder mehr

7.6.19 – Pegfilgrastim

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 oder mehr

7.6.20 – Posaconazol

6-007.k	300 mg bis unter 600 mg
----------------	-------------------------

7.6.21 – Ramucirumab

6-007.m	300 mg bis unter 450 mg
----------------	-------------------------

7.6.22 – Rituximab

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.hd	1.850 mg bis unter 2.050 mg
6-001.j0	1.400 mg bis unter 2.800 mg
6-001.j1	2.800 mg bis unter 4.200 mg
6-001.j2	4.200 mg bis unter 5.600 mg
6-001.j3	5.600 mg bis unter 7.000 mg

7.6.23 – Sorafenib

6-003.b0	2.400 mg bis unter 3.200 mg
-----------------	-----------------------------

7.6.24 – Trabectedin

6-004.a4	1,25 mg bis unter 1,50 mg
6-004.a5	1,50 mg bis unter 1,75 mg
6-001.h3	450 mg bis unter 550 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

7.6.25 – Trastuzumab, subkutan

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.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

7.6.26 – Trastuzumab, intravenös

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

7.6.27 – Voriconazol, oral

6-002.50	1,00 g bis unter 1,75 g
6-002.51	1,75 g bis unter 2,50 g
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

7.6.28 – Voriconazol, parenteral

6-002.r2	<i>0,8 g bis unter 1,2 g</i>
6-002.r3	<i>1,2 g bis unter 1,6 g</i>
6-002.r4	<i>1,6 g bis unter 2,0 g</i>
6-002.r5	<i>2,0 g bis unter 2,4 g</i>
6-002.r6	<i>2,4 g bis unter 3,2 g</i>
6-002.r7	<i>3,2 g bis unter 4,0 g</i>
6-002.r8	<i>4,0 g bis unter 4,8 g</i>
6-002.r9	<i>4,8 g bis unter 5,6 g</i>
6-002.ra	<i>5,6 g bis unter 6,4 g</i>
6-002.rc	<i>7,2 g bis unter 8,8 g</i>

7.7 – Blutprodukte

7.7.1 – Gerinnungsfaktoren

7.7.1.1 – Bluter/explicite 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 erlost werden.

Bitte beachten Sie noch folgende Besonderheiten:

Blutgerinnungsstörungen, die nur durch eine Lebertransplantation heilbar wären, sind dem ZE2020- 97 zuzuordnen.

- Bei Blutern kann die Gabe von Prothrombinkomplex nicht über ZE30 (zusätzlich) abgerechnet werden.

- Temporäre Blutgerinnungsstörung werden in den drei unbewerteten Zusatzentgelten ZE2020-137, ZE2020-138 und ZE2020-139 abgerechnet.

Die Dreiteilung war notwendig um die beiden Präparate mit dem größten Gesamtvolumenanteil, nämlich Faktor VII (ZE2020-137) und Fibrinkonzentrat (ZE2020-138), sachgerecht vergüten zu können.

Es wurden folgende Schwellenwerte errechnet.

- ZE2020-137: 20.000 €
- ZE2020-138: 2.500 €
- ZE2020-139: 6.000 €

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

Gerinnungsliste 1: ICD Codes die dem Zusatzentgelt „Behandlung von Blutern“ ZE2020-97 zugeordnet sind

D66	<i>Hereditärer Faktor-VIII-Mangel</i>
D67	<i>Hereditärer Faktor-IX-Mangel</i>
D68.00	<i>angeborenes Willebrand-Jürgens-Syndrom</i>
D68.1	<i>Hereditärer Faktor-XI-Mangel</i>
D68.20	<i>Hereditärer Faktor-I-Mangel</i>
D68.21	<i>Hereditärer Faktor-II-Mangel</i>
D68.22	<i>Hereditärer Faktor-V-Mangel</i>
D68.23	<i>Hereditärer Faktor-VII-Mangel</i>
D68.24	<i>Hereditärer Faktor-X-Mangel</i>
D68.25	<i>Hereditärer Faktor-XII-Mangel</i>
D68.26	<i>Hereditärer Faktor-XIII-Mangel</i>
D68.28	<i>Hereditärer Mangel an sonstigen Gerinnungsfaktoren</i>
D68.31	<i>Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen Faktor VIII</i>
D68.32	<i>Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen sonstige Gerinnungsfaktoren</i>
D69.40	<i>Sonstige primäre Thrombozytopenie: Als transfusionsrefraktär bezeichnet</i>

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 Codes die dem Zusatzentgelt

„Gabe von Blutgerinnungsfaktoren“ ZE2020-137, ZE2020-138 oder ZE2020-139 zugeordnet sind

D65.9 Defibrinationssyndrom, nicht näher bezeichnet

D68.33 Hämorrhagische Diathese durch Cumarine

D68.34 Hämorrhagische Diathese durch Heparine

D68.35 Hämorrhagische Diathese durch sonstige Antikoagulantien

D68.9 Koagulopathie, nicht näher bezeichnet

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, nicht näher bezeichnet

D69.60 Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet: Als transfusionsrefraktär bezeichnet

D69.61 Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet: Nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet

D69.80 Hämorrhagische Diathese, durch Thrombozytenaggregationshemmer

D69.9 Hämorrhagische Diathese, nicht näher bezeichnet

Gerinnungsliste 3: Zu differenzierende ICD Codes

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

Gerinnungsliste 3 (Fortsetzung)

- 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 und 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 – Keine expliziten Erkrankungen

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	<i>Prothrombinkomplex* ZE30</i>
8-812.53*	<i>3.500 I.E. bis unter 4.500 I.E.*</i>
8-812.54	<i>4.500 I.E. bis unter 5.500 I.E.</i>
8-812.55	<i>5.500 I.E. bis unter 6.500 I.E.</i>
8-812.56	<i>6.500 I.E. bis unter 7.500 I.E.</i>
8-812.57	<i>7.500 I.E. bis unter 8.500 I.E.</i>
8-812.58	<i>8.500 I.E. bis unter 9.500 I.E.</i>
8-812.59	<i>9.500 I.E. bis unter 10.500 I.E.</i>
8-810.g	<i>Antithrombin III* 7</i>
8-810.g4*	<i>7.000 I.E. bis unter 10.000 I.E.*</i>
8-810.g5	<i>10.000 I.E. bis unter 15.000 I.E.</i>
8-810.g6	<i>15.000 I.E. bis unter 20.000 I.E.</i>
8-810.g7	<i>20.000 I.E. bis unter 25.000 I.E.</i>
8-810.g8	<i>25.000 I.E. bis unter 30.000 I.E.</i>
8-810.ga	<i>30.000 I.E. bis unter 40.000 I.E.</i>
8-810.gb	<i>40.000 I.E. bis unter 50.000 I.E.</i>

Kodes für größere Transfusionsmengen können dem OPS-Katalog 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	<i>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.</i>
8-800.c	<i>Erythrozytenkonzentrat ZE107</i>

- 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 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate
8-800.63 5 bis unter 7 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate
8-800.64 7 bis unter 9 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate
8-800.65 9 bis unter 11 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate

Kodes für größere Transfusionsmengen können dem OPS-Katalog entnommen werden

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

Thrombozytenkonzentrate 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
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 pathogeninaktivierten 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

**Gabe von pathogeninaktivierten Thrombozytenkonzentraten ZE164
(Fortsetzung)**

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

Apherese-Thrombozytenkonzentrate 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-Thrombozytenkonzentraten 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

Gabe von pathogeninaktivierten Aphaese-Thrombozytenkonzentraten ZE165 (Fortsetzung)

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 Codes 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** *Chronische Funktionsverschlechterung eines Lebertransplantates (inkl. Abstoßung) ab 29 Tage nach Transplantation*

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

- T86.82** *Versagen und Abstoßung eines Pankreastransplantates*

anzuwenden.

Für die Abbildung der Lebertransplantationsevaluation sind im OPS-Katalog folgende Codes 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 Codes 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 Codes aus der Kategorie 8-97c ist von Transplantationszentren bzw. von Krankenhäusern, die Kooperationspartner eines Transplantationszentrums sind, anzugeben.

Voraussetzung zur Kodierung der vorangegangenen Codes 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** *Stadium 1*
- 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†)*

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 expiratorisches 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 Erythematoses
SQG	Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V
SS	Systemische Sklerose
VBE	Vereinbarung Besondere Einrichtungen
VRA	Verband Rheumatologischer Akutkliniken e.V.
ZE	Zusatzentgelt
ZNS	Zentrales Nervensystem

10 – 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.mydrdg.de

Diskussionsforum zu Kodierfragen

A

Abhängigkeiten 45
Abkürzungsverzeichnis 195
abnorme Befunde 39
Abschläge 29
Achalasie 63
Adipositas 105
Anamnestische Diagnosen 40
Anästhesie/Sedierung bei Untersuchungen 163
Angiodysplasie 53
Anidulafungin 173
Antibiotikaresistenzen 92
Antiinfektivaresistenzen 92
Antirefluxverfahren 124
Antithrombin III 185
Arteriographie 144
Arthritis bei CED 89
Arzneimittel 170
Arzneimittelinduzierte Agranulozytose 98
Arzneimittelinduzierte NW 97
Aszitesdrainage 163
Aszitespunktion, diagnostisch 163
Aszitespunktion, therapeutisch 163
Atherosklerotische Herzkrankheit 100
Aufnahmediagnosen 37
Ausrufezeichenkodes 47

B

Barrett-Ösophagus 62
Barthel-Index 98
Behandlung nicht durchgeführt 42
Bestrahlungsmarker 138
Bewertungsrelation, effektive 29
Bildgebende Diagnostik 143
Bildgebende Diagnostik, Projektionsradiographie 143
Bildgebende Diagnostik, Ultraschalluntersuchungen 143
Biopsien 112
Blutprodukte 181
Blutstillung 114
Blutstillung im Ösophagus 115
Blutungen, gastrointestinale 51
Blutung, Kontrolluntersuchungen 58
BMI 106
Body-Mass-Index 106
Bortezomib 173
Bösartige Erkrankungen 76
Bösartige Erkrankungen, Anämie 86
Bösartige Erkrankungen, Eigenanamnese 83
Bösartige Erkrankungen, Follow-Up 83

- Bösartige Erkrankungen,
Komplikationen 84
- Bösartige Erkrankungen,
Lokalisation 80
- Bösartige Erkrankungen,
Metastasen 79
- Bösartige Erkrankungen, NW
der zytostatischen Therapie
86
- Bösartige Erkrankungen,
Symptome 84
- Botox 63
- Botulinumtoxin 63
- Buried bumper 132
- Bürstenzytologie 112
- Bypassverfahren 128
- C**
- Cameron Läsion 54
- Casemix 30
- Case-Mix-Index 30
- Cetuximab 174
- Chemoembolisation 69, 136
- Chemotherapie 147
- Cholangiographie perkutan-transhepatisch [PTC] 143
- Chromoendoskopie 110
- Chronische Niereninsuffizienz
103
- Chronisch entzündliche Darmerkrankungen 87
- Chronische obstruktive Lungenerkrankung 103
- Clostridium difficile, Enterokolitis 59
- Clostridium difficile Infektionen 146
- Clostridium difficile, rezurrenente Infektion 59
- Colitis indeterminata 88
- Colitis ulcerosa 88
- Computertomographie 144
- COPD 103
- Cushing-Syndrom, arzneimittelinduziert 97
- D**
- Dehydratation 60
- Dekubitalgeschwür 105
- Diabetes mellitus 101
- Diagnosearten 37
- Diagnostische Endoskopie
109
- Dickdarmmanometrie 165
- Digitale Subtraktionsangiographie 144
- Dilatation/Bougierung 124
- Disoprivan 163
- Docetaxel 174
- Doppelkodierung 44
- doppelseitige Erkrankung 44
- Drainage Pankreaszysten und Pseudozysten 125
- DRG-Kennzahlen 28
- DRG-System 24
- DRG-Zuordnung 25

Dünndarmmanometrie 165

E

Eculizumab 174

EFTR (endoscopic full transmural resection) 118

Eisenresorption 146

Endobarrier 121

Endoluminale Bestrahlung 125

Endoskopie, Antirefluxverfahren 124

Endoskopie, Blutstillung 114

Endoskopie, Destruktion 114

Endoskopie, diagnostische 109

Endoskopie, Dilatation/Bougierung 124

Endoskopie, duktale 109

Endoskopie, Gastroenterostomie 128

Endoskopie, Magenverkleinerung 121

Endoskopie, Mukosektomie 118

Endoskopie, Polypektomie 118

Endoskopie, retrograde 169

Endoskopie, Stent-Entfernung 122

Endoskopie, Stent-Implantation 122

Endoskopie, Zugangswege (NOTES) 127

Endoskopische biliodigestive Anastomosen 121

Endoskopische Biopsien 112

Endoskopisch therapeutische Verfahren 114

Endoskop. Steinentfernung

Gallengänge 126

Endosonographie 130

Endosonographisch gezielte

Plexusblockade 131

Enteroklysma 143

Enterokolitis 59

Enteroskopie 129

Entlassungsdiagnosen 37

ERCP 111

Ernährung, enteral 162

Ernährung, parenteral 162

Erythema nodosum 89

Erythrozytenkonzentrat 185

Exklusiva 36

Exkretionstests 146

F

Fallpauschalierung 27

Fallzusammenlegungen 30

Familiäre adenomatöse Polyposis 87

Feinnadelpunktion 113, 131

Filgrastim 175

FIM 98

Folgezustände 45

Fremdkörperentfernung 112

Funktionseinschränkungen 98

G

Gallengangspunktion trans-
gastral/transduodenal 20
 gastrales Ulkus 58
 Gastroenteritis 59
 Gastrointestinale (GI-) Blutung
51
 GAVE 53
 G-DRG 24
 G-DRG-Hauptdiagnose 37
 G-DRG-System 24
 Gemcitabin 175
 Genexpressionsanalysen 165
 Genmutationsanalysen 165
 Gerinnungsfaktoren 181
 Graft-versus-Host-Krankheit
194
 Grenzverweildauer 28
 Grippe durch bestimmte Influenza-
viren 95
 Grunderkrankung 40

H

Hämin 175
 Hämorrhagische Diathese 56
 Hauptdiagnose bei Neoplasmen 76
 Hauptdiagnose, Definition 38
 Hauptdiagnosekategorie 25
 Helicobacter pylori 63
 Hepatische Enzephalopathie 72
 Hepatitis A 64

Hepatitis B 65
 Hepatitis C 66
 Hepatitis D 65
 Hepatitis E 67
 Hepatopulmonales Syndrom 72
 Hereditäres nichtpolypöses
Kolonkarzinom 87
 Herzinsuffizienz 104
 Hochaufwändige Pflege 160
 Hypertonie 99

I

Imatinib 175
 Immobilität 99
 Immunadsorption 168
 Immunkompromittierung 89
 Immuntherapien 149
 Infliximab 176
 Inklusiva 36
 Intensivmedizinische
Komplexbehandlung 151
 Irinotecan 176
 Isolation 61

K

Kapselendoskopie 110
 Katheterverweilsystems in
Leberarterie und Pfortader
135
 KHK 100
 Klassifikationssystem 24
 Kodierstrategien 28
 Kodierung 27

- Koloskopie 111
- Komorbiditäten 99
- Komplikationen 43
- Komplikationen, Medikamente 98
- Komplikationen von Lebererkrankungen 71
- Konsiliaruntersuchungen 108
- Kreuz-Stern-Kode 46
- Kreuz-Stern-Kodes 41
- Kreuz-Stern-Verschlüsselung 41
- Kryokoagulation 21
- L**
- Landesbasisfallwert 28
- Laparoskopie 141
- Lebererkrankungen assoziierte Diagnosen 72
- Leberersatztherapie 167
- Leberzirrhose 67
- Lenograstim 176
- Ligatur 115
- Linksherzinsuffizienz 104
- Liposomales Amphotericin B 177
- Lokaltherapie Lebertumore 136
- M**
- Magenballon 133
- Magenplikatur 121
- Magenvarizenblutung 56
- Magnetresonanztomographie 145
- Manifestation 41
- Manometrie 165
- MDK-Kodierempfehlung 41
- medizinische Dokumentation 28
- Megakolon 89
- Mehrfachkodierung 46
- Metabolische Funktions-
testung 164
- Micafungin 177
- Minimalaufwand 39
- Minimalinvasive Technik 127
- Morbus Crohn 88
- Motivationsbehandlung
Abhängigkeitskranker 159
- MRCP 145
- MRE 154
- multiresistente Erreger 154
- N**
- Nasojejunale Sonde 133
- Natalizumab 177
- Nebendiagnosen 39
- Nebenwirkungen 43
- Nebenwirkungen der Steroid-
therapie 97
- Neoplasmen 76
- neue Untersuchungs- und
Behandlungsmethode 34
- nicht näher bezeichnete Diag-
nosen 49
- Nicht selbstexpandierende
Prothesen 123
- Niereninsuffizienz 103

- Nuklearmedizinische diagnostische Verfahren 145
 NW, arzneimittelinduziert 97
O
 Operation nicht durchgeführt 43
 OPS-Zusatzcodes 166
 Ösophagogastrroduodenoskopie 110
 Ösophagusfistel 63
 Ösophagusstriktur 62
 Ösophagusulkus 61
 Osteoporose 89, 97
 Osteoporose, arzneimittelinduziert 89
P
 Palliativbehandlung 90
 Palliativmedizinische Komplexbehandlung 156
 Panitumumab 178
 Pankreasfunktionstest 165
 Pankreatitis 74
 PCCL 26
 PEG 132
 Pegfilgrastim 178
 PEJ 132
 Perianale Blutung 57
 Perkutane Eingriffe an Leberarterie und Pfortader 135
 Perkutan-transhepat. Interventionen an Gallenwegen 133
 Perkutan-transhepatisch 111
 PET 146
 Phlebographie 144
 pH-Metrie 165
 Photodynamische Therapie 115
 PKMS 161
 Plexusblockade 131
 Polypektomie größer/kleiner 2 cm 18, 19, 118, 119
 Posaconazol 178
 Positronenemissionstomographie 146
 Primärkode 46
 Prothesen, nicht selbstexpandierende 123
 Prothesen, selbstexpandierende 122
 Prothrombinkomplex 185
 Pyoderma gangraenosum 89
R
 Radiofrequenzablation am Ösophagus 167
 Ramucirumab 178
 Reanimation 166
 Rechtherzinsuffizienz 104
 Reizdarmsyndrom 75
 Rendezvousverfahren 22
 Residualzustände 45
 Resteklassen 50
 retrograde Endoskopie 169
 Rituximab 179
 Rückverlegung 31
S
 Schillingtest 146
 Schweinegrippe 95

- Schwellendurchtrennung 115
 SeHCA-Test 146
 Seitenlokalisationsangaben 109
 Sekretin-Test 165
 Sekundärkode 46
 Selbstexpandierende Prothese 168
 Selbstexpandierende Prothesen 122
 SIRS 95
 sonstige Diagnosen 50
 Sorafenib 179
 Spätfolgen 45
 Spenderstuhlsuspension 146
 Spenderstuhlsuspension, koloskopisch 146
 Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung 156
 Spezielle Kodierrichtlinien 51
 Spezielle Krankheiten 51
 Stent-Implantation 122
 Steroidtherapie, NW 97
 Stomatitis aphthosa/ulcerosa 89
 strategisches Kodieren 28
 Symptome 40
 Syndrome 44
 Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom 95
 Szintigraphie 145
- T**
 TACE 136
 Thrombozytenkonzentrat 185
 Thrombozytenkonzentrate, pathogeninaktivierte 186
 TIPSS 135
 Trabectedin 179
 transarterielle Chemoembolisation 136
 Transjugulärer intrahepatischer portosystemischer Shunt 135
 Transplantationen 191
 Trastuzumab 180
- U**
 Überdosierungen 43
 Überkodieren 27
 Ulkus, Magen 58
 Ultraschalluntersuchung 143
 Ulzeröse Ösophagitis 62
 Unspezifische Diagnosen 49
 Upcoding 27
- V**
 Vakuumtherapie 139
 Vena-cava-Filter 135
 Verbringung 108
 Verdachtsdiagnose 42
 Verdachtsfälle 42
 Vergiftungen 43
 Verlegung 29
 Vernachlässigung 106
 Virale Hepatitis 67

Virushepatitis 64

Vogelgrippe 95

Vorhofflattern 104

Vorhofflimmern 104

Voriconazol 180, 181

Y

Yamshidi-Punktion 166

Z

Zenker-Divertikel 115

Zufallsbefunde 39

Zusatzentgelt 33

Zusatzentgelte 167

Zuschläge 29

Zustand nach 45

Zystische Fibrose 91

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