

Kodierleitfaden

Hämatologie, Onkologie und
Stammzelltransplantation

Version 2019



Ein Leitfaden für die klinische Praxis

Herausgegeben von



Deutsche Gesellschaft für Hämatologie
und Medizinische Onkologie e. V.

Kodierleitfaden

Hämatologie, Onkologie und Stammzelltransplantation

Version 2019

Ein Leitfaden für die klinische Praxis

Herausgegeben von



**Deutsche Gesellschaft für Hämatologie
und Medizinische Onkologie e. V.**

Kodierleitfaden Hämatologie, Onkologie und Stammzell-
transplantation – Ein Leitfaden für die klinische Praxis

**Deutsche Gesellschaft für Hämatologie
und Medizinische Onkologie (DGHO e. V.)**

14. aktualisierte Auflage 2019

Berlin, DGHO e. V.

ISBN 978-3-00-059773-2

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

Diesen Kodierleitfaden haben erstellt.

Für die DGHO und die DAG-KBT

Frau Dr. C. Haag, MBA

Medizinische Klinik 1

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

Fetscherstraße 74

01307 Dresden

Cornelie.Haag@uniklinikum-dresden.de

Herr PD Dr. Dominik Franz

Franz und Wenke – Beratung im Gesundheitswesen GbR

Mendelstr. 11

48149 Münster

d.franz@dasgesundheitswesen.de

Herr Prof. Dr. S. Krause

Medizinische Klinik 5

Universitätsklinik Erlangen

Ulmenweg 18

91054 Erlangen

stefan.krause@uk-erlangen.de

Herr Dr. P. Lütkes

Medizincontrolling

Klinikum Hochsauerland

Goethestraße 15

59755 Arnsberg

p.luetkes@klinikum-hochsauerland.de

Herr PD Dr. G. Massenkeil

Medizinische Klinik II Klinikum Gütersloh

Reckenberger Straße 19

33332 Gütersloh

gero.massenkeil@klinikum-guetersloh.de

Herr Dr. C. Lotze, MSc

Onkologie und Hämatologie, Klinik Bavaria
An der Wolfsschlucht 1-2
01731 Kreischa
lotze@klinik-bavaria.de

Herr Prof. Dr. H. Ostermann

Klinikum der Universität München
Marchioninisraße 15
81377 München
Helmut.ostermann@med.uni-muenchen.de

Dr. med. Stefan Schönsteiner M.Sc. (Palliative Care)

Klinik für Innere Medizin III
Universitätsklinikum Ulm
Albert-Einstein-Allee 23
D-89081 Ulm
stefan.schoensteiner@uniklinik-ulm.de

Bei früheren Auflagen haben mitgewirkt

Herr Prof. Dr. N. Roeder

Ärztlicher Direktor
Universitätsklinikum Münster
Domagkstraße 20
48129 Münster

Herr Dr. M. Bauer, MBA

Abt. VII für Patienten- und Servicemanagement
Klinikum der Universität München
Marchioninistraße 15
81377 München
Matthaeus.Bauer@med.uni-muenchen.de>@med.lmu.de

Herr Dr. J. Schmier

Universitätsklinikum Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 440
69120 Heidelberg
Johann.Schmier@med.uni-heidelberg.de

Herr Dr. M. Thalheimer

Qualitätsmanagement und Medizincontrolling
Universitätsklinikum Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 672
69120 Heidelberg
markus.thalheimer@med.uni-heidelberg.de

Weitere Informationen und evt. Aktualisierungen finden Sie auf der Webseite der DGHO (www.dgho.de)

Vorschläge für Änderungen, Erweiterungen oder
Kritik bitte an
Cornelie.Haag@uniklinikum-dresden.de

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	12
1. Zusammenfassung der Änderungen 2019	14
2. Fallpauschalensystem 2019	16
2.1 Das G-DRG-System 2019	16
2.1.1 Hämatologisch-onkologische Aspekte in den G-DRG 2019	17
2.1.2 Teilstationäre Leistungen	18
2.2 Weiterentwicklung des Systems	18
2.3 Fallpauschalenkatalog 2019	19
2.3.1 Eingruppierung	19
2.3.2 Splitkriterien	19
2.3.3 Zusatzentgelte	20
2.3.4 Begriffsbestimmungen	20
3. Allgemeine Kodierregeln	24
3.1 Diagnosenklassifikation ICD	24
3.1.1 Kreuz-Stern-System (†*)	25
3.1.2 Ausrufezeichen-Kode (!)	26
3.2 Prozedurenklassifikation OPS	26
3.3 Regeln zur medizinischen Dokumentation	28
3.3.1 Hauptdiagnose	29
3.3.2 Nebendiagnose	29
3.4 Wiederaufnahmeregelung – Bedeutung für die Onkologie	31
4. Spezielle Kodierregeln Onkologie	33
4.1 Auswahl und Reihenfolge der Codes [0201n]	33
4.2 Metastase als Hauptdiagnose [0201n]	35
4.3 CUP-Syndrom	36
4.4 Atypische Lokalisation	36
4.5 Metastasen als Nebendiagnosen	37

4.6	Spezialfälle [0201n]	38
4.6.1	Malignom in der Eigenanamnese, Restaging [0209d]	38
4.6.2	Symptombehandlung	40
4.6.3	Behandlung eines Rezidivs	44
4.6.4	Fehlender Malignomnachweis [0201n]	44
4.6.5	Mehrere Malignome gleichzeitig	45
4.6.6	Lymphangiosis carcinomatosa	45
4.6.7	Wachstum per continuitatem [0206a]	46
4.6.8	Ungenau bezeichnete Lokalisationen	47
4.7	Die geplante Behandlung kann nicht durchgeführt werden	47
4.8	Verdachtsdiagnosen [D008b]	49
4.9	Komplikationen	51
4.9.1	Reihenfolge der Codes für Komplikationen und Malignome	51
4.9.2	Wiederaufnahmeregelung – Bedeutung für die Onkologie	52
5.	Kodierung von Diagnosen	54
5.1	Lymphome (incl. CLL und andere leukämische NHL), Myelome	54
5.1.1	Histologie	54
5.1.2	Lokalisation/Ausbreitung/Komplikationen	59
5.1.3	Remissionsstatus	60
5.1.4	Refraktäre Erkrankung	61
5.1.5	Beispiel	62
5.2	Akute Leukämien	62
5.2.1	Klassifikation	62
5.2.2	Remissionsstatus	64
5.2.3	Refraktäre Erkrankung	65
5.2.4	Beispiel	65
5.3	Myeloproliferative Neoplasien, MDS und Histiozytosen	66
5.3.1	Klassifikation	66
5.3.2	Remissionsstatus	68
5.3.3	Refraktäre Erkrankung	69

5.4	Neubildung solider Organe	69
5.4.1	Tumoren aus dem HNO Bereich (Auswahl)	70
5.4.2	Gastrointestinaltrakt	71
5.4.3	Hepatobiliäres System und Pankreas	73
5.4.4	Lunge/Mediastinum/Pleura – Tumoren	74
5.4.5	Gynäkologische Tumoren	74
5.4.6	Urogenitale Tumoren	76
5.4.7	Endokrine Organe	77
5.4.8	Tumore der Haut	78
5.4.9	Augentumoren	79
5.4.10	Sarkome	79
5.4.11	Kaposi-Sarkome	81
5.4.12	Bösartige Neubildung des Gehirns	82
5.4.13	CUP – Syndrom	82
5.5	Metastasen einschließlich Lymphknotenmetastasen	83
5.6	Zytopenien	85
5.6.1	Anämien	85
5.6.2	Thrombozytopenie	90
5.6.3	Neutropenie und Agranulozytose	92
5.7	Hämostaseologie	94
5.7.1	Blutungen und Blutungsneigung (häorrhagische Diathese)	94
5.7.2	Thrombosen und Thrombophilie	99
5.7.3	Medikamentöse Therapie bei angeborener Blutungsneigung	101
5.8	Infektionen	101
5.8.1	Infekt-Diagnostik	102
5.8.2	Fieber	103
5.8.3	Fieber unklarer Ursache (FuO), kein Nachweis von Keim oder Fokus	103
5.8.4	Fieber bei Neutropenie mit Erregernachweis, ohne Fokus	104
5.8.5	Fieber bei Neutropenie mit Fokus, ohne Erreger	106
5.8.6	Sepsis	106
5.8.7	Aspergillose	110
5.8.8	Candida-Infektionen	112
5.8.9	Weitere Pilzinfektionen	112
5.8.10	Virus-Infektion	113

5.8.11	Resistente Keime und MRSA	115
5.8.12	Im Krankenhaus erworbene Pneumonie	119
5.8.13	Antibiotikaprophylaxe	120
5.9	Tumorlyse-Syndrom	120
5.10	Paraneoplasien, Komplikationen, Paravasat, Mangelernährung, Niereninsuffizienz	122
5.10.1	Paraneoplasien	122
5.10.2	Onkologische Komplikationen	125
5.10.3	Paravasat	127
5.10.4	Mangelernährung und Kachexie	128
5.10.5	Akutes Nierenversagen und chronische Nierenkrankheit	129
6.	Kodierung von Prozeduren	132
6.1	Zytostatische Chemotherapie	132
6.1.1	Nicht komplexe Chemotherapie (ein- oder mehrtägig)	135
6.1.2	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	138
6.1.3	Hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	140
6.1.4	Konditionierungsprotokolle	142
6.2	Therapie mit Antikörpern oder Zytokinen	143
6.3	Transfusionen	143
6.3.1	Transfusion von Erythrozyten	144
6.3.2	Transfusion von Thrombozyten	144
6.3.3	Transfusion von Leukozyten/Transfusion von Granulozyten	146
6.4	Ernährungstherapie	147
6.5	Schmerztherapie, Palliativmedizin, allg. Komplexhebandlung	148
6.5.1	Schmerztherapie	149
6.5.2	Palliativmedizin	149
6.5.3	Sonstige Komplexbehandlungen	150
6.6	Diagnostik und Arbeitstechniken	150
6.6.1	Spezifische Diagnostik bei hämatologisch – onkologischen Erkrankungen	150

6.6.2	Allgemeine diagnostische und therapeutische Prozeduren	153
6.6.3	Hyperthermie	155
6.6.4	Radiologische Prozeduren bei Tumorpatienten	156
6.6.5	Sonstige Techniken	158
7.	Stammzelltransplantation (Knochenmark und periphere Blutstammzellen) und Zelltherapie	160
7.1	Stammzellgewinnung/Zellgewinnung	160
7.1.1	Knochenmarkentnahme beim Patienten (Eigenspende)	160
7.1.2	Periphere Stammzellentnahme beim Patienten (Eigenspende)	161
7.1.3	Knochenmarkentnahme bei einem Spender (verwandt oder nicht-verwandt)	161
7.1.4	Periphere Stammzellentnahme bei einem Spender (verwandt und nicht-verwandt)	162
7.1.5	Entnahme von Lymphozyten	162
7.2	Stammzelltransplantation	163
7.2.1	Allgemeine Hinweise zur Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen	163
7.2.2	HLA-Identität	164
7.2.3	Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark	166
7.2.4	Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen	168
7.2.5	Stammzellboost nach erfolgter Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen und Retransplantation	169
7.2.6	Konditionierung und Ganzkörperbestrahlung	171
7.3	Gabe von Lymphozyten	171
7.3.1	Donorlymphozyten:	171
7.3.2	Gabe von Lymphozyten unabhängig der Stammzelltransplantation	172
7.4	Komplikationen nach KMT/SZT/CAR-T-Zellgabe	173
7.4.1	Engraftment	173
7.4.2	Graft-versus-Host-Disease (GvHD)	174
7.4.3	Immunkompromittierung nach Transplantation	179
7.4.4	Veno-occlusive Disease	179

7.4.5	Komplikationen bei der CAR-T-Zelltherapie	180
7.4.6	Weitere im Bereich der Transplantation benützte Codes	181
7.5	Beispiel Transplantation	181
8.	Anhang	183
8.1	Zusatzentgeltfähige Medikamente	184
8.1.1	Zytostatika und Tyrosinkinaseinhibitoren	184
8.1.2	Antikörper	187
8.1.3	Antimykotika	189
8.1.4	Wachstumsfaktoren	190
8.1.5	Immunmodulatoren und sonstige Medikamente	191
8.2	Blut und Blutprodukte (einschl. Stammzellen, DLI)	192
8.3	Radioimmuntherapeutika	194
8.4	Sonstige	195
8.5	Hämatologisch und onkologisch wichtige NUB	198
9.	Index	201

Vorwort

Die 14. Auflage des Kodierleitfadens für die Leistungsdarstellung bei Patienten mit hämatologischen und onkologischen Erkrankungen wurde wie zuvor unter der Schriftführung von Dr. Cornelia Haag durch die Mitglieder des Arbeitskreises DRG und Gesundheitsökonomie der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO) und der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Knochenmark- und Blutstammzelltransplantation (DAG-KBT) in Zusammenarbeit mit der DRG-Research-Group des Universitätsklinikums Münster erstellt.

Der Leitfaden soll den mit der Kodierung befassten klinisch tätigen Kollegen sowie den Kodierfachkräften für die tägliche Routine umfassende Informationen und Hilfen bieten, um mit dem DRG-System 2019 umgehen zu können. Die allgemeinen und speziellen Kodierrichtlinien der Selbstverwaltung sollen hierdurch ergänzt, aber nicht ersetzt werden. Ziel ist es, eine sachgerechte und einheitliche Kodierung hämatologischer und onkologischer Fälle zu ermöglichen. Die Kodierbeispiele in dem Leitfaden sollen Ihnen die Kodierung bei schwierigen und kontroversen Fragen erleichtern. Textpassagen, die aus den offiziellen Katalogen übernommen wurden, sind kursiv gedruckt.

Für den schnellen Einstieg haben wir ein Kapitel „Zusammenfassung der Neuerungen in 2019“ dem Kodierleitfaden vorangestellt. Hier werden auch einige allgemeine wesentliche Umbaumaßnahmen des DRG Katalogs genannt.

Wir hoffen, dass auch die neue Auflage des Kodierleitfadens dem Anspruch, ein nützliches Hilfsmittel bei der Kodiertätigkeit zu sein, gerecht wird.

Prof. Dr. Helmut Ostermann

Klinikum der Universität München – Großhadern

Marchioninstr. 15

81377 München

helmut.ostermann@med.uni-muenchen.de

Dr. Cornelia Haag

Universitätsklinik Carl Gustav Carus Dresden

Medizinische Klinik und Poliklinik I

Fetscherstraße 74

01307 Dresden

Cornelia.Haag@unilinkum-dresden.de

1. Zusammenfassung der Änderungen 2019

In diesem Kapitel werden die für den hämatologischen und onkologischen Bereich wichtigen Neuerungen in den Kodierrichtlinien, des ICD- und OPS-Katalogs, des Fallpauschalenkatalogs und des Kodierleitfadens kurz zusammengefasst. Die ausführliche Beschreibung erfolgt dann in den einzelnen Kapiteln. In Klammern stehen wichtige Änderungen, die aber nicht speziell die Hämatologie und Onkologie betreffen.

ICD-Katalog:

- B48.5+ Pneumonie durch *Pneumocystis jirovecii*)
- I82.81 Embolie und Thrombose der Jugularisvene
- K59.02 Medikamentös induzierte Obstipation
- K22.81 Ösophagusblutung
- U69.0-Differenzierung der im Krankenhaus erworbenen Pneumonie
- (K74.7- Klinische Stadien der Leberzirrhose)
- (T85.5- Mechanische Komplikationen durch gastrointestinale Prothesen, Implantate oder Transplantate (Differenzierung in der 5. Stelle))

OPS-Katalog:

- Erweiterung infektiologische Monitoring
- Neue, differenzierte Codes zur Entahme von Lymphozyten
- Neue, differenzierte Codes für die Gabe von Lymphozyten, incl. CAR-T-Zellen
- Ernährungsmedizinische Komplexbehandlung
- Zahlreiche Dosisstaffelungen und neue Codes für Medikamente.

Fallpauschalenkatalog

- Erneut wurden einige bundeseinheitliche ZE zu krankenhaushausindividuellen ZE Neue krankenhaushausindividuelle ZE (z. B. Pembrolizumab, Posaconazol parenteral, Pertuzumab, Blinatumomab, Nivolumab, Carfilzomib), R36Z aufgelöst (Einordnung der Fälle in A36)

2. Fallpauschalensystem 2019

Diagnosebezogene Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups) dienen der ökonomischen Bewertung stationärer Behandlungsfälle. Jede Fallpauschale ist nach dem durchschnittlichen Ressourcenverbrauch für Personal-, Sach- sowie Infrastrukturkosten bewertet und bildet damit den Preis für eine stationäre Behandlung.

Es sollen alle Krankenhausleistungen vergütet werden, die nach der Vorgabe des Sozialgesetzbuches für die Behandlung eines Patienten „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ sind. Sie müssen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen, dabei aber auch den medizinischen Fortschritt berücksichtigen. Sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und müssen in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden (§§ 2, 12, 39 und 70 SGB V). Dabei handelt es sich insbesondere um ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arzneimittel, Heil- und Hilfsmitteln sowie Unterkunft und Verpflegung. Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehören auch die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter (z. B. die eines externen Pathologen für molekulare Diagnostik, sofern es im Rahmen stationärer Aufenthalte veranlasst wird).

Jeder Behandlungsfall wird über eine DRG-Fallpauschale und, falls zutreffend, über additive Vergütungskomponenten (unterschiedliche Formen der Zusatzentgelte, insbesondere neue Untersuchungs- und Behandlungsverfahren - NUB's), die es z. B. für verschiedene onkologische Medikamente gibt, vergütet.

2.1 Das G-DRG-System 2019

Zuständig für das G-DRG-System ist das deutsche DRG-Institut InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH, www.g-drg.de). Die Klassifikationen für Diagnosen und

Prozeduren werden durch das Deutsche Institut für Dokumentation und Medizinische Information (DIMDI) jährlich überarbeitet.

Das G-DRG-System 2019 besteht aus:

- Fallpauschalenvereinbarung (FPV) 2019 mit den Abrechnungsbestimmungen und den Anlagen (Fallpauschalenkataloge für Haupt- und Belegabteilungen; teilstationäre DRG's; nicht bewertete, krankenhausindividuell zu verhandelnde voll- und teilstationäre DRG's; bewertete Zusatzentgelte; nicht bewertete, krankenhausindividuell zu verhandelnde Zusatzentgelte).
- Kodierrichtlinien 2019 mit Regelungen zur Anwendung der medizinischen Klassifikationen ICD-10-GM und OPS Version 2019.
- Definitionshandbücher mit Auflistungen der gruppierungsrelevanten Parameter.
- Zertifizierte Grouper-Programme zur automatisierten Ermittlung der Fallpauschalen aus den Fall-Datensätzen.

2.1.1 Hämatologisch-onkologische Aspekte in den G-DRG 2019

Die Überarbeitung des G-DRG-Systems für 2019 erfolgte vor dem Hintergrund größerer Umwälzungen im Finanzierungssystem. Dabei werden einerseits die Abwertungen der Erlösanteile für Sachkosten weiter fortgesetzt, andererseits neben der damit korrespondierenden Personalkosten-Aufwertung weitere Maßnahmen im Personalbereich eingeleitet. Ab 2019 gelten für bestimmte Bereiche (zunächst Intensiv, Geriatrie, Kardiologie und Unfallchirurgie) sog. Untergrenzen für den Einsatz von Pflegepersonal auf den Stationen, die in den nächsten Jahren auf weitere Bereiche Anwendung finden werden. Ab 2020 werden dann die Kosten für Pflege auf Station aus dem G-DRG-System ausgegliedert, was die mit Abstand größte Veränderung seit Einführung des Systems darstellt.

Hämatologisch-onkologische Schwerpunkte in der klassifikatorischen Überarbeitung waren ausgeprägter als in den letzten Jahren. Im Bereich der Intensivmedizin wurde die Fallpauschale R36Z aufgelöst, da in dieser zu wenige Fälle enthalten waren, um eine Differenzierung dieser Fallpauschale zu erreichen. Daher werden diese Fälle zukünftig zusammen mit nicht-onkologischen Behandlungsfällen in der Basis-DRG A36 abgebildet, was eine differenziertere Erlösbewertung ermöglicht.

Ein weiterer, wesentlicher Punkt ist die Relevanz der Funktion „komplizierende Konstellation“. Diese wurde in ihrer Erlösrelevanz verbessert, was mit einer im Einzelfall höheren oder niedrigeren Erlösrelevanz von z. B. Portimplantationen, Pleura-Drainagen oder Thrombozytengaben verbunden ist. Ähnliche Effekte gelten für verschiedene Sepsis-Formen, z. B. die Candida-Sepsis.

2.1.2 Teilstationäre Leistungen

Teilstationäre Leistungen der Onkologie sind nach wie vor nicht als DRG definiert.

2.2 Weiterentwicklung des Systems

Für die Anpassung des Fallpauschalensystems werden auf Basis einer Stichprobe von 282 Krankenhäusern die Bewertungsrelationen kalkuliert. Dabei besteht eine zeitliche Latenz, da die Kalkulationsgrundlage die Kosten- und Leistungsdaten des jeweils vorletzten Jahres sind. Die Bewertungsrelationen des Jahres 2019 beruhen also auf Kostendaten aus dem Jahr 2017, z. T. ergänzt durch spezifische Nacherhebungen für spezielle Leistungsbereiche.

Aktuelle medizinische Entwicklungen, die nach dem Jahr 2017 eingeführt wurden, werden damit in den DRG 2019 nicht auf dem „normalen“ Wege berücksichtigt. Um diese Innovationslücke zu schließen, können krankenhausindividuelle Anträge zur Berücksichtigung neuer Untersuchungs-

und Behandlungsmethoden (NUB) eingereicht werden. Die hämatologisch-onkologisch relevanten NUB-Entgelte sind im Anhang dieses Kodierleitfadens aufgeführt. Zu den jeweils aktuellen Vorschlägen siehe auch www.dgho.de (Informationspool -> Dokumente der Arbeitskreise -> AG DRG und Gesundheitsökonomie, jeweils ab Anfang Oktober jeden Jahres).

Die medizinischen Fachgesellschaften, andere Verbände, aber auch Einzelpersonen können darüber hinaus in einem strukturierten Vorschlagswesen Anträge zur Berücksichtigung spezieller medizinischer Sachverhalte an das InEK richten.

2.3 Fallpauschalenkatalog 2019

Der Fallpauschalenkatalog ist in 24 organsystem-bezogene Hauptdiagnosegruppen (Major Diagnostic Category, MDC), eine Sondergruppe für besonders aufwändige Leistungen und eine Fehlergruppe eingeteilt. Der Fallpauschalenkatalog 2019 umfasst 1.318 DRG's für Hauptabteilungen, 26 mehr als im Vorjahr. Davon sind 1.271 bundeseinheitlich bewertet, die unbewerteten DRG's müssen bezüglich der Vergütungshöhe krankenhausindividuell verhandelt werden.

2.3.1 Eingruppierung

Die Eingruppierung eines stationären Falles erfolgt auf Basis von Informationen zu Diagnosen, Prozeduren, Geschlecht, Alter, Entlassungsgrund, Verweildauer, Urlaubstage, Aufnahmegewicht, Status der Verweildauer, ein Belegungstag sowie Dauer einer maschinellen Beatmung.

2.3.2 Splitkriterien

Die DRG-Klassifikation versucht bei jedem Fall, die ökonomische Schwere einzuschätzen. Dazu werden verschiedene Kriterien herangezogen, zu denen die dokumentierten Nebendiagnosen, komplizierende Diagnosen (wie z. B. die Agranu-

lozytose), das Alter, die Verweildauer, die intensivmedizinische Behandlung oder bestimmte Maßnahmen (z. B. Art der Chemotherapie) bzw. Operationen oder Kombinationen von mehreren Diagnosen und Prozeduren (komplizierende Konstellationen) gehören können.

2.3.3 Zusatzentgelte

Neben dem DRG-Erlös können Zusatzentgelte nach einem in der FPV 2019 definierten Leistungskatalog abgerechnet werden. Zusatzentgelt bedeutet allerdings nicht „über das vereinbarte Krankenhaus-Budget hinausgehendes Entgelt“, sondern stellt nur eine andere Entgeltart ohne grundsätzlich budgeterhöhende Wirkung dar. Die Zusatzentgelte werden über OPS-Kodes dokumentiert. Nicht alle Zusatzentgelte konnten durch das InEK kalkuliert und mit festen Preisen belegt werden (krankenhausindividuelle ZE).

Die Erlöse sind dabei strikt abhängig von der kumulierten Applikationsmenge des jeweiligen Wirkstoffes bzw. der Anzahl der verabreichten Blutprodukte während des gesamten stationären Aufenthaltes des Patienten (einschließlich evt. Wiederaufnahmen).

Für onkologisch relevante Medikamente haben sich eine Reihe von Änderungen ergeben. Einige vormals mit NUB-Status 1 bewertete Medikamente sind jetzt krankenhaushausindividuelle Zusatzentgelte, einige bundeseinheitliche Zusatzentgelte wurde zu krankenhaushausindividuellen Zusatzentgelte, müssen also vor Ort verhandelt werden (siehe Kapitel 8). Dies sind meist Medikamente, für die der Patentschutz abgelaufen ist.

2.3.4 Begriffsbestimmungen

Stationäre Behandlung von Patienten und deren Abgrenzung

Eine Krankenhausbehandlung kann vollstationär, teilstationär, vorstationär, nachstationär sowie ambulant (gem. § 115a)

erbracht werden (siehe hierzu § 39 SGB V). Die Entscheidung über die Art der Behandlung obliegt dem aufnehmenden Krankenhaus und sollte nach unserer Meinung eine nachvollziehbare (d.h. dokumentierte) ärztliche Entscheidung primär auf der Basis von medizinischen Argumenten sein. Dabei gilt, dass der Anspruch auf eine vollstationäre Behandlung nur dann möglich ist, wenn „das Behandlungsziel nicht durch eine teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann“ (§ 39 Satz 2 SGB V).

Es liegt im Interesse des Krankenhauses, die medizinische Grundlage für die stationäre Behandlungsindikation gut zu dokumentieren. Ausgehen sollte man dabei vom Behandlungsplan, mit dem die Entscheidung zum Verbleib des Patienten zu Beginn der Behandlung vom Krankenhausarzt getroffen wird. Die G-AEP Kriterien ([www.gkv-spitzenverband.de/upload/Gemeinsame Empfehlung 150404 Anlage 2_664.pdf](http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/Gemeinsame_Empfehlung_150404_Anlage_2_664.pdf)) können hier eine sinnvolle Hilfe darstellen. Die Entscheidung kann nur aus ex-ante Sicht erfolgen, d. h. wenn im Nachhinein Gründe ersichtlich werden, die doch eine ambulante Behandlung denkbar erscheinen lassen (z. B. ein günstigerer Verlauf als erwartet), kann dies die Entscheidung zur stationären Aufnahme nicht im Nachhinein „kippen“.

Es gibt keine offiziellen Regelungen für eine Mindestverweilzeit, die erreicht werden muss, damit ein Patient als teil- bzw. vollstationär betrachtet werden kann. Falsch ist definitiv, dass für den Tatbestand „vollstationär“ ein Patient immer länger als 24 h (oder über Nacht) im Krankenhaus verweilen muss.

Beispiel

Ein Patient stellt sich am Morgen mit Epistaxis bei Thrombozytopenie notfallmäßig in der Notaufnahme eines Krankenhauses vor. Er wird tamponiert und stationär zur Überwachung aufgenommen. Es werden Thrombozyten transfundiert. Am Abend kann der Patient im gebesserten Zustand das Haus wieder verlassen.

Die Verweildauer betrug 9 Stunden. Es handelt sich aufgrund der medizinischen Situation trotzdem um einen stationären Aufenthalt.

Entlassung, Verlegung, Beurlaubung, Verbringung

Verlegung: Wird ein Patient von Krankenhaus A in Krankenhaus B verlegt, so müssen tagesgleiche Verlegungsabschlüsse sowohl im Krankenhaus A als auch im Krankenhaus B der Fallpauschalen hingenommen werden, solange die mittlere Verweildauer der Fallpauschale in Haus A und Haus B jeweils nicht erreicht worden ist.

Achtung: Eine Verlegung liegt immer dann vor, wenn zwischen Entlassung und erneuter Aufnahme nicht mehr als 24 Stunden vergangen sind. Es können also auch regulär entlassene Patienten plötzlich als „verlegt“ gelten, wenn sie binnen 24 Stunden in einem anderen Krankenhaus erneut aufgenommen werden.

Beispiel:

Ein AML-Patient erhält eine hochkomplexe Chemotherapie und wird über die Fallpauschale R60A abgerechnet (Bewertungsrelation 9,472, = ca. 32.400 €). Nach 30 Tagen Aufenthalt wird der Patient in ein externes Krankenhaus zur weiteren Betreuung verlegt. Die mittlere Verweildauer beträgt bei der Fallpauschale 45,6 Tage. Es werden ca. 11.000 € abgezogen (16 Tage x 0,201 Punkte Verlegungsabschlag = 3,216 Punkte, diese multipliziert mit dem Basisfallwert ergeben den Eurobetrag).

Einige onkologische Fallpauschalen sind von dieser Regelung ausgenommen (sog. Verlegungs-Fallpauschalen), so z. B. die A04B-D, A15B-D, A36A-B, R61A und R61B.

3. Allgemeine Kodierregeln

Zur Kodierung werden die Klassifikationssysteme für Diagnosen und medizinische Prozeduren verwendet, die nachfolgend kurz vorgestellt werden.

3.1 Diagnosenklassifikation ICD

Diagnosen werden nach der International Classification of Diseases (ICD-10-GM) kodiert. Für 2019 ist die vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegebene „German Modification“ der Version 2019 maßgebend. ICD-10-Kodes sind alphanumerische Codes mit drei bis fünf Stellen, die vollständig (endlich) verwendet werden müssen.

Jeder Diagnosekode besteht aus drei Teilen:

Beispiel: Kode für Mammakarzinom des oberen inneren Quadranten

Kapitel	Krankheitsgruppe	Spezifikation
C	50.	2

Der führende Buchstabe gibt das Kapitel an. Die ersten beiden Kapitel mit den Kennzeichen „A“ und „B“ behandeln Infektionen, die Kapitel „C“ und „D“ bösartige und gutartige Neubildungen. Die folgenden Kapitel „E bis P“ sind nach Organ-systemen gegliedert. Im „R“-Kapitel werden Symptome aufgelistet; das „Z“-Kapitel fasst besondere Konstellationen und Kontakttänlässe zum Gesundheitswesen zusammen, die keinem der anderen Kapitel zugeordnet werden können (z. B. Nachsorge oder Verdachtsfälle). Im abschließenden „U“-Kapitel sind Kodes für besondere Zwecke (z. B. Funktionseinschränkungen, HIV-Kategorien, Antibiotikaresistenzen oder die Klassifikation bestimmter Blutgerinnungsstörungen als „temporär“ oder „dauerhaft“) aufgeführt.

Nach dem führenden Buchstaben für das Kapitel folgt eine zweistellige Zahl, die die Diagnosegruppe repräsentiert (z. B. „C50.“ für Mammakarzinom). Nach einem Punkt wird der Kode durch eine Ziffer spezifiziert (z. B. C50.2 für Mammakarzinom des oberen inneren Quadranten). Grundsätzlich sollte die zu verschlüsselnde Diagnose so spezifisch wie möglich kodiert werden. Trifft keine der unter 0 bis 7 aufgelisteten Spezifizierungen für die Diagnose zu, ist aber eine andere Spezifizierung bekannt, wird in der Regel „8“ („Sonstige“) kodiert. Liegen im Gegensatz dazu keinerlei Informationen zur Spezifizierung vor (ist also z. B. die Lokalisation, Genese oder zytologische Zuordnung nicht bekannt), wird „9“ (für „nicht näher bezeichnet“) kodiert.

Eine Besonderheit der Codes für bösartige Erkrankungen ist ihre Einteilung nach der Lokalisation der Erkrankung. Histologie, Grading, das TNM-System oder andere Möglichkeiten der Einteilung maligner Erkrankungen finden i. d. R. (außer bei hämatologischen Erkrankungen) keine Berücksichtigung.

3.1.1 Kreuz-Stern-System (†*)

Der ICD-10-GM klassifiziert Diagnosen primär anhand ihrer Ätiologie. Bei einigen Diagnosen ist es jedoch sinnvoll und notwendig, zusätzlich Informationen zu Manifestationen zu kodieren, die nicht im Kode für die Ätiologie enthalten sind. Hierzu existiert das Kreuz-Stern-System der ICD-10.

Dabei wird zuerst die Ätiologie (= Primärkode mit Kreuz †), dann die Manifestation (= Sekundärkode mit Stern *) kodiert. Als Kreuzkode kann jeder medizinisch plausible ICD-10-Kode ohne Stern (*)- oder Ausrufezeichen (!) verwendet werden. Stern- und Ausrufezeichen-Kodes dürfen nicht ohne korrespondierenden Primärkode aufgeführt werden und können niemals eine Hauptdiagnose sein.

Zum Beispiel wird eine Nephropathie bei Typ-1-Diabetes mit *E10.20† Diabetes mellitus, Typ 1: Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet* kodiert. Mit dem Kreuz-Stern-

System kann durch den zweiten Kode *N08.3* Glomeruläre Krankheit bei Diabetes mellitus* die Manifestation angegeben werden. Der Sternkode allein gibt aber weder den Diabetestyp noch die Stoffwechsellage wieder. Deshalb können nur beide Kodes zusammen die vollständige Information übermitteln. Je nach Krankenhausinformationssystem sind hierbei verschiedene Formen der „Verknüpfung“ von Kreuz- und Stern- bzw. Ausrufezeichenkodes (s. u.) zu beachten.

3.1.2 Ausrufezeichen-Kode (!)

ICD-10-Kodes, die mit einem Ausrufezeichen gekennzeichnet sind, dienen der Spezifizierung einer Primärdiagnose, um z. B. eine erhöhte Komplexität zu verdeutlichen. Die mit einem Ausrufezeichen gekennzeichneten Kodes sind wie Sternkodes ebenfalls Sekundärkodes, die nur zusätzlich zu einem Kode ohne Stern und ohne Ausrufezeichen benutzt werden können.

Zum Beispiel sollte bei der Kodierung eines Harnwegsinfektes (N39.0) der Erreger – sofern bekannt – durch einen Ausrufezeichen-Kode mit angegeben werden (z. B. B96.2! für *E. coli*). Weitere wichtige Beispiele für Ausrufezeichen-Kodes neben den Kodes B95! – B98! (Bakterien, Viren und sonstige Infektionserreger als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind) sind resistente Infektionserreger (U80.-! – U85!) oder die Information, ob bestimmte Gerinnungsstörungen temporär oder dauerhaft erworben (U69.1-!) sind in Kapitel XXII des ICD-10-GM.

3.2 Prozedurenklassifikation OPS

Für die Kodierung medizinischer Maßnahmen (diagnostische, operative und nicht-operative Prozeduren, Komplexbehandlungen sowie für einen Teil der Medikamente, für welche additive Vergütungen in Form von Zusatzentgelten oder Innovationsentgelten (NUB) existieren), hat das DIMDI die Prozedurenklassifikation OPS (Operationen- und Prozeduren-

schlüssel) in der Version 2019 herausgegeben. Die OPS-Kodes bestehen aus drei Teilen:

Beispiel: OPS-Kode für „Entnahme von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark, zur Eigenspende“

Kapitel	Maßnahme	Spezifizierung
5-	410.	00

Die führende Ziffer ordnet den Code in eines von sechs Kapiteln für Diagnostik, Bildgebung, Operationen, Medikamente, nicht operative therapeutische Maßnahmen oder ergänzende Maßnahmen ein. Nach einem Bindestrich folgt eine dreistellige Zahl, die die Art der Maßnahme (z. B. Entnahme von Stammzellen aus dem Knochenmark: 410) angibt. Nach einem Punkt wird der Code ggf. durch eine oder zwei Ziffern (oder Buchstaben) spezifiziert. In diesem Fall entspricht die Spezifizierung der Angabe, ob es sich um Entnahme zur Eigen- oder allogenen Spende handelt. Genau wie bei der Diagnosenkodierung ist auch bei der OPS-Kodierung jeweils der spezifischste endständige Code zu verwenden.

OPS-Kodes müssen, falls medizinisch sinnvoll, durch Angabe der Seitenlokalisation (L = links; R = rechts und B = beidseits) ergänzt werden. Dies wird im offiziellen systematischen Verzeichnis durch ein Symbol (Doppelpfeil) gekennzeichnet. Darüber hinaus ist bei jedem OPS-Kode das Datum der Durchführung zu erfassen. Bei Summenkodes wie bspw. der Anzahl von Thrombozytenkonzentraten wird als Bezugsdatum der Tag der ersten Verabreichung dokumentiert.

OPS-Kodes zur Kodierung zusatzentgeltfähiger und sonstiger Medikamente sind in einem eigenen Kapitel 6 im OPS-Katalog geführt.

3.3 Regeln zur medizinischen Dokumentation

Die Diagnosen- und Prozedurenklassifikation müssen so angewendet werden, dass sie vergleichbare Krankenhaufälle derselben DRG zuordnen. Dies ist nur durch Anwendung von Kodierrichtlinien möglich, um auch in nicht eindeutigen Fällen eine nachvollziehbare Verschlüsselung zu ermöglichen. Die deutschen Kodierrichtlinien (DKR) sind in Anlehnung an die australischen Regeln entwickelt worden und bei der Verschlüsselung von Krankenhaufällen grundsätzlich zu beachten.

Seit ihrer Einführung wurden die Deutschen Kodierrichtlinien jährlich überarbeitet.

Das vollständige Regelwerk gliedert sich in allgemeine und spezielle Kodierrichtlinien. Der allgemeine Teil enthält Regeln zur Kodierung von Diagnosen und Prozeduren und Definitionen von Begrifflichkeiten (Haupt- und Nebendiagnosen) sowie Hinweise zur Anwendung der Prozedurenklassifikation. In den speziellen Kodierrichtlinien werden besondere Fallkonstellationen beschrieben, die entweder der konkreten Festlegung dienen oder bei denen aus Gründen der DRG-Logik von den allgemeinen Kodierrichtlinien abgewichen werden muss.

Für die Verschlüsselung von Diagnosen im ambulanten Bereich gibt es ebenfalls Kodierrichtlinien (AKR – ambulante Kodierrichtlinien), die jedoch nicht angewendet werden müssen (Vereinbarung der KBV und des Spitzenverbands der Krankenkassen September 2011). Daher werden die ambulanten Kodierrichtlinien hier nicht ausführlich besprochen. Die Pflicht zur Kodierung bleibt jedoch auch im ambulanten Bereich bestehen. Ein wesentlicher Unterschied zur stationären Kodierung ist die obligatorische Anwendung einer Zusatzkennzeichnung zur Diagnosesicherheit: V für eine Verdachtsdiagnose, G für eine gesicherte Diagnose, A für eine ausgeschlossene Diagnose und Z für einen symptomlosen Zustand nach der betreffenden Diagnose

3.3.1 Hauptdiagnose

Die Hauptdiagnose ist nach der DKR D002f definiert als die „Diagnose, die rückblickend vom Zeitpunkt der Entlassung des Patienten betrachtet als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes der Patientin/des Patienten verantwortlich ist.“ Hierbei sind alle zur Abrechnung relevanten Befunde – auch solche, die ggf. erst nach der Entlassung des Patienten eingehen (z. B. histologische Befunde), zu berücksichtigen.

Die Wahl der korrekten Hauptdiagnose ist im G-DRG-System für einen sachgerechten Gruppierungsprozess von wesentlicher Bedeutung. Für onkologische Fallkonstellationen existieren hierzu spezielle Kodierrichtlinien, auf die nachfolgend ausführlich eingegangen wird.

3.3.2 Nebendiagnose

Eine Nebendiagnose ist gemäß der DKR D003I „eine Krankheit oder Beschwerde, die gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt.“ Nebendiagnosen werden dann kodiert, wenn durch sie diagnostische oder therapeutische Maßnahmen oder erhöhter Pflege- oder Überwachungsaufwand erforderlich werden.

Über diese allgemeine Definition der Nebendiagnose hinaus werden in den DKR Besonderheiten hinsichtlich der Kodierung von Nebendiagnosen geregelt. Dies betrifft die Weiterführung der häuslichen Medikation des Patienten, den Umgang mit abnormen Befunden ohne therapeutische Konsequenz und die Kodierung mehrerer Nebendiagnosen. Wird die häusliche Medikation des Patienten während des stationären Aufenthaltes aus den Beständen der Krankenhausapotheke weiter verabreicht, können die mit diesen Medikamenten behandelten Erkrankungen als Nebendiagnose(n) kodiert werden.

Abnorme Befunde aus Labor, Bildgebung, Pathologie, die keine therapeutischen Konsequenzen oder weiterführende Diagnostik nach sich ziehen, können auch im Falle einer mehrfachen Kontrolle dieser Befunde nicht als Nebendiagnosen kodiert werden.

Wirken einzelne Maßnahmen auf mehrere Grunderkrankungen des Patienten, so dürfen alle individuell vorhandenen Indikationen auch als Nebendiagnosen kodiert werden. Dies trifft zum Beispiel dann zu, wenn ein Wirkstoff gegen mehrere Komorbiditäten wirksam ist (z. B. ein Beta-Blocker gegen Hypertonus und gegen Herzrhythmusstörungen). Sofern bei einem Patienten sowohl die Komorbiditäten Hypertonus und Herzrhythmusstörungen vorliegen und dokumentiert wurden, dürfen beide als Nebendiagnosen aufgrund der Gabe des Beta-Blockers kodiert werden

Für die Kodierung von Symptomen als Nebendiagnosen bei bekannter Grunderkrankung sind die Regelungen zur Kodierung von Nebendiagnosen (s. o.) anzuwenden. Symptome können daher bei durch sie verursachten diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen oder bei erhöhtem Pflege- oder Überwachungsaufwand als Nebendiagnose kodiert werden. Die DGHO empfiehlt eine maßvolle Anwendung dieser Regelung unter korrekter und vollständiger Berücksichtigung der Regeln zur Kodierung von Nebendiagnosen. Weder den Leistungserbringern vor Ort noch dem Kostenträger, noch dem DRG-System wird gedient, sofern Symptome inflationär zu bestehenden Grunderkrankungen hinzu kodiert werden. Beispielhaft sei in diesem Zusammenhang die regelmäßige Kodierung von Kopfschmerzen als Symptom einer Migräne angeführt.

Auf die Besonderheiten bei der Kodierung onkologischer Fallkonstellationen wird in den weiteren Kapiteln eingegangen.

3.4 Wiederaufnahmeregelung – Bedeutung für die Onkologie

Die Zusammenführung einzelner stationärer Aufenthalte zu einem Gesamtfall wird in den Abrechnungsbestimmungen der FPV 2019 Fallpauschalenvereinbarung) geregelt. Dabei gibt es verschiedene Konstellationen, von denen die Wiederaufnahme in der gleichen Basis-DRG innerhalb der oberen Grenzverweildauer der ersten DRG (Konstellation 1) und die Wiederaufnahme binnen 30 Tagen mit Wechsel aus der medizinischen bzw. anderen Partition in die operative Partition der gleichen MDC (Konstellation 2) EDV-technisch unproblematisch lösbar sind. Hier gibt es keine Besonderheiten der Kodierung.

Die dritte Konstellation (§ 2 Satz 3) besagt, dass bei Patienten, die wegen einer Komplikation im Zusammenhang mit der durchgeführten Leistung innerhalb der oberen Grenzverweildauer der ersten DRG aufgenommen werden, eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorgenommen wird.

Ist dies bereits bei der Aufnahme erkennbar, kann dies mit der Vergabe eines besonderen Schlüssels des Aufnahmegrundes in der EDV gekennzeichnet werden (Fallstatus 7).

Der Begriff der Komplikation ist nicht definiert. Er sollte in Abhängigkeit des einzelnen Fachgebietes jeweils individuell definiert werden. Für hämatologisch/onkologische Patienten erfolgt die Wiederaufnahme wegen einer Komplikation im engeren Sinne infolge eines Ereignisses, das durch einen längeren stationären Aufenthalt mutmaßlich verhindert worden wäre, oder eines, das Folge einer ersichtlich unzureichenden Behandlungsführung ist.

Keine Wiederaufnahme wegen einer Komplikation sind Wiederaufnahmen auf Grund einer unvermeidbaren Arzneimittel-Folgewirkung. Folgewirkung eines Arzneimittels ist ein zur stationären Aufnahme führendes Ereignis, welches bei der

Therapieplanung in Kauf genommen wurde. Es ist ein – in der Fachliteratur beschriebener, regelhaft auftretender und für das Erreichen der gewünschten Wirkung grundsätzlich in Kauf genommener – Nebeneffekt der Therapie. Die Arzneimittel-Folgewirkung wird für die Erreichung der Therapiewirkung als akzeptabel und notwendig erachtet. Ebenso stellt eine durch die Krankheit hervorgerufene Komorbidität, welche ohne Zusammenhang mit der zuvor durchgeführten Leistung (Therapie) aufgetreten ist, **keine Komplikation** im Sinne der FPV dar.

Die FPV wurde explizit in diesem Punkt präzisiert: „Eine Zusammenfassung und Neueinstufung wird nicht vorgenommen bei **unvermeidbaren Nebenwirkungen** von Chemotherapien und Strahlentherapien im Rahmen onkologischer Behandlungen.“ Damit wird eine Klarstellung der häufigen strittigen Konstellationen erreicht.

4. Spezielle Kodierregeln Onkologie

In den letzten Jahren erfolgten eine Reduktion und Vereinfachung der Kodierregeln sowie an einigen Stellen Klarstellungen. Das Kapitel 3 der deutschen Kodierrichtlinien (Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems) ist nicht besetzt. Die Zahlen in eckigen Klammern verweisen auf die entsprechende Kennzeichnung in den deutschen Kodierrichtlinien..

4.1 Auswahl und Reihenfolge der Kodes [0201n]

Erfolgt die stationäre Aufnahme zur Diagnostik und/oder Behandlung des Malignoms, so ist das Malignom die Hauptdiagnose. Dies gilt auch, wenn das Malignom gar nicht mehr vorhanden ist (Beispiele: Konsolidierungstherapie bei ALL in CR, Chemotherapie nach R0-Resektion eines soliden Tumors). Das Malignom bleibt Hauptdiagnose, bis die Behandlung endgültig abgeschlossen ist. Das beinhaltet alle Aufenthalte, die das Malignom und seine Behandlung betreffen, wie Operationen, Chemotherapien, Strahlentherapien, Port-Anlage, Staging und Zwischenstaging (bei Restaging nach Behandlungsabschluss gelten andere Regeln, siehe unten!), Aplasieüberwachung usw. In einem Kodierbeispiel wurde dies auch für den Mammaaufbau 2 Jahre nach der eigentlichen Tumorbehandlung klargestellt (siehe Beispiel 3 weiter unten). Weiteres siehe bei Definition der Komplikationen.

Beispiel:

Ein Patient wird 6 Wochen nach R0-Resektion eines Kolonascendens-Karzinoms zur adjuvanten Chemotherapie stationär aufgenommen:

HD: C18.2 Karzinom des Kolon ascendens

Proz: 8-542.- Nicht-komplexe Chemotherapie

Beispiel:

Ein Patient wird ausschließlich zur Port-Anlage vor geplanter Chemotherapie bei diffus großzelligem NHL stationär aufgenommen:

HD: C83.3 NHL, diffus großzellig

ND: Z45.20 Anpassung und Handhabung Portsystem

Proz: 5-399.5 Implantation und Wechsel Portsystem

Beispiel:

Eine Patientin wird 2 Jahre nach Abschluss der Behandlung eines Mammakarzinoms (CR) zum operativen Mamma-Aufbau stationär aufgenommen:

HD: C50.- Mammakarzinom

ND: Z42.1 Nachbehandlung plastische Chirurgie Mamma

Proz: 5-885.- Plastische Rekonstruktion der Mamma

oder 5-886.- And. plastische Rekonstruktion der Mamma

Wird die Tumorerkrankung nicht direkt behandelt (Beispiel: Tumorpatient kommt wegen Infekt und nur der Infekt wird behandelt), so wird die Tumordiagnose für diesen Aufenthalt Nebendiagnose, wenn die Bedingungen für die Kodierung als Nebendiagnose erfüllt sind (s. a. Kapitel 5.8).

Zu diesem Punkt erfolgte im Sommer 2016 nach jahrelanger Diskussion in der Selbstverwaltung ein Spruch des Bundesschlichtungsausschusses, der bei den Folgebehandlungen nun unterscheidet nach Behandlung einer einzelnen Folge/Komplikation (dann in Analogie zur Symptomenregelung HD diese Komplikation/Folge) und nach Behandlung von mehr als einer Folge/Komplikation (dann HD Tumor). Dabei wird nicht unterschieden, ob diese Folge Tumor- oder Therapiebedingt ist. Diese wünschenswerte Klarstellung löst eine Vielzahl strittiger und häufiger Konstellationen. Aufgrund der Wichtigkeit hier der Wortlaut der entscheidenden Passage:

„Wird bei einem Patienten – mit zum Zeitpunkt der Aufnahme bekanntem Malignom und bevor die Malignombehandlung endgültig abgeschlossen ist – während des stationären Aufenthaltes ausschließlich eine einzelne Erkrankung (oder Komplikation) als Folge einer Tumorthherapie oder eines Tumors behandelt, wird in diesem Fall die behandelte Erkrankung als Hauptdiagnose angegeben und der Tumor als Nebendiagnose.

Hiervon ausgenommen sind solche Fälle, bei denen weitere diagnostische oder therapeutische Maßnahmen in direktem Zusammenhang mit der Tumorerkrankung durchgeführt werden.“

Der komplette Text des Beschlusses ist unter(http://www.dkgev.de/media/file/24655.Beschluss_Schlichtungsausschuss_Bund_gem._%C2%A7_17c_Abs._3_KHG_veroeffentlicht_am_27.07.2016.pdf) nachzulesen.

4.2 Metastase als Hauptdiagnose [0201n]

Eine Metastase wird nur dann als Hauptdiagnose kodiert, wenn die Aufnahme ausschließlich zu deren Behandlung erfolgte (Beispiele: Resektion einer Lebermetastase, **lokale** Chemotherapie, Bestrahlung einer Wirbelkörpermetastase). Der Primärtumor (auch wenn längst entfernt) ist dann immer Nebendiagnose.

Bei **systemischer** Chemotherapie, Antikörpertherapie und/oder **systemischer** Strahlentherapie ist immer der Primärtumor die Hauptdiagnose, wenn die Aufnahme **primär** zur systemischen Therapie erfolgte. Die Regel gilt auch dann, wenn das primäre Ziel der Chemotherapie eine Metastase ist. Dies gilt auch für CUP-Syndrome und für Lymphome und Leukämien mit Hirn- oder Knochenbefall. Unter einer systemischen Strahlentherapie versteht man die Therapie mit Radionukliden, radioaktiv markierten Substanzen, eine Radiojodtherapie oder eine Ganzkörperbestrahlung. Die genauen OPS-

Kodes für systemische Therapie stehen in Tabelle 1 der DKR 0201n.

Sonderfall:

Bei gleichzeitiger lokaler Behandlung eines Primärtumors und von Metastasen entscheidet der höhere Ressourcenverbrauch über die Wahl der HD.

Beispiel:

Ein Patient mit bekanntem ZNS-Lymphom wird wegen Somnolenz eingewiesen. Ursächlich ist ein Progress des Hirnlymphoms, dieses wird lokal bestrahlt, ein weiteres Staging oder eine andere Therapie erfolgt nicht:

HD: C79.3 *Sek. Neubildung Gehirn und Hirnhäute*

ND: C83.3 *Diffus großzelliges NHL*

Proz: 8-52 *[Kode für Strahlentherapie]*

4.3 CUP-Syndrom

Wird ein Patient zur (erfolglosen) Suche des Primärtumors stationär aufgenommen, ist das CUP (C80.0) die Hauptdiagnose, Metastasen, wo vorhanden, werden nach Aufwand kodiert.

Ist eine Chemo- oder Strahlentherapie die Veranlassung des stationären Aufenthaltes, wird das CUP-Syndrom bezüglich Haupt- und Nebendiagnosezuordnung genau wie solide Tumore kodiert (siehe 4.2). Bei systemischer Therapie ist das CUP-Syndrom also Hauptdiagnose.

4.4 Atypische Lokalisation

Die Hinweise des Kapitel II, Abs. 3 des ICDs legen fest, dass die Klassifizierung der Neubildungen (primär) innerhalb großer Gruppen (Karzinome, Sarkome, andere Weichteiltumoren,

Lymphome, Leukämien, sonstige) nach dem biologischen Verhalten erfolgt und innerhalb dieser Gruppen (sekundär) hauptsächlich nach der Lokalisation. Dies bedeutet, dass bei einer atypischen Lokalisation eines Karzinoms oder Sarkoms die Lokalisation und nicht die Histologie entscheidend für die Kodierung ist.

Beispiel:

Ein Patient hat einen mediastinalen Tumor, der histologisch als Keimzelltumor klassifiziert wird. Er erhält eine Chemotherapie.

HD C38.1 Bösartige Neubildung vorderes Mediastinum

Proz: 8.543.- mittelgradig komplexe Chemotherapie

4.5 Metastasen als Nebendiagnosen

Wichtig ist die Kodierung der Metastasen (siehe dazu 5.5 Fernmetastasen) als Nebendiagnosen, da diese oft den Patientenschweregrad erhöhen. Hier besteht allgemeiner Konsens:

Generell ist jeder Aufwand, z. B. Diagnostik, Bestrahlung oder andere lokale Maßnahmen, bei Metastasen Grund zu deren Kodierung.

Bei systemischer Chemo-, Antikörper- und Strahlentherapie (d. h. Radionuklidtherapie als systemische Strahlentherapie) sind **alle** Metastasen als Nebendiagnosen zu kodieren, da die systemische Therapie die Verkleinerung der gesamten Tumormasse, also auch der Metastasen, zum Ziel hat und mit den Metastasen auch die Erkrankungssituation in der Gesamtheit beschrieben wird. Ein weiterer, metastasenspezifischer Aufwand im Sinne der Nebendiagnosedefinition ist dann nicht mehr erforderlich.

4.6 Spezialfälle [0201n]

4.6.1 Malignom in der Eigenanamnese, Restaging [0209d]

In der Codegruppe *Z85.-Bösartige Neubildung in der Eigenanamnese* gibt es Codes für verschiedene Organsysteme. Diese Ziffern können nur als Nebendiagnosen, nur bei Aufwand und nur nach Abschluss der Tumorbehandlung, also nach Heilung (klinische Beurteilung) verwendet werden. Die Codes sind also frühestens bei der ersten stationären Behandlung nach dem Abschlussstaging verwendbar, wenn dort eine komplette Remission festgestellt wurde. Die Ziffern können auch verwendet werden, wenn die Behandlung aus einem ganz anderen Grund erfolgte und zusätzlich das Restaging durchgeführt wurde.

Beispiel:

Bei stationärer Aufnahme zum Restaging nach Abschluss der Therapie und geheiltem Patienten (Restagingergebnis: CR) gilt einheitlich:

HD: Z08.- Nachuntersuchung nach Behandlung wegen bösartiger Neubildung

ND: Z85.- Bösartige Neubildung in der Eigenanamnese

Die Ziffern aus *Z85.-* werden nicht verwendet, wenn nach jahrelanger Therapiefreiheit wieder ein Tumor oder Metastasen auftreten. Dann werden der ursprüngliche Primärtumor und/oder die Metastasen wieder kodiert, auch wenn das stationäre Restaging der ursprüngliche Aufnahmegrund war. Die Ziffer aus

Z08.-Nachuntersuchung nach Behandlung wegen bösartiger Neubildung

wird dann zur Nebendiagnose.

Beispiel:

Stationäres Restaging 2 Jahre nach Abschluss der Krebsbehandlung (Operation und Chemotherapie) eines Kolonkarzinoms, es wird die komplette Remission bestätigt:

HD: Z08.7 Nachuntersuchung nach Kombinationstherapie bei bösartiger Neubildung

ND: Z85.0 Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane in der Eigenanamnese

Beispiel:

Auftreten von Knochenmetastasen bei 15 Jahre zurückliegender Mammakarzinom-Behandlung (OP, Bestrahlung, Chemotherapie) und zwischenzeitlicher „Heilung“, Aufnahme erfolgte zum Restaging:

HD: C79.5 Knochenmetastasen

ND: Z08.7 Nachuntersuchung nach Kombinationstherapie bei bösartiger Neubildung

C50.- Mammakarzinom

Beispiel:

Ein Patient wird wegen einer Herzinsuffizienz NYHA III stationär behandelt, bei dieser Gelegenheit erfolgt auch gleich ein Restaging seines vor 4 Jahren operativ entfernten malignen Melanoms ohne Tumorhinweis:

HD: I50.13 Herzinsuffizienz NYHA III

ND: Z08.0 Nachuntersuchung nach Kombinationstherapie bei bösartiger Neubildung

Z85.8 Bösartige Neubildung sonstiger Organe in der Eigenanamnese

4.6.2 Symptombehandlung

Wird ausschließlich die Symptomatik eines **bekanntem** Tumors stationär behandelt, nicht aber der Tumor selbst, ist das Symptom die Hauptdiagnose und der Tumor Nebendiagnose. [D002f]

Beispiele:

- Behandlung von Krampfanfall bei Gehirntumor
- Punktion von Aszites bei Ovarialkarzinom

Dies entspricht auch der Klarstellung des Bundesschlichtungsausschusses zur Kodierung bei Folgen einer Tumorbehandlung (siehe oben).

Zusätzlich gelten die allgemeinen Regeln zur Kodierung von Symptomen:

Ein Symptom wird nicht kodiert, wenn es im Regelfall als eindeutige und unmittelbare Folge mit der zugrunde liegenden Krankheit vergesellschaftet ist. [D003I] Beispiele: Fieber, Husten und Luftnot werden nicht kodiert, wenn eine Lungenentzündung kodiert wird. Kopfschmerz wird nicht kodiert, wenn eine Migräne kodiert wird.

Verursacht ein Symptom Aufwand im Sinne der Nebendiagnosendefinition, wird es zusätzlich zur Grunderkrankung kodiert. [D003I] Beispiele: Krampfanfall bei Hirntumor.

Werden Verdachtsdiagnosen durch Diagnostik weder bestätigt noch widerlegt **und** wird **keine** Therapie eingeleitet, wird nur das Symptom kodiert. Werden dagegen entsprechende therapeutische Maßnahmen eingeleitet, wird die Verdachtsdiagnose kodiert [D008b]. Näheres siehe in Kapitel 4.8.

Aufgrund der Schwierigkeit der Kodierung von Schmerz, Aszites und Pleuraerguss werden diese drei Symptome genauer beschrieben:

Schmerz [1806g]

Da Schmerz in der Regel Symptom einer bekannten Erkrankung oder Prozedur ist (z. B. postoperativer Wundschmerz), wird er nach der Symptomregel nicht eigens kodiert. Diese Regel gilt auch für Tumorschmerz [1806g].

Erfolgt dagegen nur eine Schmerzbehandlung, ist der Kode für die Lokalisation des Schmerzes als Hauptdiagnose anzugeben. Dies gilt auch für den Tumorschmerz [1806g]. Das zugrunde liegende Malignom/die zugrunde liegende Metastase wird als Nebendiagnose angegeben.

Auswahl von lokalisierten Schmerzkodes:

Bezeichnung	Kodes
Kopfschmerz o.n.A.	R51
Augenschmerzen	H57.1
Zungenschmerz	K14.6
Gelenkschmerz	M25.5-
Rückenschmerzen LWS	M54.5
Rückenschmerzen BWS	M54.6
Rückenschmerzen sonstige	M54.8-
Schmerzen in den Extremitäten	M79.6-
Halsschmerzen	R07.0
Brustschmerzen, sonstige	R07.3
Bauchschmerzen stark	R10.0
Oberbauchschmerzen	R10.1
Schmerzen Becken und Damm	R10.2
Unterbauchschmerzen sonstige	R10.3

Folgende Schmerzkodes werden nur dann kodiert, wenn weder Lokalisation noch Ursache bekannt sind:

Bezeichnung	Kode
Akuter Schmerz	R52.0

Bezeichnung	Kode
Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz	R52.1
Sonstiger chronischer Schmerz	R52.2

Nur in den Fällen, in denen weder die Lokalisation noch die Ursache des Schmerzes bekannt sind, können die Codes aus R52.0 bis R52.2 bei Aufnahme zur Schmerztherapie als Hauptdiagnosen zugeordnet werden. Nur wenn diese Schmerzkodes die Bedingung der Hauptdiagnose aufgrund der Fallkonstellation nicht erfüllen, darf letztlich die zugrundeliegende Erkrankung als Hauptdiagnose gewählt und kodiert werden, soweit bekannt.

Wenn neben dem Schmerz noch andere Symptome des Tumors behandelt werden, z. B. Kachexie, Anämie usw., ist in der Regel der Tumor die Hauptdiagnose und die Symptome werden nach den o. g. allgemeinen Regeln für Symptome kodiert. Dies ist in der Regel bei palliativen Patienten mit mehreren Problemen im Zusammenhang mit dem Tumor der Fall und entspricht der Klarstellung des Bundesschlichtungsausschusses zu diesem Thema (siehe oben). Die Regeln in diesem Kapitel gelten nur, wenn ausschließlich die Schmerzen behandelt werden.

Beispiel:

Tumorschmerzen durch ossäre Metastasierung eines Prostatakarzinoms in der Wirbelsäule. Aufnahme ausschließlich zur Schmerztherapie mit Schmerzmedikation

HD: M54.5 Kreuzschmerz

*ND: C79.5 Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens
C61 Bösartige Neubildung der Prostata*

Beispiel:

Schmerzen in der Wirbelsäule bei Knochenmetastasen bei Mammakarzinom oberer äußerer Quadrant. Aufnahme zur lokalen Strahlentherapie

HD: C79.5 Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens

ND: C50.4 Bösartige Neubildung der Brustdrüse oberer äußerer Quadrant

Proz: 8-52 Strahlentherapie

Der Schmerz wird hier nicht eigens kodiert!

Patient wird wegen chronischer unbestimmbarer Schmerzen stationär aufgenommen, die Ursache aber nicht gefunden:

HD: R52.1 Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz

Pleuraerguss

Der maligne Pleuraerguss wird mit folgender Kombination kodiert:

Bezeichnung	Kode
Sekundäre bösartige Neubildung der Pleura	C78.2 und
Pleuraerguss bei andernorts klass. Krankheiten	J91*

Diese Kodierung trennt die Situationen Pleurametastasierung und Pleurametastasierung **mit** Erguss voneinander ab. Der Metastasenkode kann wie in Kapitel 4.2 und 4.5 beschrieben kodiert werden.

Die Kodekombination für den malignen Pleuraerguss kann nur bei Aufwand (z. B. Diagnostik, Punktion) verwendet werden.

Bei Aufnahme allein zu Punktion oder Pleurodese eines malignen Ergusses ist C78.2 die Hauptdiagnose, der Kode

J91* und der Primärtumor Nebendiagnosen. J91* kann als Sternkode nicht Hauptdiagnose sein.

Der maligne Erguss bei Lymphomen darf nicht mit der Kodegruppe C78.- kodiert werden [0215h].

Ist die Ursache des Pleuraergusses unbekannt und entsteht diagnostischer und/oder therapeutischer Aufwand, kommt folgender Kode zur Anwendung.

Bezeichnung	Kode
Pleuraerguss, andernorts nicht klassifiziert	J90

Aszites

Die Kodierung des malignen Aszites erfolgt analog zur Kodierung des Pleuraergusses.

Maligner Aszites wird bei systemischer Therapie des Malignoms oder bei einem spezifischen Aufwand wie Ultraschallkontrolle oder Punktion kodiert.

Bezeichnung	Kode
Sekundäre bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums	C78.6
Aszites	R18

R18 kann auch als Hauptdiagnose verwendet werden, wenn die Aufnahme ausschließlich zur Punktion erfolgt. Dann sind C78.6 und der Tumor Nebendiagnosen.

4.6.3 Behandlung eines Rezidivs

Ein Rezidiv wird wie ein Primärtumor kodiert.

4.6.4 Fehlender Malignomnachweis [0201n]

Selbst bei fehlendem pathologischem Nachweis (z. B. positiver Schnellschnitt/positive Biopsie ohne Nachweis im OP-

Präparat) bleibt das Malignom Hauptdiagnose. Dies ist eine Ausnahme der allgemeinen Verdachtsdiagnosenregel D008b.

4.6.5 Mehrere Malignome gleichzeitig

Erfüllt mehr als ein Malignom das Kriterium der Hauptdiagnose, wird ergänzend als Nebendiagnose wie folgt kodiert: Einer der Primärtumoren wird zur Hauptdiagnose (größerer Ressourcenaufwand), die weiteren Malignome werden als Nebendiagnose verschlüsselt. Dies gilt natürlich nur, wenn für jedes Malignom auch ein Aufwand bestand (Diagnostik, Therapie, Pflege, Überwachung). Zusätzlich wird der Kode C97! *Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen* angegeben.

Beispiel:

Bei einer Patientin wird im gleichen stationären Aufenthalt ein Mammakarzinom behandelt und ein Kolonkarzinom diagnostiziert. Das Mammakarzinom hat den höheren Ressourcenverbrauch:

HD: C50.- Bösartige Neubildung der Brustdrüse

ND: C97! Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen

C18.- Bösartige Neubildung des Kolons

Der Kode C97! kann auch für Primärtumore an verschiedenen Lokalisationen verwendet werden, die nur mit einer ICD-Nummer kodiert werden (z. B. mehrere Melanome am Rumpf (C43.5), zwei Manifestationen eines Leberzellkarzinoms (C22.0) usw.)

4.6.6 Lymphangiosis carcinomatosa

Eine Lymphangiosis carcinomatosa wird wie eine Metastasierung kodiert:

Bezeichnung	Kode
Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge	C78.0
Sekundäre bösartige Neubildung der Pleura (Maligner Pleuraerguss in Kombination mit J91*)	C78.2
Peritonealkarzinose (Maligner Aszites in Kombination mit R18)	C78.6
Meningeosis carcinomatosa (auch: Liquor mit malignen Zellen)	C79.3

Die Ziffer C79.3 gilt auch für Lymphome und Leukämien, die anderen Codes nur bei soliden Tumoren.

4.6.7 Wachstum per continuitatem [0206a]

Bei Organ überschreitendem Wachstum wird nur die Primärlokalisierung kodiert, von der das Wachstum ausgeht. Das infiltrierte Organ wird nicht kodiert.

Zum Beispiel wird bei der Infiltration eines Kolonkarzinom in die Harnblase nur das Kolonkarzinom kodiert.

Ist die Primärlokalisierung nicht bekannt, können spezielle Codes, die das befallene Gebiet Organ überschreitend beschreiben, verwendet werden z. B.

C57.8 Bösartige Neubildung der weiblichen Genitalorgane, mehrere Teilbereiche überlappend.

Davon abzugrenzen ist die Situation des Wachstums innerhalb eines Organs:

Eine Neubildung, die mindestens 2 anatomisch-topographisch aneinandergrenzende Teilbereiche innerhalb einer dreistelligen ICD-Kategorie („Organ“ im Sinne des ICD-10) überlappt und deren Ursprungsort nicht bestimmt werden kann, ist mit der Subkategorie .8 „mehrere Teilbereiche überlappend“ zu kodieren, es sei denn, es existiert ein spezifischer Code wie z. B.

C16.0 Bösartige Neubildung der Kardia (Ösophagus und Magen).

4.6.8 Ungenau bezeichnete Lokalisationen

Ist der Ursprungsort eines Tumors unklar oder unbekannt, **und** erstreckt sich der Tumor über benachbarte Strukturen (z. B. Tumor unklarer Genese an Gesicht und Hals), werden die Codes aus C76.- *Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisation* gewählt.

Diese sind nur anwendbar, wenn die Art des Tumors unklar ist.

4.7 Die geplante Behandlung kann nicht durchgeführt werden

Wird ein Patient zu einer elektiv **geplanten** Maßnahme stationär aufgenommen (z. B. Fortsetzung einer Chemotherapie) und diese Maßnahme kann aus irgendeinem Grund nicht durchgeführt werden, so dass der Patient **unmittelbar wieder entlassen** wird, wird folgendermaßen kodiert [D007f]:

Nichtdurchführung der Maßnahme aus technischen Gründen (z. B. Lieferschwierigkeiten der Apotheke):

HD		[Diagnose, die ursprünglich zur stationären Aufnahme führte]
ND	Z53	Personen, die Einrichtungen des Gesundheitswesens wegen spezifischer Maßnahmen aufgesucht haben, die aber nicht durchgeführt wurden

Nichtdurchführung der Maßnahme aufgrund einer Krankheit oder einer Komplikation, die nach der Aufnahme aufgetreten ist; **keine Behandlung** dieser Komplikation, sondern umgehende Entlassung:

HD	[Diagnose, die ursprünglich zur stationären Aufnahme führte]	
ND	Z53	Personen, die Einrichtungen des Gesundheitswesens wegen spezifischer Maßnahmen aufgesucht haben, die aber nicht durchgeführt wurden
ND	[Krankheit oder Komplikation, welche die Maßnahme verhindert hat]	

Die geplanten, aber nicht durchgeführten Prozeduren (z. B. Chemotherapie) werden nicht verschlüsselt.

Beispiel:

Ein Patient soll bei einem Weichteilsarkom der rechten Schulter plangemäß zur Fortsetzung der Chemotherapie aufgenommen werden. Bei der Aufnahmeuntersuchung wird eine Infektion der Nasennebenhöhlen diagnostiziert, der Patient wird bis zur Ausheilung wieder entlassen, eine antibiotische Behandlung erfolgt durch den Hausarzt ambulant:

HD C49.1 *Bösartige Neubildung Bindegewebe und andere Weichteilgewebe der oberen Extremität, einschließlich Schulter*

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

ND J01.0 *Akute Sinusitis maxillaris*

Wurde die geplante Behandlung, z. B. die Chemotherapie, bereits begonnen, wird sie auch bei Abbruch kodiert, jedoch eventuell mit einem anderen Chemotherapiecode als die geplante Chemotherapie (siehe Kapitel 6). Der Code Z53 wird nicht verwendet. Für bestimmte nicht vollendete und abge-

brochene Prozeduren, vor allem aus dem operativen Bereich, gibt es eigene Regeln zur Kodierung [P004f].

Nach neuer Rechtsprechung wird bei Aufnahme zu einer geplanten Maßnahme, die wegen einer anderen Erkrankung nicht durchgeführt werden kann, und der dann unmittelbaren stationären Behandlung dieser neuen Erkrankung/Komplikation diese zur Hauptdiagnose. Bedingung ist, dass diese behandelt wird und bei Aufnahme schon bestand (wenn auch noch nicht diagnostiziert war).

Beispiel::

Eine Patientin soll wegen Coxarthrose eine Hüft-TEP erhalten. Bei der Aufnahmeuntersuchung wird ein Colon-Ca entdeckt.

Daraufhin wird die Hüftoperation abgesetzt und eine operative Entfernung des Colon-Ca durchgeführt. Die Coxarthrose wird mittels Bildgebung kontrolliert:

HD C18.- Colon-Karzinom

ND M16.1 Sonstige primäre Coxarthrose

4.8 Verdachtsdiagnosen [D008b]

Definition: Verdachtsdiagnosen sind Diagnosen, die am Ende des stationären Aufenthalts weder sicher bestätigt noch sicher ausgeschlossen sind [D008b].

Diese Regel wird durch eine andere Regel eingeschränkt: Es ist eindeutig geregelt, dass abrechnungsrelevante Befunde, die nach Entlassung eingehen, für die Kodierung heranzuziehen sind [D002f]. Das heißt, ausstehende Befunde, z. B. aus der Pathologie oder der Hygiene, müssen abgewartet werden, bevor der Fall kodiert werden kann.

Ausnahmen:

bei Verlegungen gilt der Wissensstand zum Zeitpunkt der Verlegung! [D008b].

Sollten sich Diagnosen aus Feinnadelpunktionen nicht bestätigen, wird trotzdem der vermutete und zur Operation führende Tumor kodiert. [0201n]

Bei Verdachtsdiagnosen nach o. g. Definition gibt es folgende Weichenstellungen: Entlassung oder Verlegung?

Bei Verlegung:

Kodierung der Verdachtsdiagnose nach dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Verlegung

Bei Entlassung:

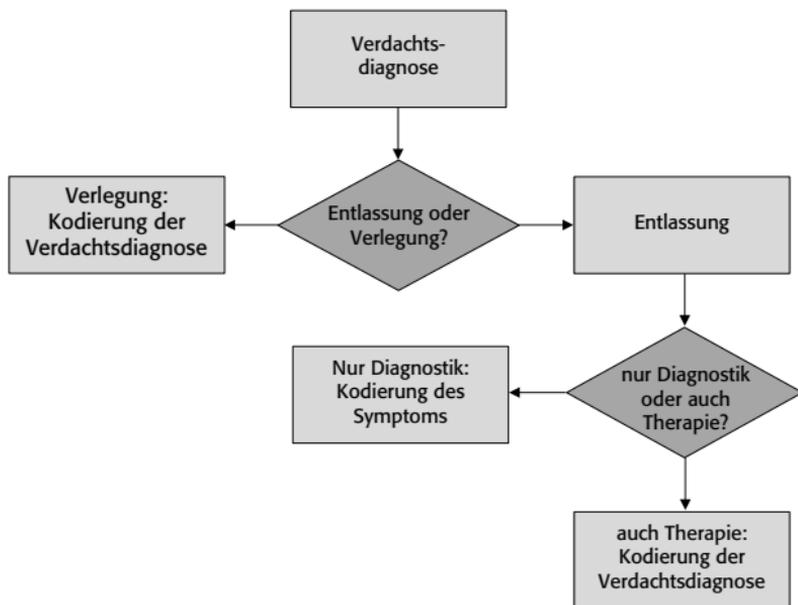
Verdachtsdiagnose therapiert oder nicht therapiert?

Wurde nur untersucht, aber nicht behandelt:
Symptom kodieren

Wurde die Verdachtsdiagnose auch behandelt:

Verdachtsdiagnose kodieren

Bei Fieber unklarer Ursache wird eine antibiotische Therapie eingeleitet: Es wird ein bakterieller Infekt kodiert (z. B. A49.9 *Bakterielle Infektion, nicht näher bezeichnet*), wenn weder Keim noch Fokus gefunden werden. Ein Ansprechen auf die Behandlung (Entfieberung, CRP-Abfall usw.) stützt die Verdachtsdiagnose zusätzlich, ist aber nicht erforderlich. Eine nachvollziehbare Dokumentation dieses Vorgehens ist empfehlenswert.



4.9 Komplikationen

4.9.1 Reihenfolge der Codes für Komplikationen und Malignome

Wenn sich ein Patient mit einer Komplikation (als Symptom) vorstellt und die maligne Grunderkrankung (als die zugrunde liegende Krankheit) zum Zeitpunkt der Aufnahme bekannt ist und behandelt wird bzw. während des Krankenhausaufenthaltes neu diagnostiziert wird, wird **das Malignom als Hauptdiagnose** kodiert [D002f]. Die Komplikation wird als Nebendiagnose kodiert, wenn es sich bei der Komplikation nicht um ein grundsätzlich mit dem Malignom vergesellschaftetes Symptom handelt (Symptome, die im Regelfall als eindeutige und unmittelbare Folge mit der zugrunde liegenden Krankheit vergesellschaftet sind, werden nicht kodiert). Die Komplikation ist grundsätzlich als ein eigenständiges, wichtiges Problem für die medizinische Betreuung anzusehen und sollte kodiert werden.

Wenn sich ein Patient mit einer Chemotherapiefolge (Beispiel: bakterieller Infekt in der Neutropenie nach Chemotherapie, siehe Kapitel 5.8) vorstellt und die maligne Grunderkrankung (als die zugrunde liegende Krankheit) zum Zeitpunkt der Aufnahme bekannt ist, jedoch nur z. B. die Infektion behandelt wird, so wird diese Infektion als HD kodiert. Die zugrunde maligne Grunderkrankung wird anschließend als Nebendiagnose angegeben [D002f und Entscheidung des Bundesschlichtungsausschusses von Juli 2016].

4.9.2 Wiederaufnahmeregelung – Bedeutung für die Onkologie

Die Zusammenführung einzelner stationärer Aufenthalte zu einem Gesamtfall wird in den Abrechnungsbestimmungen der FPV (Fallpauschalenvereinbarung) geregelt. Dabei gibt es verschiedene Konstellationen, von denen die Wiederaufnahme in der gleichen Basis-DRG innerhalb der oberen Grenzverweildauer der ersten DRG (Konstellation 1) und die Wiederaufnahme binnen 30 Tagen mit Wechsel aus der medizinischen bzw. anderen Partition in die operative Partition der gleichen MDC (Konstellation 2) EDV-technisch lösbar sind. Hier gibt es keine Besonderheiten der Kodierung.

Die dritte Konstellation (§ 2 Satz 3) besagt, dass bei Patienten, die wegen einer Komplikation im Zusammenhang mit der durchgeführten Leistung innerhalb der oberen Grenzverweildauer der ersten DRG aufgenommen werden, eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorgenommen wird.

Ist dies bereits bei der Aufnahme erkennbar, kann dies mit der Vergabe eines besonderen Schlüssels des Aufnahmegrundes in der EDV gekennzeichnet werden (Fallstatus 7).

Der Begriff der Komplikation ist nicht definiert. Er sollte in Abhängigkeit des einzelnen Fachgebietes jeweils individuell definiert werden. Für hämatologisch/ onkologische Patienten

erfolgt die Wiederaufnahme wegen einer Komplikation im engeren Sinne infolge eines Ereignisses, das durch einen längeren stationären Aufenthalt mutmaßlich verhindert worden wäre, oder eines, das Folge einer ersichtlich unzureichenden Behandlungsführung ist.

Keine Wiederaufnahmen wegen einer Komplikation sind Wiederaufnahmen auf Grund einer unvermeidbaren Arzneimittel-Folgewirkung. Folgewirkung eines Arzneimittels ist ein zur stationären Aufnahme führendes Ereignis, welches bei der Therapieplanung in Kauf genommen wurde. Es ist ein – in der Fachliteratur beschriebener, regelhaft auftretender und für das Erreichen der gewünschten Wirkung grundsätzlich in Kauf genommener – Nebeneffekt der Therapie. Die Arzneimittel-Folgewirkung wird für die Erreichung der Therapiewirkung als akzeptabel und notwendig erachtet. Ebenso stellt eine durch die Krankheit hervorgerufene Komorbidität, welche ohne Zusammenhang mit der zuvor durchgeführten Leistung (Therapie) aufgetreten ist, **keine Komplikation** im Sinne der FPV dar.

Die FPV wurde explizit in diesem Punkt präzisiert: „Eine Zusammenfassung und Neueinstufung wird nicht vorgenommen bei **unvermeidbaren Nebenwirkungen** von Chemotherapien und Strahlentherapien im Rahmen onkologischer Behandlungen.“ Damit wird eine Klarstellung der häufigen strittigen Konstellationen erreicht.

Leider hat das Bundessozialgericht in den letzten Jahren einige Entscheidungen im Widerspruch zu den Fallzusammenführungsregeln der Fallpauschalenvereinbarung getroffen. So müssen Fälle laut BSG auch dann zusammengeführt werden, wenn dadurch das Krankenhaus die Behandlung wirtschaftlicher erbringen kann. Ausnahmeregelungen von der Fallzusammenführung laut FPV werden vom BSG ignoriert. Bisher hat die Selbstverwaltung diesen Widerspruch nicht aufgelöst.

5. Kodierung von Diagnosen

5.1 Lymphome (incl. CLL und andere leukämische NHL), Myelome

5.1.1 Histologie

Bei Hodgkin- und Non-Hodgkin-Lymphomenerfolg die Kodierung in der Regel nach der Histologie. Seit 2011 ist die Nomenklatur des ICD-10 weitgehend dem "Blauen Buch" der WHO angeglichen. Allerdings beziehen sich die Begriffe überwiegend noch auf Stand von 2001. Da möglichst viele ICD-10 Kodes unverändert gelassen werden sollten, orientiert sich die Reihenfolge der Kodes weiterhin an der vorangegangenen Version des ICD-10. Da im Thesaurus vermutlich noch fehlerhafte Zuordnungen vorhanden sind, sollte man sich im Zweifel immer am Text und Interpretationshinweisen des systematischen Verzeichnisses orientieren.

Bezeichnung	Kodes
Noduläres lymphozytenprädominantes Hodgkin-Lymphom (noduläres Paragranulom)	C81.0
Nodulär-sklerosierendes (klassisches) Hodgkin-Lymphom	C81.1
Gemischtzelliges (klassisches) Hodgkin-Lymphom	C81.2
Lymphozytenarmes (klassisches) Hodgkin-Lymphom	C81.3
Lymphozytenreiches (klassisches) Hodgkin-Lymphom	C81.4
Klassisches Hodgkin-Lymphom, nicht subtypisiert	C81.7
Hodgkin-Lymphom, nicht näher bezeichnet*	C81.9

* Anmerkung: sehr selten. Normalerweise sollte die Histologie als C81.0 oder C81.7 eingeordnet werden können

Bezeichnung	Kodes
Chronische lymphatische Leukämie vom B-Zell-Typ (B-CLL)	C91.1-
Prolymphozytäre Leukämie vom B-Zell-Typ	C91.3-
Haarzellenleukämie	C91.4-
Lymphatische Leukämie, nicht näher bezeichnet	C91.9-

Bezeichnung	Kodes
Folikuläres Lymphom (FL; Keimzentrums-NHL, cc/cb-NHL) Grad I	C82.0
FL Grad II	C82.1
FL Grad III, nicht näher bezeichnet	C82.2
FL Grad IIIa	C82.3
FL Grad IIIb	C82.4
Diffuses FL	C82.5
Kutanes FL	C82.6
Sonstige Typen des FL	C82.7
Folikuläres NHL (FL), nicht näher bezeichnet (ohne Grad-Angabe)	C82.9
Kleinzelliges B-Zell- Lymphom, lymphoplasmocytisches Lymphom (Immunozytom, wenn kein M. Waldenström) Marginalzonenlymphom (splenisch oder nodal, nicht MALT-Lymphom)	C83.0
Mantelzelllymphom (= zentrozytisches NHL)	C83.1

Bezeichnung	Kodes
Makroglobulinämie Waldenström Lymphoplasmocytisches Lymphom mit IgM-Produktion	C88.0-

Bezeichnung	Kodes
Sonstige Schwerekettenkrankheit Franklin-Krankheit Gamma-Schwerekettenkrankheit My-Schwerekettenkrankheiten	C88.2-
Immunproliferative Dünndarmkrankheit Alpha-Schwerekettenkrankheit Immunproliferative Dünndarmkrankheit vom Mittelmeer-Typ	C88.3-
Extranodales Marginalzonen-B-Zell-Lymphom (Mukosa-assoziiert, MALT-Lymphom, Darm, Lunge, Haut etc.) ¹	C88.4-
Sonstige bösartige immunproliferative Krankheit (auch PTLN, s. u.)	C88.7-
Bösartige immunproliferative Krankheit, nicht näher bezeichnet	C88.9-

Anmerkung: ¹Siehe alternativ T-Zell-Lymphom vom Enteropathie-Typ, C86.2. Bei Anteilen eines hochmalignen NHL (Transformation) zusätzlich z. B. zur C88.4- eine entsprechende Diagnose aus C83.3 bis C83.6 vergeben

Bezeichnung	Kodes
Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom (incl. Varianten wie zentroblastisch oder immunoblastisch, auch plasmablastisches und T-Zell reiches B-Zell Lymphom	C83.3
Lymphoblastisches Lymphom (nodale Variante der B- und T- Vorläufer ALL)	C83.5
Burkitt-Lymphom (incl. Burkitt-like),(aber: reifzellige B-ALL à C91.8)	C83.7
Mediastinales (thymisches) großzelliges B-Zell- Lymphom	C85.2

Bezeichnung	Kodes
Sonstige nicht folliculäre Lymphome (incl. Lymphomatoide Granulomatose, Ergusslymphom, intravaskuläres Lymphom)	C83.8

Formal wird zwischen lymphoblastischen B- und T-Precursor-Lymphomen und ALL üblicherweise bei 25 % KM-Infiltration unterschieden (ebenso bei Burkitt-Lymphomen), s. auch Kapitel 5.2.

Bezeichnung	Kodes
Nicht folliculäres Lymphom, nicht näher bezeichnet	C83.9
B-Zell-Lymphom, nicht näher bezeichnet	C85.1
Sonstige näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms	C85.7
Non-Hodgkin-Lymphom, nicht näher bezeichnet	C85.9

Da seit der ICD-10 Version 2011 alle gängigen Diagnosen spezifischer zugeordnet werden können, sollten die o. g. Restecodes nur verwendet werden, wenn aufgrund diagnostischer Unsicherheit keine spezifische Diagnose gestellt werden konnte.

Bezeichnung	Kodes
Monoklonale Gammopathie unbestimmter Signifikanz (MGUS)	D47.2
Multiples Myelom, Plasmozytom (außer solitär)	C90.0-
Extramedulläres Plasmozytom	C90.2-
Solitäres Plasmozytom	C90.3-
Plasmazellenleukämie	C90.1-

Bezeichnung	Kodes
Mykosis fungoides	C84.0
Sézary-Syndrom	C84.1
Subkutanes pannikulitisches T-Zell-Lymphom	C86.3
Primäre kutane CD30-positive T-Zell-Proliferationen (incl. lymphomatoide Papulose)	C86.6
Kutanes T-Zell-Lymphom, n.n. bezeichnet	C84.8

Bezeichnung	Kodes
peripheres T-Zell-Lymphom, nicht spezifiziert (= NOS)	C84.4
Anaplastisches großzelliges Lymphom ALK-pos	C84.6
Anaplastisches großzelliges Lymphom ALK-neg.	C84.7
Extranodales NK/T-Zell-Lymphom, nasaler Typ	C86.0
Hepatosplenisches T-Zell-Lymphom	C86.1
T-Zell-Lymphom vom Enteropathie-Typ	C86.2
Blastisches NK-Zell-Lymphom	C86.4
Angioimmunoblastisches T-Zell-Lymphom	C86.5
Sonstige reifzellige T/NK-Zell-Lymphome	C84.5
Reifzelliges T/NK-Zell-Lymphom, n.n. bezeichnet	C84.9

Bezeichnung	Kode
Adulte(s) T-Zell-Lymphom/Leukämie (HTLV-1 assoziiert)	C91.5-
Prolymphozyten-Leukämie vom T-Zell-Typ	C91.6-
Sonstige lymphatische Leukämie, Leukämie grob granulierter Lymphozyten v. T-Zell-Typ (LGL, assoziiert mit rheumatoider Arthritis)	C91.7-

Ein Lymphom, das nach einer Transplantation entsteht, wird entsprechend seiner Histologie kodiert (z. B. DLBCL, Burkitt-Lymphom). Dies gilt für monomorphe PTLD. Polymorphe PTLD und „early lesions“ können mit C88.7 kodiert werden

Bezeichnung	Kode
PTLD (Posttransplant lymphoproliferative disorder)	C88.7-

Eine alleinige Erhöhung des EBV-Titers, die zu einer Therapie führt, um das PTLD zu verhindern, sollte nicht mit einem Kode aus C80–C88, sondern mit einem Kode aus dem Bereich der EBV-Infektion angegeben werden. Dieser Kode kann ggf. auch zusätzlich zu den oben erwähnten Lymphom-Diagnosen bzw. C88.7- angegeben werden

Bezeichnung	Kode
EBV Mononukleose, auch für Reaktivierung einer EBV-Infektion nach Transplantation	B27.0

Diese Kodes sollten in Kombination mit einem Kode aus *Z.94.- Zustand nach Organ oder Gewebetransplantation* angewandt werden.

5.1.2 Lokalisation/Ausbreitung/Komplikationen

Die Lokalisationen werden nicht kodiert. Eine Angabe des klinischen Stadiums nach Ann Arbor kann nicht erfolgen. Auch bei „extranodalen“ Lymphomen oder extranodalem Befall wird ausgehend von der Histologie der entsprechende Kode aus C81.- bis C88.- zugewiesen. Extranodaler Befall kann nur für Knochen(mark) und Hirn(häute) kodiert werden. Bei einigen Lymphomtypen (z. B. kutanen Lymphomen) geht indirekt die Lokalisation aus dem Diagnosekode hervor.

Lokalisationsdiagnosen und andere ausgewählte Nebendiagnosen

Bezeichnung	Kodes
Nebendiagnose Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute (Meningeosis lymphomatosa) ¹	C79.3

Bezeichnung	Kodes
Nebendiagnose Knochen(mark)herde bei malignen Lymphomen	C79.5
Nebendiagnose Osteolyse ▶	M89.5-
Nebendiagnose (Sternkode) Niereninsuffizienz bei Multiplem Myelom	N16.1*
Nebendiagnose (Sternkode) Osteoporose beim Multiplen Myelom ▶	M82.0-*
Nebendiagnose (Sternkode) Knochenfraktur b. Neubildungen (aller Art) ▶	M90.7-*
Nebendiagnose (Sternkode) Wirbelkörperkompression b. Neubildungen ▶	M49.5-*
Nebendiagnose (Sternkode) Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei Neubildungen	G55.0*

¹ Es wird empfohlen C79.3 als Nebendiagnose auch bei primären ZNS-Lymphomen (i. d. R. in Ergänzung zu C83.3) zu verwenden, wenn eine Systemtherapie durchgeführt wird. Wird nur eine alleinige Bestrahlung durchgeführt, ist entsprechend den Deutschen Kodierrichtlinien C79.3 Hauptdiagnose und C83.3 oder ein anderer Kode für das NHL Nebendiagnose.

- ▶ Zur Lokalisation 5. Stelle des Kodes verwenden (siehe Tabelle am Anfang von Kapitel M im ICD 10 Katalog).

5.1.3 Remissionsstatus

Bei akuten und chronischen Leukämien sowie einer Zahl anderer hämatologischer Erkrankungen wird die Angabe des Remissionsstatus in der 5. Stelle verlangt.

Bezeichnung	Kodes
ohne Angabe einer kompletten Remission; ohne Angabe einer Remission oder in partieller Remission	0
in kompletter Remission	1

Es wird vorgeschlagen, entsprechend den üblichen Richtlinien der internationalen Literatur konventionelle Kriterien der kompletten Remission (CR) anzuwenden. Das bedeutet, dass bei einer so definierten CR die Krankheit mit sehr spezifischen (z. B. molekularbiologischen oder durchflusszytometrischen) Kriterien noch nachgewiesen werden kann und weitere Therapien stattfinden können.

Kriterien für das Vorliegen einer CR bei CLL (nach Hallek, IWCLL Guidelines, Blood 2008):

- Keine Lymphknotenvergrößerung (> 1,5 cm)
- keine Organmanifestationen
- neutrophile Granulozyten > 1,5/nl
- Lymphozyten weniger als 4/nl
- Thrombozyten > 100/nl
- Hb über 11 g/dl bzw. 6,8 mmol/l (ohne Transfusionen)
- Knochenmark weniger als 30 % Lymphozyten
- KM-Punktion und Immunzytologie sind fakultativ

Kriterien für das Vorliegen einer (stringent) CR bei Multiplem Myelom (nach Kumar et al. Lancet Oncol. 2016):

- In der Immunfixation ist keine monoklonale Gammopathie mehr nachweisbar (weder Serum noch Urin)
- weniger als 5 % klonale Plasmazellen im Knochenmark
- Kein Nachweis von Weichteilplasmozytomen (extra-medullärem Befall)
- Normalisierung der Ratio der freien Leichtketten, falls diese für die Evaluation des Krankheitsverlaufes verwendet wurden

5.1.4 Refraktäre Erkrankung

Bezeichnung	Kodes
Leukämie, refraktär auf Standard-Induktionstherapie	C95.8!

Eine auf Standard-Induktionstherapie refraktäre Leukämie wird mit dem zusätzlichen Kode C95.8! verschlüsselt. Dieses Vorgehen wird im ICD-10 für alle Leukämien C91.- bis C95.- empfohlen, auch wenn die Anwendung dieses Begriffes bei anderen Erkrankungen als akuten Leukämien nicht wirklich etabliert ist.

5.1.5 Beispiel

Diffus großzelliges B Zellymphom, Rezidiv mit ZNS-Befall, Intensivierte Rezidivtherapie mit R-MTX-AraC	
Diagnosen	ICD-10
Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom	C83.3
Befall Gehirn oder Hirnhäute	C79.3
Hirnorganisches Psychosyndrom aufgrund des Lymphombefalles	F07.9
Schlaffe Hemiparese aufgrund des Lymphombefalles	G81.0
Prozeduren	OPS
MRT Schädel mit KM	3-820
Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D Auswertung	3-990
Diagnostische Liquorpunktion (Lumbal)	1-204.2
Anlage eines ZVK	8-831.0
Therapie mit Rituximab intravenös	8-547.0
Zusatzkode für Medikament: Rituximab 700 mg intravenös	6-001.h5
Therapie mit Hochdosis MTX-AraC (3 Tage gesamt)	8-543.32

5.2 Akute Leukämien

5.2.1 Klassifikation

Bei Leukämienerfolg folgt die Kodierung nach der Histologie. 2011 wurde die Nomenklatur des ICD-10 weitgehend dem

"Blauen Buch" der WHO angeglichen, allerdings beziehen sich die Begriffe überwiegend noch auf Stand von 2001. Da möglichst viele ICD-10 Kodes unverändert gelassen werden sollten, orientiert sich die Reihenfolge der Kodes weiterhin an der vorangegangenen Version des ICD-10. Da im Thesaurus vermutlich noch fehlerhafte Zuordnungen vorhanden sind, sollte man sich im Zweifel immer am Text und Interpretationshinweisen des systematischen Verzeichnisses orientieren.

Bezeichnung	Kodes
Akute lymphatische Leukämie (ALL) vom B- oder T-Vorläufer Typ	C91.0-
Reifzellige B-ALL vom Burkitt Typ	C91.8-

Formal wird zwischen lymphoblastischen B- und T-Precursor-Lymphomen und ALL üblicherweise bei 25 % KM-Infiltration unterschieden (ebenso bei Burkitt-Lymphomen), s. a. Kapitel 5.1.

Bezeichnung	Kodes
Akute Myeloische Leukämie (AML M0-M2 oder nicht nach FAB zugeordnet, auch mit t(8;21))	C92.0-
AML M3 (= Akute Promyelozytenleukämie, t(15;17) und Varianten)	C92.4-
AML M4, auch M4eo, inv(16) oder t(16;16)	C92.5-
AML M5	C93.0-
AML M6	C94.0-
AML M7	C94.2-
AML mit 11q23 Veränderung (KMT2A bzw. MLL Gen Veränderung)	C92.6-
AML mit Dysplasie oder AML aus MDS	C92.8-
Akute Panmyelose mit Myelofibrose	C94.4-
Myelosarkom (Chlorom, tumoröse Manifestation einer AML)	C92.3-
Mastzellenleukämie	C94.3-

Bezeichnung	Kodes
Sonstige Leukämien (Akute Basophilenleukämie, aggressive NK-Zellleukämie)	C94.7-
Akute Leukämie ohne eindeutige Linienzuordnung, biphänotypische akute Leukämie	C95.0-

Anmerkungen: Die Einteilung nach molekularen Veränderungen wie in der WHO Klassifikation eingeführt, bildet sich auch im ICD-10 Stand 2019 überwiegend noch nicht ab. C95.0 wird wie eine ALL in die Basis DRG R63 gruppiert. Eine Kodierung als AML scheint gerechtfertigt, wenn die myeloische Differenzierung überwiegt und der Patient wie eine AML therapiert wird.

5.2.2 Remissionsstatus

Bei akuten und chronischen Leukämien sowie einer Zahl anderer hämatologischer Erkrankungen wird die Angabe des Remissionsstatus in der 5. Stelle verlangt.

Bezeichnung	5.Stelle
ohne Angabe einer kompletten Remission; ohne Angabe einer Remission oder in partieller Remission	0
in kompletter Remission	1

Es wird vorgeschlagen, entsprechend den üblichen Richtlinien der internationalen Literatur konventionelle Kriterien der kompletten Remission anzuwenden. Das bedeutet, dass bei einer so definierten CR die Krankheit mit sehr spezifischen (z. B. molekularbiologischen oder durchflusszytometrischen) Kriterien noch nachzuweisen sein kann. Dies bedeutet auch, dass auch bei Patienten in CR häufig weitere Therapie stattfindet.

Kriterien für das Vorliegen einer CR bei der ALL (nach GM-ALL Therapieempfehlungen 2017):

- weniger als 5 % Blasten im Knochenmark
- kein Nachweis von Blasten im peripheren Ausstrich
- neutrophile Granulozyten > 1,0/nl
- Thrombozyten > 80/nl
- Erythrozyten transfusionsunabhängig

Kriterien für das Vorliegen einer CR bei AML (nach Döhner et al. Blood 2010):

- im Knochenmark: < 5 % Myeloblasten, keine Auerstäbchen
- keine extramedulläre Erkrankung
- im peripheren Blut: neutrophile Granulozyten > 1,0/nl, Thrombozyten > 100/nl, Erythrozyten transfusionsunabhängig.

5.2.3 Refraktäre Erkrankung

Eine auf Standard-Induktionstherapie refraktäre Leukämie wird mit einem zusätzlichen Kode verschlüsselt.

Bezeichnung	Kodes
Leukämie, refraktär auf Standard-Induktionstherapie	C95.8!

5.2.4 Beispiel

Akute myeloische Leukämie, Erstdiagnose, Induktionstherapie mit DA, mit üblichen Komplikationen	
Diagnosen	ICD-10
Akute Myeloische Leukämie, nicht in Remission	C92.00
Anämie bereits vor Therapieeinleitung	D63.0*
Zytostatika-induzierte Anämie	D61.10
Therapie-induzierte Granulopenie (weniger als 500 Neutrophile/ul für insgesamt 14 Tage)	D70.11
sonstige Thrombozytopenie (transfusionspflichtig, nicht transfusionsrefraktär)	D69.58

Umkehrisolierung bei schwerer Neutropenie	Z29.0
Sepsis in der Neutropenie ohne Erregernachweis, ohne klinischen Fokus, ohne Organkomplikationen, antibiotisch behandelt	A41.9
Zusatzkode: SIRS infektiöser Genese ohne Organkomplikationen	R65.0
Hypokaliämie (durch Kaliuminfusionen ausgeglichen)	E87.6
Prozeduren	OPS
Komplexe Diagnostik bei Erstdiagnose incl. HLA-Typisierung	1-941.1
Knochenmarkpunktion bei Erstdiagnose	1-424
Knochenmarkpunktion im Verlauf (Frühpunktion)	1-424
Legen eines zentralvenösen Katheters	8-831.0
Induktionschemotherapie (DA)	8-544.0
CT Thorax nativ zur Suche nach mögl. Pneumonie	3-202
Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D Auswertung	3-990
Posaconazol oral (Tabl.) als antimykotische Prophylaxe, 19 Tage, 6000 mg gesamt	6-007.16
Gabe von insgesamt 7 Apherese-Thrombozyten-Konzentraten	8-800.f5
Gabe von insgesamt 10 Erythrozyten-Konzentraten	8-800.c1

5.3 Myeloproliferative Neoplasien, MDS und Histozytosen

5.3.1 Klassifikation

Wie auch bei den Lymphomen und Leukämien liegen die Kode-Definitionen des ICD-10 jetzt wesentlich näher an der WHO Klassifikation.

Bezeichnung	Kodes
Chronische myeloische Leukämie, bcr-abl positiv (bei Blastenschub Zusatzcode C94.8!)	C92.1-
Polycythämia vera	D45
Essentielle Thrombozythämie	D47.3
Primäre (Idiopathische) oder sekundäre Myelofibrose, Osteomyelofibrose	D47.4
Chronische Eosinophilenleukämie, auch hypereosinophiles Syndrom	D47.5
Unklassifizierte myeloproliferative Erkrankung, auch chronische Neutrophilenleukämie	D47.1

Mastozytosen sind im übernächsten Abschnitt aufgelistet

Bezeichnung	Kodes
Refraktäre Anämie (RA, ohne Ringsideroblasten)	D46.0
RA mit Ringsideroblasten (ohne Blastenüberschuss)	D46.1
Refraktäre Anämie mit Mehrlinien-Dysplasie (RCMD)	D46.5
5q-minus-Syndrom	D46.6
RA mit Blastenüberschuss (> 5 %–20 % Blasten im Knochenmark), RAEB I und II	D46.2
sonstige myelodysplastische Syndrome	D46.7
Refraktäre Anämie, nicht näher bezeichnet	D46.4
Myelodysplasie, MDS nicht näher bezeichnet	D46.9
Chronische myelomonozytäre Leukämie	C93.1-
Juvenile myelomonozytäre Leukämie	C93.3-
Atypische chronische myeloische Leukämie, BCR/ ABL-negativ	C92.2-
Myelodysplastische/myeloproliferative Neoplasie, nicht klassifizierbar	C94.6-

Seit 2008 wird RAEB (D46.2) wie AML in die Basis-DRG R60 gruppiert. Die willkürliche Trennung zwischen RAEB und AML bei intensiver Therapie fällt damit weg.

Bezeichnung	Kodes
Kutane Mastozytose ¹ (angeboren, Urticaria pigmentosa)	Q82.2
Indolente systemische Mastozytose, auch assoziiert mit einer anderen hämatologischen Neoplasie ²	D47.0
Aggressive systemische Mastozytose, auch Mastzellsarkom	C96.2
Mastzellenleukämie	C94.3
Unifokale Langerhans-Zell-Histiozytose, Eosinophiles Granulom	C96.6
Multifokale unisystemische Langerhans-Zell-Histiozytose (Hand-Schüller-Christian-Krankheit)	C96.5
Multizentrische, multisystemische Langerhans-Zell-Histiozytose (Abt-Letterer-Siwe-Krankheit),	C96.0
Langerhans-Zell-Sarkom	C96.4
Histiozytisches Sarkom	C96.8

¹ für die kutane Mastozytose steht nur dieser Kode im Kapitel der hereditären Erkrankungen zur Verfügung

² bei einer mit einer anderen hämatologischen Neoplasie assoziierten Mastozytose ist zusätzlich die andere Neoplasie zu kodieren

5.3.2 Remissionsstatus

Bei Leukämien sowie einer Zahl anderer hämatologischer Erkrankungen wird die Angabe des Remissionsstatus in der 5. Stelle verlangt.

Bezeichnung	5.Stelle
ohne Angabe einer kompletten Remission; ohne Angabe einer Remission oder in partieller Remission	0
in kompletter Remission	1

Es wird vorgeschlagen, entsprechend den üblichen Richtlinien der internationalen Literatur konventionelle Kriterien der kompletten Remission anzuwenden.

Als Kriterium für das Vorliegen einer kompletten Remission bei der CML wird eine „major molekulare Remission“ empfohlen, da Kontrollen mit konventioneller Zytogenetik zunehmend weniger üblich sind. Ein geringer Nachweis von bcr/abl mit PCR ist danach noch mit einer CR vereinbar. Eine CR liegt jedoch nicht vor, wenn eine Zunahme von bcr/abl Transkripten (z. B. nach allogener KMT oder bei Verlust einer molekularen Remission) nachgewiesen wird.

5.3.3 Refraktäre Erkrankung

Eine auf Standard-Induktionstherapie refraktäre Leukämie kann mit einem zusätzlichen Kode verschlüsselt werden, obwohl dies bei CML und CMML wenig etabliert ist.

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

5.4 Neubildung solider Organe

Die Hinweise des Kapitel II, Abs. 3 des ICDs legen fest, dass die Klassifizierung der Neubildungen (primär) innerhalb großer Gruppen (Bösartige Neubildungen, In-Situ-Neubildungen, Gutartige Neubildungen, Neubildungen unsicheren oder unbekanntes Verhaltens) nach dem biologischen Verhalten erfolgt und innerhalb dieser Gruppen (sekundär) hauptsächlich nach der Lokalisation. Metastasen werden grundsätzlich als „sekundäre bösartige Neubildungen“ bezeichnet. Für Neubildungen unsicheren oder unbekanntes Verhaltens gibt es eigene Codes.

Gutartige Neubildungen werden entsprechend den Codes D10 bis D36 kodiert und werden aus Platzgründen hier nicht aufgeführt.

5.4.1 Tumoren aus dem HNO Bereich (Auswahl)

Die Klassifikation erfolgt entsprechend den Codes C00 bis C14, die sich sehr exakt an den anatomischen Gegebenheiten orientieren. Die Tumoren der oberen Luftwege werden entsprechend den Codes C30 bis 33 kodiert. Für eine exakte Klassifikation verweisen wir auf den ICD-10-GM Katalog in der aktuellen Version.

Mund und Pharynx	Kodes
Vorderer Teil des Mundbodens	C04.0
Seitlicher Teil des Mundbodens	C04.1
Mundboden, mehrere Teilbereiche überlappend	C04.8
Harter Gaumen	C05.0
Weicher Gaumen	C05.1
Gaumen, mehrere Teilbereiche überlappend	C05.8
Oropharynx, mehrere Teilbereiche überlappend	C10.8
Nasopharynx, mehrere Teilbereiche überlappend	C11.8
Hypopharynx, mehrere Teilbereiche überlappend	C13.8
Lippe, Mundhöhle, Pharynx; unsicher / unbekannt	D37.0

Speicheldrüsen	Kodes
Parotis	C07
Glandula submandibularis	C08.0
Glandula sublingualis	C08.1
Große Speicheldrüsen, mehrere Teilbereiche überlappend	C08.8

Nase, Larynx und Trachea	Kodes
Nasenhöhle	C30.0
Sinus maxillaris	C31.0
Glottis	C32.0
Larynx, mehrere Teilbereiche überlappend	C32.8
Larynx, unsicheres Verhalten	D38.0

Nase, Larynx und Trachea	Kodes
Trachea	C33
Trachea, unsicheres Verhalten	D38.1

5.4.2 Gastrointestinaltrakt

Ösophagus	Kodes
Zervikaler Ösophagus	C15.0
Thorakaler Ösophagus	C15.1
Abdominaler Ösophagus	C15.2
Ösophagus, oberes Drittel	C15.3
Ösophagus, mittleres Drittel	C15.4
Ösophagus, unteres Drittel	C15.5
Ösophagus, mehrere Teilbereiche überlappend	C15.8
Ösophagus unsicheres Verhalten (sonstige Verdauungsorgane)	D37.78

Magen	Kodes
Kardia	C16.0
Fundus	C16.1
Corpus	C16.2
Antrum pyloricum	C16.3
Pylorus	C16.4
Kleine Kurvatur, nicht näher bezeichnet	C16.5
Große Kurvatur, nicht näher bezeichnet	C16.6
Magen, mehrere Teilbereiche überlappend	C16.8
Magen, unsicheres Verhalten	D37.1

Dünndarm	Kodes
Duodenum	C17.0
Jejunum	C17.1
Ileum	C17.2
Meckel-Divertikel	C17.3

Dünndarm	Kodes
Dünndarm, mehrere Teilbereiche überlappend	C17.8
Metastase des Dünndarms	C78.4
Dünndarm, unsicheres Verhalten	D37.2

Dickdarm	Kodes
Zökum inklusive Ileozökalklappe	C18.0
Appendix vermiformis	C18.1
Appendix, unsicheres Verhalten	D37.3
Kolon ascendens	C18.2
Flexura coli dextra [hepatica]	C18.3
Kolon transversum	C18.4
Flexura coli sinistra [lienalis]	C18.5
Kolon descendens	C18.6
Kolon sigmoideum	C18.7
Kolon, mehrere Teilbereiche überlappend	C18.8
Kolon, unsicheres Verhalten	D37.4
Rektosigmoid, Übergang	C19
Rektum	C20
Metastase des Dickdarms und des Rektums	C78.5
Rektum, unsicheres Verhalten	D37.5
Anus, exkl. Anahaut	C21.0
Analkanal; Sphincter ani	C21.1
Anorektaler Übergang	C21.8
Peritoneale Metastase	C78.6
Anus bzw. Analkanal, unsicheres Verhalten (sonstige Verdauungsorgane)	D37.78
Anus unsicheres Verhalten, Haut bzw. Randgebiet	D48.5

5.4.3 Hepatobiliäres System und Pankreas

Die bösartigen Neubildungen des hepatobiliären Systems werden mit den Kategorien C22 bis C24, die des Pankreas mit der Kategorie C25 kodiert.

Leber und intrahepatische Gallengänge	Kodes
Leberzellkarzinom (HCC)	C22.0
Intrahepatisches Gallengangskarzinom (CCC)	C22.1
Hepatoblastom	C22.2
Angiosarkom der Leber	C22.3
Sonstige Sarkome der Leber	C22.4
Sonstige Karzinome der Leber	C22.7
Lebermetastasen	C78.7
Metastasen der intrahepatischen Gallengänge	C78.7
Leber, unsicheres Verhalten	D37.6

Gallenblase und Gallenwege	Kodes
Gallenblase	C23
Extrahepatischer Gallengang	C24.0
Ampulla Vateri	C24.1
Gallenwege, mehrere Teilbereiche überlappend	C24.8
Gallengänge, Gallenblase, unsicheres Verhalten	D37.6

Pankreas	Kodes
Pankreaskopf	C25.0
Pankreaskörper	C25.1
Pankreasschwanz	C25.2
Ductus pancreaticus	C25.3
Endokriner Drüsenanteil des Pankreas	C25.4
Sonstige Teile des Pankreas (Hals)	C25.7
Pankreas, mehrere Teilbereiche überlappend	C25.8
Pankreas, unsicheres Verhalten	D37.70

5.4.4 Lunge/Mediastinum/Pleura – Tumoren

Bronchien und Lunge	Kodes
Hauptbronchus	C34.0
Oberlappen (-Bronchus)	C34.1
Mittellappen (-Bronchus)	C34.2
Unterbereiche (-Bronchus)	C34.3
Bronchien und Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend	C34.8
Lungenmetastasen	C78.0
Bronchien und Lunge, unsicheres Verhalten	D38.1

Thymus, Herz, Pleura, Mediastinum	Kodes
Thymus	C37.0
Herz	C38.0
Pleura	C38.4
Mediastinale Metastase	C78.1
Pleurametastase	C78.2
Perikardmetastase	C79.83
Herzmetastase	C79.84
Mediastinum, unsicheres Verhalten	D38.3
Thymus, unsicheres Verhalten	D38.4
Vorderes Mediastinum	C38.1
Hinteres Mediastinum	C38.2
Mediastinum, Teil nicht näher bezeichnet	C38.3

5.4.5 Gynäkologische Tumoren

Die bösartigen Neubildungen der weiblichen Genitalorgane werden mit den Kategorien C50 bis C58 kodiert.

Brust, incl. Sarkom der Brust	Kodes
Brustwarze und Warzenhof	C50.0
Zentraler Drüsenkörper	C50.1

Brust, incl. Sarkom der Brust	Kodes
Oberer innerer Quadrant	C50.2
Unterer innerer Quadrant	C50.3
Oberer äußerer Quadrant	C50.4
Unter äußerer Quadrant	C50.5
Recessus axillaris	C50.6
Mamma, mehrere Teilbereiche überlappend	C50.8
Brustdrüsenmetastase exkl. Haut	C79.81

Vulva, Vagina	Kodes
Labium majus inkl. Bartholin-Drüse	C51.0
Labium minus	C51.1
Klitoris	C51.2
Vulva, mehrere Teilb. überlapp.	C51.8
Vagina	C52

Uterus	Kodes
Endozervix	C53.0
Ektozervix	C53.1
Cervix uteri, mehrere Teilbereiche überlappend	C53.8
Isthmus uteri (unteres Uterussegment)	C54.0
Endometrium	C54.1
Myometrium ▶	C54.2
Fundus uteri	C54.3
Corpus uteri, mehrere Teilbereiche überlappend	C54.8
Uterus, Teil nicht näher bezeichnet	C55
Uterus, unsicheres Verhalten	D39.0

- ▶ incl. Leiomyosarkom des Uterus gem. des Grundsatzes „eindeutiger Organbezug“, siehe hierzu auch Kapitel 5.4.10

Ovar, Tuben, Adnexe	Kodes
Bösartige Neubildung des Ovars	C56
Tuba uterina [Fallopio]	C57.0
Ovarialmetastasen	C79.6
And. Metastasen i. d. Genitalorganen	C79.82
Ovar, unsicheres Verhalten	D39.1
Sonstige weibliche Genitalorgane, unsicheres Verhalten	D39.7

5.4.6 Urogenitale Tumoren

Niere, Nierenbecken, Ureter	Kodes
Niere	C64
Nierenbecken bis Übergang zum Ureter	C65
Ureter	C66
Retroperitoneale Metastase	C78.6
Nierenmetastase	C79.0
Niere, unsicheres Verhalten	D41.0

Harnblase	Kodes
Laterale Harnblasenwand	C67.2
Vordere Harnblasenwand	C67.3
Hintere Harnblasenwand	C67.4
Harnblase, Teilbereiche überlappend	C67.8
Harnblasenmetastase	C79.1
Harnblase, unsicheres Verhalten	D41.4

Sonstige Harnorgane	Kodes
Urethra	C68.0
Paraurethrale Drüse	C68.1
Harnorgane, mehrere Teilbereiche überlappend	C68.8

Männliche Genitalorgane	Kodes
Praeputium penis	C60.0
Glans penis	C60.1
Penisschaft	C60.2
Penis, mehrere Teilbereiche überlappend	C60.8
Prostata	C61
Prostata, unsicheres Verhalten	D40.0
Dystoper Hoden (ektopisch; retiniert)	C62.0
Deszendierter Hoden	C62.1
Hoden, unsicheres Verhalten	D40.1
Nebenhoden [Epididymis]	C63.0
Samenstrang	C63.1
Skrotum und Skrotalhaut	C63.2
Bläschendrüse [Samenbläschen]	C63.7
Männliche Genitalorgane, mehrere Teilbereiche überlappend	C63.8
Keimzelltumor, primär mediastinal ▶	C38.3
Keimzelltumor, primär retroperitoneal ▶	C48.0

- ▶ Bei Keimzelltumoren mit primär extragonadaler Lage wird der Organbezug (z. B.: mediastinal, retroperitoneal) kodiert.

5.4.7 Endokrine Organe

Organ	Kodes
Endokriner Drüsenanteil des Pankreas	C25.4
Schilddrüse	C73
Schilddrüse, unsicheres Verhalten	D44.0
Nebenschilddrüse	C75.0
Nebenschilddrüse, unsicheres Verhalten.	D44.2
Nebennierenrinde	C74.0
Nebennierenmark	C74.1
Multiple endokrine Neoplasie (zusätzlich zu den eigentlichen Neoplasien kodieren)	D44.8

Organ	Kodes
Nebennierenmetastase	C79.7
Nebenniere, unsicheres Verhalten	D44.1

5.4.8 Tumore der Haut

Die Klassifikation erfolgt entsprechend den Kodes C43 bis C44, die zwischen bösartige Melanome und sonstige bösartige Neubildungen aufteilen werden.

Malignes Melanom	Kodes
Melanom Lippe	C43.0
Melanom Augenlid, incl. Kanthus	C43.1
Melanom Ohr, incl. äußerer Gehörgang	C43.2
Melanom Gesicht	C43.3
Melanom behaarte Kopfhaut und Hals	C43.4
Melanom Rumpf	C43.5
Melanom obere Extremit., incl. Schulter	C43.6
Melanom untere Extremität, incl. Hüfte	C43.7
Melanom Haut, mehrere Teilbereiche überlappend	C43.8

Sonstige Bösartige Neubildung der Haut (nicht Melanom)	Kodes
Lippe	C44.0
Augenlid, incl. Kanthus	C44.1
Ohr, incl. äußerer Gehörgang	C44.2
Gesicht	C44.3
behaarte Kopfhaut und Hals	C44.4
Rumpf	C44.5
obere Extremität, incl. Schulter	C44.6
untere Extremität, incl. Hüfte	C44.7
Haut, mehrere Teilbereiche überlappend	C44.8
Hautmetastase	C79.2

5.4.9 Augentumoren

Augentumoren und Tumoren der Augenanhangsgebilde werden mit der Kodegruppe C69.- kodiert. Die genauen Untergruppierungen sind dem ICD-10-GM zu entnehmen.

Ein Hämangiom der Orbita wird mit D18.06 kodiert.

5.4.10 Sarkome

Bei Sarkomen wird differenziert zwischen Sarkomen des Knochens und des (Gelenk-) Knorpels (C40, C41) und Sarkomen der Weichteile (C49). Ausnahmen sind zu beachten.

Neubildung Knochen und Gelenkknorpel – Extremitäten	Kodes
Lange Knochen der oberen Extremität, Skapula	C40.0
Kurze Knochen der oberen Extremität	C40.1
Lange Knochen der unteren Extremität	C40.2
Kurze Knochen der unteren Extremität	C40.3
Knochen der Extremität, mehrere Teilbereiche überlappend	C40.8

Neubildung Knochen und Gelenkknorpel – nicht Extremität	Kodes
Kraniofazial Hirn- und Gesichtsschädel	C41.01
Maxillofazial Hirn- und Gesichtsschädel	C41.02
Unterkieferknochen	C41.1
Wirbelsäule	C41.2
Rippen	C41.30
Sternum	C41.31
Klavikula	C41.32
Becken Kreuzbein Steißbein	C41.4
Knochen und Gelenkknorpel, mehrere Teilbereiche überlappend	C41.8

Neubildung Knochen und Gelenkknorpel – nicht Extremität	Kodes
Knochenmetastase	C79.5

Neubildungen des Bindegewebes ►►	Kodes
Kopf, Gesicht, Hals	C49.0
obere Extremität/Schulter	C49.1
untere Extremität/Hüfte	C49.2
Thorax/Axilla/Zwerchfell	C49.3
Abdomen/Bauchwand ►	C49.4
GIST (Gastrointestinaler Stromatumor)	C49.4
GIST des Magens ►►►	C16.8
GIST des Dünndarms ►►►	C17.8
Beckens/Gesäß	C49.5
Leiomyosarkom des Uterus	C54.2
sonstige Weichteile, Rumpf	C49.6

- : NICHT Peritoneum, Retroperitoneum (s. u.)
- : Neubildungen des Bindegewebes umfassen z. B. malignes fibröses Histiozytom (MFH), Liposarkom, Leiomyosarkom, Fibrosarkom, Rhabdomyosarkom, Synovialsarkom, Extraskellettales Ewingsarkom, Extraskellettales Osteosarkom, mesenchymales Chondrosarkom, Angiosarkom, Gemischtes Sarkom, unklassifiziertes Sarkom, Sarkom NOS.
- : bei eindeutigem Organbezug sollte primär der Organbezug kodiert werden

Ausnahmen bei Weichteilsarkomen: Für bestimmte Lokalisationen bei Weichteilsarkomen ist zu beachten, dass diese nicht mit einem Kode aus C49, sondern mit der exakteren anatomischen Lokalisation angegeben werden.

Diese Ausnahmen sind in der folgenden Tabelle aufgeführt:

Ausnahmen bei Bindegewebsneubildungen (i. W. Sarkom)	Kodes
Angiosarkom der Leber	C22.3

Ausnahmen bei Bindegewebsneubildungen (i. W. Sarkom)	Kodes
Sonstige Sarkome der Leber	C22.4
Sarkom Brustdrüse	C50.-
Mesotheliom Pleura	C45.0
Mesotheliom Peritoneum	C45.1
Mesotheliom Perikard	C45.2
Kaposi Sarkom (Details siehe unten)	C46.-
Retroperitoneum	C48.0
Mesenterium, Mesokolon, Peritoneum	C48.1
BNPNAS ► Kopf, Gesicht, Hals	C47.0
BNPNAS obere Extremität/Schulter	C47.1
BNPNAS untere Extremität/Hüfte	C47.2
BNPNAS des Thorax	C47.3
BNPNAS des Abdomens	C47.4
BNPNAS des Beckens/Gesäß	C47.5
BNPNAS des Rumpfes	C47.6
BNPNAS mehrere Teilbereiche	C47.8

- : BNPNAS: Bösartige Neubildung von peripheren Nerven und Sarkome des autonomen Nervensystems, z. B. malignes Paragangliom, malignes Schwannom (Neurofibrosarkom), maligner primitiver neuroektodermaler Tumor (MPNET).

5.4.11 Kaposi-Sarkome

Kaposi-Sarkome	Kodes
Kaposi-Sarkom der Haut	C46.0
Kaposi-Sarkom des Weichteilgewebes	C46.1
Kaposi-Sarkom des Gaumens	C46.2
Kaposi-Sarkom der Lymphknoten	C46.3
Kaposi-Sarkom sonst. Lokalisationen	C46.7
Kaposi-Sarkom mehrerer Organe	C46.8

5.4.12 Bösartige Neubildung des Gehirns

Bösartige Neubildung des Gehirns	Kodes
Zerebrum, excl. Hirnlappen u. Ventrikel	C71.0
Frontallappen	C71.1
Temporallappen	C71.2
Parietallappen	C71.3
Okzipitallappen	C71.4
Hirnentrikel	C71.5
Zerebellum	C71.6
Hirnstamm	C71.7
Gehirn, mehrere Teilbereiche überlappend	C71.8
Hypophyse	C75.1
Hirnmetastase	C79.3
Meningeosis carcinomatosa	C79.3
Hirnhäute, unsicheres Verhalten	D42.0
<i>Gehirn, supratentoriell, unsicheres Verhalten</i>	<i>D43.0</i>
Gehirn, infratentoriell, unsicheres Verhalten	D43.1
Rückenmark, unsicheres Verhalten	D43.4

5.4.13 CUP – Syndrom

CUP	Kodes
Cancer of Unknown Primary (offizieller Text des ICD-10: <i>Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet</i>)	C80.0
Bösartige Neubildung, nicht näher bezeichnet (offizieller Text des ICD-10: <i>Bösartige Neubildung, nicht näher bezeichnet; Karzinom o. n. A.; Krebs o. n. A.; Maligner Tumor o. n. A.</i>)	C80.9

5.5 Metastasen einschließlich Lymphknotenmetastasen

Metastasen der Lymphknoten	Kode
Lymphknoten des Kopfes, des Gesichts und des Halses	C77.0
Intrathorakale Lymphknoten	C77.1
Intraabdominale Lymphknoten	C77.2
Axilläre Lymphknoten und obere Extremität	C77.3
Inguinale Lymphknoten und untere Extremität	C77.4
Intrapelvine Lymphknoten	C77.5
Lymphknoten mehrerer Regionen	C77.8

Metastasen der Atmungs- und Verdauungsorgane	Kode
Lunge	C78.0
Mediastinum	C78.1
Pleura, maligner Pleuraerguss	C78.2
Dünndarm	C78.4
Dickdarm und Rektum	C78.5
Retroperitoneum und Peritoneum	C78.6
Leber und intrahepatische Gallengänge	C78.7

Metastasen an sonstigen Lokalisationen:	Kode
Niere und Nierenbecken	C79.0
Harnblase und Harnorgane	C79.1
Haut	C79.2
Gehirn und Hirnhäute	C79.3
ZNS	C79.4
Knochen und Knochenmark	C79.5
Ovar	C79.6
Nebenniere	C79.7
Brustdrüse	C79.81
Sonstige Genitalorgane (außer Ovar)	C79.82
Perikard	C79.83

Metastasen an sonstigen Lokalisationen:	Kode
Herz	C79.84
Bindegewebe des Halses [nicht Haut (C79.2), nicht Lymphknoten (C77.0)]	C79.85
Bindegewebe der Extremitäten [nicht Haut (C79.2), nicht Knochen (C79.5), nicht Lymphknoten (C77.3; C77.4)]	C79.86
Bindegewebe anderer Lokalisation [nicht Hals (C79.85), nicht Extremitäten (C79.86), nicht Orbita (C79.4)]	C79.88
Metastase nicht näher bezeichneter Lokalisation ▶	C79.9

- ▶ Dieser Kode ist völlig unspezifisch und daher wird empfohlen ihn nicht zu verwenden

Metastasenkodes sind bei Leukämien (C91–C96) und Lymphomen (C81–C88) nicht kodierbar mit folgenden Ausnahmen:

Der Befall des Gehirns und der Hirnhäute (C79.3) kann **bei Lymphomen und Leukämien**, also allen Diagnosen aus C81–C96, kodiert werden.

Der Befall von Knochen und Knochenmark (C79.5) kann **nur bei Lymphomen**, also allen Diagnosen aus C81–C88 kodiert werden. Der Kode kann nicht bei Multiplem Myelom oder Leukämien verwendet werden!

Die Codes C79.5 oder C79.3 können auch Hauptdiagnose sein (z. B. Strahlentherapie einer ossären Lymphommanifestation; lokale Therapie eines solitären zerebralen Lymphomherdes).

Für die Festlegung, ob die Leukämie/das Lymphom die Hauptdiagnose ist oder der C79.3/C79.5 gelten die gleichen Regeln wie für die soliden Tumoren (DKR 0215q).

Unregelt bleibt, wie ein primär zerebrales Lymphom kodiert werden soll. Wir empfehlen:

Primär zerebrales Lymphom, nur Bestrahlung der nur OP:
Hauptdiagnose C79.3. Nebendiagnose Lymphom-ICD.

Primär zerebrales Lymphom, Systemtherapie: Hauptdiagnose
Lymphom-ICD, Nebendiagnose C79.3

Für den Knochenbefall beim Multiplen Myelom steht eine
Reihe von Kodes zur Verfügung:

M89.5- Osteolysen

M90.7- Knochenfraktur bei Neubildung*

M49.5- Wirbelkörperkompression bei Neubildung*

M82.0- Osteoporose bei Plasmozytom*

5.6 Zytopenien

5.6.1 Anämien

Kriterien zur Kodierung einer Anämie:

Der Nachweis eines pathologischen Hämoglobinwertes allein rechtfertigt nicht die Kodierung einer Anämie. Auch die alleinigen Kontrollen des abnormen Hämoglobinwertes genügen nicht [DKR D003], analog Beispiel 7]. Die Kodierung sollte dann erfolgen, wenn eine weiterführende Diagnostik oder eine therapeutische Konsequenz ersichtlich sind. Einige Beispiele hierfür sind nachfolgend aufgeführt.

Beispiele für eine weiterführende Diagnostik:

- Bestimmung von anti-erythrozytären Antikörpern bzw. Coombs-Test
- Bestimmung von Hämolyseparametern oder Spezialuntersuchungen
- Suche nach einer Blutungsquelle
- Knochenmarkpunktion
- Engmaschige Kontrollen des Hb Wertes: Hb Abfall > 2 g/l bzw. $> 1,2$ mmol/l in 24h oder Hb Abfall auf Werte < 8 g/dl

bzw. $< 5,0$ mmol/l mit dokumentiertem Überwachungs- und Betreuungsaufwand

Beispiele für therapeutische Konsequenz:

- Gabe von Erythropoietin
- Transfusion
- Stillung einer Blutung

Anämien bei Malignomen

Für die Anämie aufgrund von zytostatischer Therapie wird D61.10 *Aplastische Anämie infolge zytostatischer Therapie* verwendet. Der Kode D63.0**Anämie bei Neubildungen* bezieht sich somit auf die Tumoranämie, die nicht in erster Linie durch eine Zytostatikatherapie oder andere Ursache bedingt ist. Als Sterndiagnose kann D63.0* nur als Nebendiagnose verwendet werden. Wir empfehlen die Verwendung von D63.0* bei klassischer Tumoranämie und bei Anämie durch Infiltration des Knochenmarks mit Tumorzellen (da D63.0* nicht Hauptdiagnose sein kann, ist hier der die Anämie verursachende Tumor Hauptdiagnose). Anämien bekannter Ursache wie z. B. akute Blutung oder chronische Blutung sind spezifisch zu verschlüsseln (siehe Kapitel Gerinnung und Blutungen). Die Kodierung von beiden Diagnosen (Blutung plus Anämie) ist gerechtfertigt, wenn sowohl die Blutung als auch die Anämie Aufwand verursacht haben (z. B. Blutstillung plus Transfusion).

Nicht durch maligne Erkrankungen induzierte Anämien

Die Anämie chronischer Erkrankungen sollte mit D63.8* kodiert werden. Als Sterndiagnose kann sie nur als Nebendiagnose mit der zugrundeliegenden Erkrankung kodiert werden. Die Kodierung von angeborenen Anämien, aplastischer Anämie etc. ist nicht in allen Details konsistent. Für die aplastische Anämie im engeren Sinne, insbesondere die mit immunsuppressiver Therapie behandelte, sollte in der Regel der Kode D61.3 verwendet werden, auch wenn ein medika-

mentöser Auslöser nicht sicher ausgeschlossen ist. Der Kode *D61.1- Arzneimittelinduzierte aplastische Anämie* wird nur für eindeutig medikamentenbedingte Anämien empfohlen. Die Untergruppierung von D61.1- erlaubt eine Unterscheidung zwischen einer Anämie infolge einer zytostatischen Therapie und anderen arzneimittelinduzierten Anämien. Wenn eine Thrombozytopenie oder eine Agranulozytose vorliegen, sollen diese ebenfalls kodiert werden, wenn sie die Kriterien der Nebendiagnosen erfüllen (siehe auch DIMDI FAQ #1012 und ICD-10 seit Version 2010). Die Zuordnung der anderen definierten Anämieformen ist überwiegend selbsterklärend mit einigen Zuordnungsproblemen nur bei seltenen Diagnosen. Weiterhin unbefriedigend und unlogisch ist das Auseinanderreißen der eng verwandten Diagnosen *M31.1 thrombotisch-thrombozytopenische Purpura* (TTP, M. Moschkowitz) und *D59.3 hämolytisch-urämisches Syndrom* (HUS) in zwei getrennte Kapitel. Für die „idiopathische“ Mikroangiopathie beim Erwachsenen wird in der Regel eher TTP, also M31.1 zu kodieren sein. TTP und HUS finden sich im Kodierleitfaden im Kapitel Anämie und im Kapitel Thrombopenie.

Kodierung von Anämien

Der Übersichtlichkeit halber ist die nachfolgende Tabelle nicht ganz vollständig. Es fehlen seltene Diagnosen und einige Untergliederungen sind nur teilweise angegeben. Dies wird durch die fehlende im Einzelfall zu ergänzende 5. Stelle erkennbar.

Alimentäre Anämien	Kode
Eisenmangelanämie nach chronischem Blutverlust	D50.0
Eisenmangelanämie mit Dysphagie (Plummer-Vinson-Syndrom, sideropenische Dysphagie)	D50.1
Sonstige Eisenmangelanämien	D50.8
Eisenmangelanämie, n. n. b. (exkl. Eisenmangel ohne Anämie – E61.1, s. u.)	D50.9

Alimentäre Anämien	Kode
Eisenmangel ohne Anämie (Hb normal, Ferritin niedrig, MCV kann niedrig sein) (Hinw.: Aufwand z. B. eine Substitution von Eisen)	E61.1
Vitamin-B12 Mangelanämie (exkl. Vitamin B12 Mangel ohne Anämie – E53.8)	D51.-
Vitamin-B12 Mangelanämie durch Mangel an Intrinsic Faktor (perniziöse Anämie)	D51.0
Vitamin B-12 Mangelanämie alimentär	D51.3
Sonstige Vitamin-B12 Mangelanämien (Resorptionsstörung u. a, nicht alimentär bedingt)	D51.8
Folsäure-Mangelanämie alimentär	D52.0
Folsäure-Mangelanämie, arzneimittelinduziert	D52.1
Sonstige megaloblastäre Anämien o. n. A.	D53.1
Vitamin B-12 Mangel oder Folsäure-Mangel ohne Anämie	E53.8
Weitere alimentäre Anämien	D53.-
Akute Blutungsanämie (s. auch Kapitel 5.7.1 zu Blutungen, die zusätzlich spezifisch zu kodieren sind)	D62

Hämolytische Anämien	Kode
Anämien durch Enzymdefekte	D55.-
G6PD-Mangelanämie, Favismus	D55.0
Anämie durch Störung glykolytischer Enzyme (PK-Mangel, u. a.)	D55.8
Alpha-Thalassämie (exkl. Hydrops fetalis)	D56.0
Beta-Thalassämie (major u. intermedia)	D56.1
Delta-Beta-Thalassämie	D56.2
Thalassämie-Erbanlage (Beta-Thalassämie minor)	D56.3
Heredit. Persistenz fetalen Hämoglobins (HPFH)	D56.4

Hämolytische Anämien	Kode
Thalassämien n. n. b. (auch gemischte Thalassämien, Thalassämia minor. Kombination mit HbS – D57.2)	D56.9
Sichelzellanämie mit Krisen	D57.0
Sichelzellanämie ohne Krisen	D57.1
Doppelt heterozygote Sichelzellenkrankheiten (z. B. Hb-SC, Hb-S/HPFH, Sichelzellen-beta-Thalassämie)	D57.2
Sichelzellen Erbanlage, Heterozygoten HbS (HbAS)	D57.3
Sonstige hereditäre hämolytische Anämien	D58.-
Hereditäre Sphärozytose	D58.0
Hereditäre Elliptozytose/Ovalozytose	D58.1
Kongenitale dyserythropoetische Anämie	D64.4

Erworbene hämolytische Anämien	Kode
Arzneimittelinduzierte autoimmunhämolytische Anämie (AIHA)	D59.0
Sonstige AIHA (Wärme- und Kälteautoantikörper, siehe aber Ausnahmen unten)	D59.1
Evans-Syndrom (Immunthrombopenie plus Immunhämolyse)	D69.3
Arzneimittelinduzierte nicht-autoimmunhämolytische Anämie	D59.2
Hämolytisch-urämisches Syndrom	D59.3
Thrombotisch-thrombozytopenische Purpura (M. Moschkowitz)	M31.1
Sonstige nicht-autoimmunhämolytische Anämien (mechanisch, toxisch, mikroangiopatisch, wenn nicht TTP/HUS)	D59.4
Paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie	D59.5

Erworbene hämolytische Anämien	Kode
Hämoglobinurie durch Hämolyse infolge sonstiger äußerer Ursachen: Marschhämoglobinurie, Belastungshämoglobinurie und auch Paroxysmale Kältehämoglobinurie.	D59.6

Aplastische und sonstige Anämien	Kode
Erworbene isolierte aplastische Anämie (PRCA)	D60.-
Angeborene aplastische Anämie (Fanconi, Blackfan-Diamond-A)	D61.0
Aplastische Anämie infolge zytostatischer Therapie	D61.10
Sonstige arzneimittelinduzierte aplastische Anämie (nicht durch Zytostatika induziert)	D61.18
Idiopathische aplastische Anämie	D61.3
Aplastische Anämie, n. n. b. (KM-Insuffizienz, hypoplastische Anämie o. n. A.)	D61.9
Anämie infolge einer bösartigen Neubildung (z. B. Tumoranämie, Anämie bei KM-Infiltration, nur als Nebendiagnose)	D63.0*
Anämie chronischer (andernorts klassifizierter) Erkrankungen (z. B. renale Anämie; nur Nebendiagnose, „ACD“)	D63.8*
Sideroachrestische Anämien (sehr selten. Nur wenn kein MDS vorliegt)	D64.0-.2
Sonstige Anämie, n. n. b.	D64.9

5.6.2 Thrombozytopenie

Im Unterschied zu Anämie und Leukozytopenie existiert keine spezifische Definition für Malignom- und/oder Zytostatika-induzierte Thrombozytopenien. Es bleiben hierfür *D69.57* und *D69.58* *sonstige sekundäre Thrombozytopenien*.

Kriterien zur Kodierung von Thrombopenien als Nebendiagnose

Der alleinige Nachweis einer pathologischen Thrombozytenzahl rechtfertigt nicht die Kodierung. Auch die alleinigen Kontrollen der abnormen Thrombozytenzahl genügen nicht [DKR D003], analog Beispiel 7]. Die Kodierung sollte dann erfolgen, wenn eine weiterführende Diagnostik oder eine therapeutische Konsequenz ersichtlich sind. Einige Beispiele hierfür sind unten aufgeführt.

Beispiele für eine weiterführende Diagnostik:

- Bestimmung von antithrombozytären Antikörpern oder andere Spezialdiagnostik
- Knochenmarkpunktion
- Engmaschige Kontrollen der Thrombozytenzahl bei weiterem Absinken und Ausgangswerten < 50 G/l mit dokumentiertem Überwachungs- und Betreuungsaufwand

Beispiele für therapeutische Konsequenz:

- Transfusion
- Blutung (die bei Thrombozytopenie mit höherem Aufwand zu stillen ist)

Thrombozytopenie (Auswahl)	Kode
Immunthrombozytopenie (ITP, M. Werlhof) auch Evans-Syndrom	D69.3
Thrombotisch-thrombozytopenische Purpura (M. Moschkowitz)	M31.1
Thrombozytopathie ± Thrombozytopenie (u. a. M. Glanzmann, M. Bernard-Soulier)	D69.1
Wiskott-Aldrich Syndrom	D82.0
Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ I	D69.52
Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ II	D69.53

Thrombozytopenie (Auswahl)	Kode
Sonstige sekundäre Thrombozytopenien (auch zytostatika- oder tumorinduziert), transfusionsrefraktär (s. u.)	D69.57
Sonstige sekundäre Thrombozytopenien (auch zytostatika- oder tumorinduziert), <i>nicht</i> transfusionsrefraktär	D69.58
Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, n. n. b.	D69.59
Hypersplenismus	D73.1
Thrombozytopenien, n. n. b. (nur bei unklarer Ursache verwenden)	D69.6-

Als transfusionsrefraktär sollte eine Thrombozytopenie dann bezeichnet werden, wenn hierfür eindeutige Hinweise vorliegen, d. h. in der Regel, wenn mindestens zweimal ein inadäquates Inkrement nach Transfusion von Thrombozyten nachgewiesen und/oder eine Indikation zur Verwendung von HLA-gemachten Thrombozyten gestellt wird.

5.6.3 Neutropenie und Agranulozytose

Agranulozytose und Neutropenie werden in der ICD-10 mit der Kodegruppe D70.- dokumentiert. Zytostatikainduzierte Neutropenien/Agranulozytosen sind spezifisch erwähnt. Sie werden zusammen mit anderen medikamentös induzierten Neutropenien/Agranulozytosen mit D70.1- kodiert und nach Schweregrad getrennt.

Ein Grenzwert, bei dessen Unterschreiten von einer Agranulozytose bzw. Neutropenie gesprochen werden kann, ist nur für die arzneimittelinduzierte Agranulozytose (D70.1-) definiert. Wir empfehlen, diesen Grenzwert von Neutrophilen unter 0,5 G/l (oder Leukozyten < 1,0 G/l) für alle Formen der Agranulozytose zu übernehmen. Bei Leukozyten > 1,0 G/l und Neutrophilen < 0,5 G/l wird die Agranulozytose kodiert. Leukozyten < 1,0/nl werden als kodierfähig akzeptiert, wenn

kein Differentialblutbild vorliegt und damit keine Angaben zu Neutrophilen

Falls Tage in Neutropenie unterbrochen werden durch Tage ohne Neutropenie, so werden die Neutropenietage addiert und mit dem passenden ICD-Kode verschlüsselt (z. B. 3 Tage $Lc < 1,0G/l$, dann 2 Tage $Lc > 1,0G/l$, dann wieder 4 Tage $Lc < 1,0G/l = 7$ Tage Neutropenie, D70.14). Agranulozytosen, die direkt durch eine bösartige Neubildung (z. B. Leukosen) verursacht werden, sind mit D70.3 zu kodieren. Liegt lediglich eine leichtere Neutropenie infolge der bösartigen Neubildung vor, so sollte die Nebendiagnose *D70.6 Sonstige Neutropenie* verwendet werden.

Kriterien zur Kodierung von D70.-

Der alleinige Nachweis einer „Agranulozytose“ d. h. Neutrophile $< 0,5 G/l$ rechtfertigt bereits die Kodierung, weil das Auftreten einer Agranulozytose im klinischen Alltag grundsätzlich mit einem erhöhten Aufwand im Sinne der Nebendiagnoseregulation einhergeht. Eine Umkehrisolation kann zusätzlich mit Z29.0 („Isolierung als prophylaktische Maßnahme“) kodiert werden und ist keine notwendige Bedingung für die Kodierung der Agranulozytose. Sofern prophylaktisch Medikamente (Antibiotika inkl. Virostatika, Antimykotika usw.) gegeben werden, empfehlen wir zusätzlich die Kodierung von Z29.2 („sonstige prophylaktische Gabe von Chemotherapie, Chemoprophylaxe; prophylaktische Antibiotikagabe“)

Die Kodierung der Neutropenie (Neutrophile $> 0,5 G/l$) sollte nur dann erfolgen, wenn eine weiterführende Diagnostik oder eine therapeutische Konsequenz ersichtlich sind.

Beispiele für eine weiterführende Diagnostik

- Knochenmarkpunktion

Beispiele für therapeutische Konsequenz

- Antibiotische Therapie

- Verlängerung des stationären Aufenthaltes
- Gabe von Wachstumsfaktoren (z. B. G-CSF)

Neutropenie, Leukozytopenie	Kode
Angeborene Neutropenien	D70.0
Zyklische Neutropenie	D70.5
Arzneimittelinduzierte Neutropenie oder Agranulozytose, auch zytostatika-induziert	D70.1-
– Neutrophile < 0,5 G/l für < 4 Tage	D70.10
– Neutrophile < 0,5 G/l für 4 bis < 7 Tage	D70.13
– Neutrophile < 0,5 G/l für 7 bis < 10 Tage	D70.14
– Neutrophile < 0,5 G/l für 10 bis < 20 Tage	D70.11
– Neutrophile < 0,5 G/l für ≥ 20 Tage	D70.12
– Neutropenie, Nadir der Neutrophilen > 0,5 G/l (Kodierung nur bei Mehraufwand)	D70.18
Agranulozytose (Neutrophile < 0,5 G/l) o. n. A. zu Ursache und Dauer. (z. B. wenn direkt durch Malignom induziert)	D70.3
Sonstige Neutropenie (Neutrophile > 0,5 G/l). (z. B. bei Hypersplenismus; z. B. wenn direkt durch Malignom induziert) Kodierung nur bei Mehraufwand!	D70.6
Neutropenie ohne weitere Angabe	D70.7
andere seltene Defekte der Leukozyten	D71, D72.-

5.7 Hämostaseologie

5.7.1 Blutungen und Blutungsneigung (hämorrhagische Diathese)

Blutungen sollten möglichst anhand der Lokalisation kodiert werden. Unten sind nur Beispiele aufgeführt, ansonsten wird auf die organspezifischen Kapitel verwiesen. Wegen ihrer klinischen Häufigkeit werden die gastrointestinalen Blutungen gesondert aufgeführt.

Bei nicht-angeborenen Blutgerinnungsstörungen muss zur Abrechnung eventueller Zusatzentgelte durch einen sekundären Kode zwischen dauerhaft erworbenen (U69.11!) und temporärer Blutgerinnungsstörung (U69.12!) unterschieden werden (siehe auch Anhang). Blutgerinnungsstörungen, die nur durch eine Lebertransplantation zu heilen sind, gelten als dauerhaft erworben.

Seit 2013 werden mit der 5. Stelle in der Diagnose D68.2- die selteneren angeborenen Gerinnungsfaktorenmängel spezifisch kodiert (s. ICD-Katalog)

Die Arthropathie bei Hämophilie kann als Kreuz-Stern-Diagnose D66–D68.- mit M36.2* verschlüsselt werden.

Blutung nach Lokalisation	Kodes
Blutung, andernorts nicht klassifiziert (nur bei fehlender Lokalisation verwenden, z. B. Hautblutungen, sonst spezifizieren.	R58
Epistaxis	R04.0
Blutung aus dem Rachen	R04.1
Hämoptye	R04.2
Blutungen aus sonstigen Lokalisationen in den Atemwegen	R04.8
Arterielle Arrosionsblutung	I77.2
Subarachnoidalblutung (Gefäßkodieren)	I60.-
Intracerebrale Blutung (Lokalisation kodieren)	I61.-
Subduralblutung (nicht traumatisch!)	I62.0-
Netzhautblutung	H35.6
Nichttraumatische spinale Blutung (Hämatomyelie)	G95.10
Postoperative spinale Blutung [5. Ziffer Lokalisation]	G97.8-
Nichttraumatisches Muskelhämatom (Lokalisation kodieren)	M62.8-
pathol. vaginale Blutungen (s. Kapitel im ICD)	N92.-/ N93.-

Koagulopathien	Kodes
Disseminierte intravasale Gerinnung (DIC) s. u.	D65.1
Hereditärer Faktor VIII Mangel (Hämophilie A)	D66
Hereditärer Faktor IX Mangel (Hämophilie B)	D67
von Willebrand-Jürgens-Syndrom (angeboren)	D68.00
von Willebrand-Jürgens-Syndrom (erworben)	D68.01
von Willebrand-Jürgens-Syndrom (n. n. b.)	D68.09
Angeborener Mangel von F XI	D68.1
Angeborener Mangel von sonstigen Gerinnungsfaktoren (F I, II, V, VII, X, XII, XII) spezifisch kodieren!	D68.2-
Hämorrhagische Diathese durch Antikörper gegen Faktor VIII (Hemmkörperhämophilie)	D68.31
Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen sonstige Gerinnungsfaktoren (IX, X, XI, von Willebrand)	D68.32
Hämorrhagische Diathese durch Vitamin K Antagonisten	D68.33
Hämorrhagische Diathese durch Heparine	D68.34
Hämorrhagische Diathese durch sonstige Antikoagulanzen (F-Xa-Inhibitoren, F-II-Inhibitoren)	D68.35
Hämorrhagische Diathese durch sonstige und n. n. bez. Antikoagulanzen	D68.38
Hämorrhagische Diathese durch Thrombozytenaggregationshemmer	D69.80
Sonstige näher bezeichnete hämorrhagische Diathese (Kapillarbrüchigkeit, vaskuläre Pseudohämophilie)	D69.88
Dauertherapie mit Antikoagulanzen ohne Blutung	Z92.1
Erworbener Faktorenmangel (Lebererkrankung, Vitamin K-Mangel, nicht Neugeborene)	D68.4

Koagulopathie, nicht näher bezeichnet, erworbene Blutungsneigung n. n. b.	D68.9
Dauerhaft erworbene Blutgerinnungsstörung	U69.11!
Temporäre Blutgerinnungsstörung	U69.12!

Zur Diagnose und Verlaufsbeurteilung einer DIC (D65.1) ist der DIC-Score der International Society on Thrombosis and Haemostasis (ISTH) geeignet (Toh et al. J Thromb Haemostas 2007, 5:604-6):

Parameter	Punkte			
	0	1	2	3
Thrombozyten (/nl)	> 100	50-100	< 50	
D-Dimere ($\mu\text{g/ml}$)	< 1,0		1,0-5,0	> 5,0
Fibrinogen (g/l)	> 1,0	$\leq 1,0$		
Prothrombinzeit (Q,%)	> 70	40-70	< 40	

Ein Score-Wert ≥ 5 gilt als Nachweis einer manifesten DIC.

Diagnosen bei gastrointestinalen Blutungen

Es gibt eine Reihe von Codes aus dem Bereich der Gastroenterologie, die Blutungen beschreiben (siehe anschließende Tabellen). Wenn es bei Erkrankungen im Gastrointestinaltrakt keinen spezifischen Code „mit Blutung“ gibt, so ist der Code und zusätzlich *K92.1 Meläna* oder *K92.2 Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet*. Bei Blutungen aus dem Ösophagus ist neben dem Code der Erkrankung zusätzlich der Code *K22.81 Ösophagusblutung o.n.A.* anzugeben.

Bezeichnung	Kodes
Hämatemesis	K92.0
Mallory-Weiss-Syndrom	K22.6
Ösophagus- und Magenvarizen bei andernorts klassifizierten Krankheiten, mit Blutung (s. u.)	I98.3*

Bezeichnung	Kodes
Ösophagusblutung o. n. A.	K22.81
Akute hämorrhagische erosive Gastritis	K29.0
Angiodysplasie des Magens und des Duodenums mit Blutung	K31.82
Angiodysplasie des Kolons mit Blutung	K55.22
Divertikulose des Dickdarms ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	K57.31
Divertikulitis des Dickdarms ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	K57.33
Hämorrhoiden, blutend	K64.-

Weitere Kombinationen von Divertikulose und Divertikulitis mit Perforation, Abszess, und Blutung siehe Kodegruppe K57.-

Bezeichnung	Kodes
Ulcus ventriculi	K25.-
Ulcus duodeni	K26.-
Ulcus pepticum, Lokalisation n. n. b.	K27.-
Ulcus pepticum jejuni (incl. Anastomosen-, gastrokologisch u. a.)	K28.-

Die 4. Stelle ist bei K25.- bis K28.- wie folgend zu bezeichnen

Bezeichnung	Kodes
Akut, mit Blutung	.0
Akut, mit Perforation	.1
Akut, mit Blutung und Perforation	.2
Akut, ohne Blutung oder Perforation	.3
Chronisch oder n. n. b., mit Blutung	.4
Chronisch oder n. n. b., mit Perforation	.5
Chronisch oder n. n. b., mit Blutung und Perforation	.6
Chronisch oder n. n. b., ohne Blutung oder Perforation	.7

Da in der Regel den Ösophagus- und Magenvarizen eine andere Krankheit zugrunde liegt, sollte der Kode I98.3* (und nicht I85.0) benutzt werden. Im ICD steht als Beispiel zwar nur die Leberkrankheiten und die Schistosomiasis, aber kein Exklusivum, so dass der Kode auch bei Varizen in Folge einer Thrombose im Portalkreislauf verwendet werden kann.

5.7.2 Thrombosen und Thrombophilie

Für die Lokalisation der Thrombosen existiert eine Vielzahl von Kodes, die nur z.T. erlösrelevant sind, aber aus klinischen Gründen beachtet werden sollten. Die zusätzliche Kodierung der Lungenarterienembolie bei Thrombose führt in eine andere DRG. Die Kodierung der Thrombophilien im ICD-10-GM ist durch die Etablierung des Kodes D68.5 für die primäre Thrombophilie und des Kodes D68.6 für die sekundäre Thrombophilie verbessert worden, aber insgesamt weiter unbefriedigend, da die meisten inzwischen definierten Thrombophilien nicht entsprechend ihrem Aufwand kodiert werden können.

Bezeichnung	Kodes
Thrombose Phlebitis und Thrombophlebitis	I80.-
– oberflächlicher Gefäße der unteren Extremitäten (nicht Varizen, s. u.)	I80.0
– V. femoralis	I80.1
– sonstige tiefe Gefäße untere Extremitäten (z. B. Beckenvenenthrombose)	I80.2-
– untere Extremität, n.n.b.	I80.3
– oberflächlicher Gefäße der oberen Extremitäten	I80.80
– tiefe Gefäße der oberen Extremitäten	I80.81
Embolie und Thrombose der Jugularisvene	I82.81
– ohne Angabe der Lokalisation	I80.9
Pfortaderthrombose	I81
Budd-Chiari Syndrom	I82.0
Mesenterialvenenthrombose und -infarkt	K55.0

Bezeichnung	Kodes
Thrombophlebitis migrans	I82.1
Embolie und Thrombose der V. cava	I82.2
Embolie und Thrombose der Nierenvene	I82.3
Embolie und Thrombose der Milzvene	I82.80
Lungenarterienembolie, akutes Cor pulmonale, massive o. fulminante Lungenembolie	I26.0
Lungenarterienembolie ohne Cor pulmonale	I26.9
Sinusvenenthrombose, Thrombose sonstiger intracranieller Venen	I67.6
Hirnfarkt durch arterielle Thrombose oder Embolie zerebraler oder präzerebraler Gefäße (4. Ziffer spezifizieren im ICD!)	I63.-
Postthrombotisches Syndrom	I87.0-
Primäre Thrombophilie (Mangel an Antithrombin, Protein C, Protein S, Prothrombingen-Mutation, Faktor-V-Leiden-Mutation bzw. APC-Resistenz)	D68.5
Sonstige Thrombophilien (Antiphospholipidsyndrom, Lupus-Antikoagulans, Cardiolipin-Antikörper, Beta-2 Glykoprotein-Antikörper)	D68.6

Die Kodes I82.88 und I80.88 konkurrieren um die „sonstigen“ Thrombosen bzw. Embolien, eine eindeutige Zuordnung ist nicht möglich, ebenso I82.9 und I80.9. Die Kodierung I82.9 für eine Thrombose onA sollte vermieden werden, da damit auch nicht gesondert aufgeführte Thrombophilien kodiert werden können. Dieser Hinweis auf eine Thrombophilie ergibt sich allerdings nur aus dem Thesaurus und nicht aus dem Text des ICD-10.

N. B.: Die Gruppe D68 stellt trotz ihrer Diversifizierung nach wie vor eine zukünftig klarer zu differenzierende Mischgruppe von Hypo- und Hyperkoagulabilität dar. Insbesondere in den

ICD-Kodes D68.8 und D68.9 können sowohl Erkrankungen mit Blutungsneigung als auch Thromboseneigung enthalten sein.

5.7.3 Medikamentöse Therapie bei angeborener Blutungsneigung

Bei stationärer Aufnahme wird als Hauptdiagnose der medizinische Aufnahmegrund verschlüsselt, die Blutgerinnungsstörung ist als Nebendiagnose zu kodieren.

Die Abrechnung der Faktorenpräparate erfolgt mittels krankenhausindividuellen Zusatzentgelten ZE2019-97, OPS 8-810.-; 8-812.-). Die Gabe von Prothrombinkomplex bei Blutern erfolgt ebenfalls über das ZE2019-97, eine gleichzeitige Abrechnung von ZE30 ist ausgeschlossen. Für die Applikation von Emicizumab bei Patienten mit Hämophilie A mit erworbenem Hemmkörper existiert zur Drucklegung noch kein spezifischer OPS Code, somit ist zunächst nur die Angabe des Codes *8-547.0 Andere Immuntherapie mit nicht-modifizierten Antikörpern* möglich. Emicizumab kann nicht mittels ZE2019-97 abgerechnet werden.

5.8 Infektionen

Die Infektionserkrankungen bzw. infektiösen Komplikationen werden in den Kapiteln A und B des ICD-10-GM-Katalogs zusammengefasst. Die Einteilung erfolgt in diesen Kapiteln nach dem Erreger. Da die DRG Bewertung wesentlich von der Genauigkeit der Kodierung abhängt, sollte immer versucht werden Erreger und Infektionsort genau zu verschlüsseln. Für einige wichtige und häufige Infektionen stehen Codes zur Verfügung, die Ort und Ursache der Infektion zugleich beschreiben (z. B. B37.0 Candidastomatitis oder J15.0 Pneumonie durch *Klebsiella pneumoniae*). Stehen keine spezifischen Codes zur Verfügung wird eine Infektion in der Regel durch einen Code für die Manifestation (Art und Lokalisation) (z. B. Pneumonie) der Infektion und einen zweiten Code für

den Erreger (B95.- bis B98.-) kodiert („Kreuz-Stern-Systematik“). Zusätzlich gibt es Codes für Erreger mit einer Antibiotikaresistenz U80–U85. Die beiden Codegruppen B95.- bis B98.- und U80–85 sind CCL-relevant und Codes daraus können kombiniert werden, wenn dadurch zusätzliche Informationen erfasst werden.

5.8.1 Infekt-Diagnostik

Die Basisdiagnostik bei Verdacht auf eine Infektion (z. B. Blutkulturen, Röntgen-Thorax, CT's, infektiologisches Monitoring u. a.) kann nur teilweise mit OPS-Kodes angegeben werden, die nicht erlösrelevant sind.

Maßnahme	Kode
Klinische Untersuchung, Blut- und Urinkulturen, Röntgen-Thorax, Sonographie des Abdomens ohne KM, ZVK-Entfernung mit und ohne Bakteriologie (Einschicken der ZVK-Spitze)	nicht kodierbar
ZVK-Wechsel	8-831.2
CT-Thorax nativ	3-202
CT-Thorax mit KM	3-222
Infektiologisch-mikrobiologisches Monitoring bei Immunsuppression ▶	1-930.0
Quantitative Virus-Nukleinsäurebestimmung	1-930.1

- ▶ Dies schließt das Monitoring auf Infektionen (z. B. durch *M. tuberculosis*, nichttuberkulöse Mykobakterien, Mykoplasmen, Legionellen, CMV, HSV, VZV, *Chlamydia pneumoniae*, *Pneumocystis jiroveci*, *Toxoplasma gondii*, *Aspergillus* und andere Fadenpilze, *Candida*) mit speziellen Methoden (Nukleinsäurenachweis, Antigennachweis, Spezialkulturen) bei Immunsuppression ein. Mindestens 2 Erreger müssen untersucht werden!

In 2019 gibt es einen neuen Code für die Molekularbiologisch-mikrobiologische Diagnostik wie die Multiplex-PCR, FISH oder Sequenzierung bei Patienten ohne Immunsuppression (1-931.0 ohne Resistenzbestimmung, 1-931.1 mit Resistenzbestimmung)

5.8.2 Fieber

Fieber ist wie folgt definiert: Körpertemperaturen über 38,3° C und Dauer länger als 1 Stunde oder Körpertemperatur zweimalig in 12 Stunden über 38,0° C. Zur Definition von Fieber unklarer Ursache müssen die folgenden Kriterien zutreffen: keine erkennbare Ursache (z. B. Transfusionen, keine Medikamentenreaktion), kein Keimnachweis und kein Fokus.

5.8.2.1 Unklares Fieber, keine Aplasie, keine Therapie einer Verdachtsdiagnose

Das Fieber wird kodiert (R50.8-) und ist die HD, wenn es die stationäre Aufnahme verursacht.

5.8.2.2 Unklares Fieber, keine Aplasie, Therapie einer Verdachtsdiagnose

Besteht eine Verdachtsdiagnose für die Genese des Fiebers und wird diese auch adäquat therapiert, wird die Verdachtsdiagnose kodiert, aber nicht das Fieber.

5.8.3 Fieber unklarer Ursache (FuO), kein Nachweis von Keim oder Fokus

Es wird bis zum Nachweis oder Ausschluss einer Infektion unterstellt, wenn die Verdachtsdiagnose Infektion therapiert wird. In diesen Fällen wird ein Code für die Verdachtsdiagnose, z. B. der Code

B99 Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten

verwendet. Alternativ können auch folgende Codes benutzt werden:

Bezeichnung		ICD-Kode
Bakterielle Infektion, nicht näher bezeichnet	bei antibiotischer Therapie	A49.9

Bezeichnung		ICD-Kode
Nicht näher bezeichnete Mykose	bei antimykotischer Therapie	B49
Virusinfektion, nicht näher bezeichnet	bei antiviraler Behandlung	B34.9

Diese Codes werden nicht mit den Ausrufezeichen-Codes B95–B96 („Bakterien als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln aufgeführt sind“) kombiniert, da der Nachweis des Keimes fehlt.

Beispiel: Aufnahme eines fiebernden Patienten mit Neutropenie, kein Infektfokus nachweisbar, kein Keimnachweis, Patient erfüllt nicht die Sepsis-Kriterien (s. u.).

Bezeichnung	ICD-Kode
Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	B99
ergänzt um einen Code aus der Gruppe Agranulozytose und Neutropenie	D70.-
falls erfolgt: Isolierung als prophylaktische Maßnahme	Z29.0

5.8.4 Fieber bei Neutropenie mit Erregernachweis, ohne Fokus

Die häufig vorkommende Konstellation der symptomatischen Bakteriämie ohne Nachweis eines Fokus wird mit einem Code aus A49.- *Bakterielle Infektion, nicht näher bezeichneter Lokalisation* oder vergleichbaren Codes erfasst [0103f]:

Bezeichnung	Kode
Staphylokokkeninfektion, nicht näher bezeichneter Lokalisation	A49.0
Streptokokkeninfektion, nicht näher bezeichneter Lokalisation	A49.1

Bezeichnung	Kode
Infektion durch Haemophilus influenzae, nicht näher bezeichneter Lokalisation	A49.2
Mykoplasmeninfektion, nicht näher bezeichneter Lokalisation	A49.3
Sonstige bakterielle Infektionen nicht näher bezeichneter Lokalisation	A49.8
Chlamydieninfektion, nicht näher bezeichneter Lokalisation	A74.9

Alternativ können sonstige Infektionscodes mit der Bezeichnung „-Infektion nicht näher bezeichnet(er Lokalisation)“ verwendet werden. Diese und der Kode A49.8 können mit den Ausrufezeichen-Kodes B95–B98 („Bakterien, Viren und sonstige Infektionserreger als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln aufgeführt sind“) kombiniert werden, wenn der Keim bekannt ist und kein erregerspezifischer Kode existiert. Im Falle von Erregern mit Resistenzen wird der Kode aus U80–85 zusätzlich angegeben.

Bezeichnung	ICD-Kode
„Sonstige bakterielle Infektionen nicht näher bezeichneter Lokalisation“ oder sonstige Codes mit „-Infektion nicht näher bezeichnet(er Lokalisation)“	A49.8
Kode für Erreger, falls nicht im Infektionscode enthalten	B95-98
Kode aus der Gruppe Agranulozytose und Neutropenie	D70.-
Ggf. Erreger mit Resistenzen, falls vorhanden	U80-85
falls erfolgt: Isolierung als prophylaktische Maßnahme	Z29.0

5.8.5 Fieber bei Neutropenie mit Fokus, ohne Erreger

Bei Nachweis und Therapie einer Infektion in der Aplasie, bei der aber kein Erregernachweis möglich ist, wird die Infektion kodiert.

Bsp: ein Patient in Neutropenie hat Fieber und es wird radiologisch eine Lobärpneumonie nachgewiesen. In der Sputumdiagnostik, der BAL und der Blutkultur gelingt kein Keimnachweis:

Bezeichnung	ICD-Kode
Lobärpneumonie	J18.1
Kode aus der Gruppe Agranulozytose und Neutropenie	D70.-

5.8.6 Sepsis

Eine Sepsis wird folgendermaßen kodiert:

- Sepsiskode und
- SIRS-Kode (Tabelle siehe unten) und
- Infektionskode, falls vorhanden und
- Erregerkode, falls nachgewiesen

Eine systemische Entzündungsantwort SIRS, ("Systemic inflammatory response syndrome") tritt bei schweren Erkrankungen auf. Liegt dieser eine Infektion zugrunde, wird von einer Sepsis gesprochen. Dabei genügt der Verdacht auf eine Infektion. Es ist weder ein Erregernachweis (mikrobiologisch dokumentierte Infektion) noch eine klinisch dokumentierte Infektion notwendig.

Tritt eine systemische Entzündungsantwort ohne Hinweis auf eine Infektion auf, besteht SIRS nichtinfektiöser Genese.

Bezeichnung	Kode
SIRS infektiöser Genese ohne Organkomplikationen (= Sepsis)	R65.0!

Bezeichnung	Kode
SIRS infektiöser Genese mit Organkomplikationen (= schwere Sepsis, s. unten)	R65.1!
SIRS nichtinfektiöser Genese ohne Organkomplikationen	R65.2!
SIRS nichtinfektiöser Genese mit Organkomplikationen	R65.3!
SIRS, n.n.b.	R65.9!

SIRS-Kriterien (Definition der Deutschen Sepsisgesellschaft bzw. ACCP/SCCM):

- Fieber ($\geq 38,0^{\circ}\text{C}$) oder Hypothermie ($\leq 36,0^{\circ}\text{C}$). Letztere muss durch eine rektale, intravasale oder intravesikale Messung bestätigt werden.
- Herzfrequenz $\geq 90/\text{min}$
- Atemfrequenz $\geq 20/\text{min}$ oder Hyperventilation mit $\text{pCO}_2 \leq 33 \text{ mmHg}$ (4,3 kPa)
- Leukozyten ≥ 12.000 oder $\leq 4.000/\mu\text{l}$ oder $\geq 10\%$ unreife Neutrophile

Der ICD-Kode SIRS kann dann verschlüsselt werden, wenn:

bei SIRS infektiöser Genese ohne Organkomplikationen (R65.0!) mindestens 2 Blutkulturpärchen abgenommen wurden und

- bei positiver Blutkultur mindestens 2 SIRS-Kriterien erfüllt sind

oder

- bei negativer Blutkultur alle 4 SIRS-Kriterien erfüllt sind.

Bei allen anderen SIRS-Kodes (R65.1! bis R65.3!) müssen mindestens 2 der 4 SIRS-Kriterien erfüllt sein.

Eine Sepsis wird kodiert, wenn zusätzlich zu den Kriterien für SIRS der Nachweis oder Verdacht auf eine Infektion besteht. Ohne SIRS kann keine Sepsis kodiert werden. Ist eine Sepsis

diagnostiziert worden, müssen folgende Codes verschlüsselt werden

Kode für Sepsis	z. B. A02.-; A32.7; A39.-, A40-A41.-B00.7; B37.7 B44.7
Kode für SIRS	R65.-
Kode für Erreger und Infektion	Siehe oben
Ggf. Kode für Resistenz des Erregers	U80-85!
Ggf. Codes für Organkomplikationen	Siehe unten
Ggf. Kode für Aplasie/Neutropenie	D70.-
Ggf. Codes für Intensivtherapie	

Definition der Organkomplikationen durch die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DVI) und die Deutsche Sepsis-Gesellschaft (DSG):

Eine schwere Sepsis mit Organkomplikationen liegt vor, wenn zusätzlich zu den SIRS-Kriterien einer der folgenden Organ- ausfälle lebensbedrohlich ist oder die Kombination aus mehreren Funktionsausfällen lebensbedrohlich ist:

- Akute Enzephalopathie: eingeschränkte Vigilanz, Desorientiertheit, Unruhe, Delirium
- Hypotension, Schock: wenigstens 1 Stunde ein systolischer arterieller Blutdruck ≤ 90 mmHg bzw. ein mittlerer arterieller Blutdruck ≤ 70 mmHg oder notwendiger Vasopressoreinsatz, um den systolischen arteriellen Blutdruck ≥ 90 mmHg oder den arteriellen Mitteldruck ≥ 70 mmHg zu halten. Die Hypotonie besteht trotz adäquater Volumengabe und ist nicht durch andere Ursachen zu erklären.
- Relative oder absolute Thrombozytopenie: Abfall der Thrombozyten um mehr als 30 % innerhalb von 24 Stunden oder Thrombozytenzahl $100\,000/\text{mm}^3$ oder weniger. Eine Thrombozytopenie durch akute Blutung oder immunologische Erkrankung muss ausgeschlossen sein.

- **Arterielle Hypoxämie:** PaO₂ 10kPa oder weniger (75 mmHg oder weniger) unter Raumluft oder ein PaO₂/FiO₂-Verhältnis von 33 kPa oder weniger (250 mmHg oder weniger) unter Sauerstoffapplikation. Eine manifeste Herz- oder Lungenerkrankung muss als Ursache der Hypoxämie ausgeschlossen sein.
- **Renale Dysfunktion:** Eine Diurese von 0,5 ml/kg/h oder weniger für wenigstens 2 Stunden trotz ausreichender Volumensubstitution und/oder ein Anstieg des Serumkreatinins auf mehr als 2 × oberhalb des lokal üblichen Referenzbereiches.
- **Metabolische Azidose:** Base Excess ≤ -5 mmol/l oder weniger oder eine Laktatkonzentration über 1,5 × oberhalb des lokal üblichen Referenzbereiches.

Beispiele für septische Organkomplikationen

Bezeichnung	Kode
Akutes Nierenversagen	N17.9-
Disseminierte intravasale Gerinnung (DIC) Verbrauchskoagulopathie	D65.1*
Azidose	E87.2
Enzephalopathie, nicht näher bez.	G93.4
Atemnotsyndrom des Erwachsenen (ARDS)	J80.0-

* Zum Zwecke der Abrechnung der Zusatzentgelte ZE2019-97 bzw. ZE2019-137-139, muss zusätzlich die Schlüsselnummer, einer "dauerhaft erworbenen" (U69.11!) oder "temporären" (U69.12!) Blutgerinnungsstörung verschlüsselt werden.

Der septische Schock als schwerste Form der Sepsis wird wie eine Sepsis kodiert, **zusätzlich** wird

R57.2 Septischer Schock

kodiert. Ein septischer Schock liegt vor, wenn eine volumenrefraktäre Hypotonie besteht oder Katecholamine zur Aufrechterhaltung des Kreislaufs notwendig sind.

Beispiel:

Bronchopneumonie ohne septisches Kreislaufversagen, erfüllt aber SIRS-Kriterien:

J18.0 Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet

A41.8+ Sonstige näher bezeichnete Sepsis

R65.0! SIRS infektiöser Genese ohne Organkomplikationen

Beispiel:

Bronchopneumonie mit septischer Kreislaufreaktion, mit Schock (katecholaminpflichtig), ausgelöst durch unbekanntem Erreger:

J18.0 Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet

A41.9+ Sepsis, nicht näher bezeichnet

R65.1! SIRS infektiöser Genese mit Organkomplikationen

R57.2 Septischer Schock

(zusätzlich ggf. OPS Codes für Intensivtherapie).

Zur Kodierung der Grundkrankheit Sepsis existieren Erreger assoziierte Codes aus den Kapiteln A und B des ICD-Katalogs (Sepsis Codes unter A41.- und weitere Hinweise dort).

Die neue Definition der Sepsis (Sepsis 3.0) ist im DRG System zum jetzigen Zeitpunkt weiterhin nicht abzubilden.

5.8.7 Aspergillose

Eine nachgewiesene invasive Aspergillose liegt dann vor, wenn histologisch eine Gewebsinvasion durch Pilzhyphen festgestellt werden kann oder wenn kulturell Aspergillen in üblicherweise sterilem Material nachgewiesen werden können, das durch eine invasive diagnostische Maßnahme (z. B. CT-gesteuerte Punktion) gewonnen wurde. Dann können folgende Codes verwendet werden:

Bezeichnung	Kode
Invasive Aspergillose der Lunge	B44.0+
Pneumonie bei Mykosen	J17.2*

Eine wahrscheinliche invasive Aspergillose ist folgendermaßen definiert:

Nachweis von neu aufgetretenen Rundherden oder Kavernen in einem Röntgen-Thorax bzw. bei typischem HR-CT (Halozeichen) bei einem Patienten mit klinischen Risikofaktoren (z. B. Neutropenie). Zusätzlich muss ein mikrobiologisches Kriterium vorhanden sein (zytologischer, mikroskopischer oder kultureller Nachweis eines Schimmelpilzes), oder erhöhtes Galaktomannan oder β -D-Glucan.

Bei einer wahrscheinlichen invasiven Aspergillose sollte folgende Kreuz-Stern-Kombination verwendet werden:

Bezeichnung	Kode
Sonstige Aspergillose der Lunge	B44.1+
Pneumonie bei Mykosen	J17.2*

Disseminierte Aspergillose mit klinischem Befall mehrerer Organe und Antigen-Nachweis bzw. positiver Histologie oder Anzucht von Aspergillen aus der Blutkultur:

Bezeichnung	Kode
Disseminierte Aspergillose	B44.7

Jede Aspergillus- Infektion in einem Organ außer der Lunge:

Bezeichnung	Kode
Aspergillose der Tonsillen	B44.2
Sonstige Formen der Aspergillose	B44.8

5.8.8 Candida-Infektionen

Klinisch relevante Candidosen manifestieren sich als mukokutane oder systemische Candidosen.

Manifestation der Candida-Infektion	Kode
Stomatitis	B37.0
Ösophagitis	B37.81
Lunge	B37.1+ mit J17.2*
Meningitis	B37.5+ mit G02.1*
Endokarditis	B37.6+ mit I39.8*
Candidämie, Candida-Sepsis	B37.7
Klinischer Verdacht und serologischer Nachweis einer Candida-Infektion, aber ohne Zeichen einer Sepsis oder Organ-Befall und Einleitung einer Therapie	B37.88
Candida mit Resistenz gegen Fluconazol oder Voriconazol (jeweils zusätzliche Nebendiagnose!)	U83!

5.8.9 Weitere Pilzinfektionen

Neben Aspergillus und Candida spielen noch weitere Mykosen eine klinische Rolle:

Pilzinfektion	Kode
Mukormykose der Lunge	B46.0
Rhinozerebrale Mukormykose	B46.1
Mukormykose des Magen-Darmtraktes	B46.2
Mukormykose der Haut	B46.3
Disseminierte Mukormykose	B46.4
Kryptokokkose der Lunge	B45.0
Kryptokokkose der Hirnhäute und des Gehirns	B45.1

Pilzinfektion	Kode
Meningitis durch Kryptokokkosen	B45.1+ mit G02.1*
Kryptokokkose der Haut	B45.2
Kryptokokkose der Knochen	B45.3
Disseminierte Kryptokokkose	B45.7
Pneumocystis jirovecii	B48.5+ mit J17.2

5.8.10 Virus-Infektion

Für die exakte Erfassung von CMV-Infektionen stehen einige organspezifische Codes zur Verfügung

Manifestation der CMV-Infektion	Kode
CMV-Pneumonie	B25.0+ mit J17.1*
CMV-Bronchitis (akute Bronchitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger)	J20.8
CMV-Hepatitis	B25.1+ mit K77.0*
CMV-Pankreatitis	B25.2+ mit K87.1*
CMV-Ösophagitis	B25.80+ mit K23.8*
CMV-Gastritis, -duodenitis, -ileitis, -kolitis	B25.80+ mit K93.8*
Sonstige (auch die therapiebedürftige symptomlose Reaktivierung nach allogener Transplantation)	B25.88

Für Organinfektionen ohne Code für die spezifische CMV-Infektion empfehlen wir den Code *B25.88 sonstige Zytomegalie* mit einem Code aus dem betreffenden Organsystem

zu kombinieren. Fast in jedem Kapitel gibt es einen Sternkode für die Beteiligung bei andernorts klassifizierten infektiösen oder parasitären Krankheiten. Beispiele:

Manifestation der CMV-Infektion	Kode
CMV-Retinitis	B25.88 mit H32.0*
CMV-Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis	B25.88 mit G05.1*
CMV-Nephritis	B25.88 mit N16.0*

Beispiel: Pat. kommt wegen eines akuten Nierenversagens nach allogener Transplantation zur Aufnahme. In Zusammenschau der Befunde handelt es sich um eine akute interstitielle Nephritis auf dem Boden einer CMV-Reaktivierung, die antiviral behandelt wird.

	Kode
HD Sonstige Zytomegalie	B25.88
Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten	N16.0*
ND Grunderkrankung, die zur Transplantation geführt hat	
ND Z. n. hämatopoetischer Stammzelltransplantation mit/ohne Immunsuppression	Z94.8-

Infektionen mit Herpes simplex werden mit Codes aus der Gruppe B00.- verschlüsselt, Varizelleninfektionen mit B01.- und Infektionen mit Herpes zoster mit B02.-. Die Kapitel sind ähnlich aufgebaut wie B25.-, auch hier stehen sowohl spezifische Codes als auch Sternkodes für die Organmanifestationen zur spezifischen Verschlüsselung zur Verfügung.

5.8.11 Resistente Keime und MRSA

Bei Infektionen mit resistenten Keimen können Zusatzcodes aus der Gruppen U80! bis U85! (Erreger mit bestimmten Resistenzen, die besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen erfordern) angegeben werden. Diese dürfen nur ergänzend zur Infektion kodiert werden.

Die Einteilung der Erreger ist 2017 neu nach der Gramfärbung eingeteilt in den Codes

U80.-! Grampositive Erreger mit bestimmten Antibiotikaresistenzen, die besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen erfordern und

U81.-! Gramnegative Erreger mit bestimmten Antibiotikaresistenzen, die besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen erfordern

abgebildet.

Die Einstufung der Erreger folgt dabei den Kriterien der KRINKO.

Wird das Vorhandensein eines resistenten Keimes verschlüsselt, sollte die Isolierung als prophylaktische Maßnahme (Z29.0) ebenfalls kodiert werden.

Der Code Z11 (spezielle Verfahren zur Untersuchung auf infektiöse und parasitäre Erkrankungen) kann bei MRSA-Abstrich u. ä. angegeben werden.

MRSA/MRE

Hier ist zwischen Keimträgern und Infektion zu unterscheiden.

MRSA-Keimträger

Bezeichnung	Kode
Gesunder Keimträger anderer näher bezeichneter bakterieller Krankheiten	Z22.3

Bezeichnung	Kode
Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Oxacillin oder Methicillin und ggf. gegen Glykopeptid-Antibiotika, Chinolone, Streptogramine und Oxazolidinone Oder	U80.00!
Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika, Chinolone, Streptogramine und Oxazolidinone und ohne Resistenz gegen Oxacillin oder Methicillin	U80.01!
Isolierung als prophylaktische Maßnahme	Z29.0

Es wird nicht der Code B95.6! für Staphylokokkus aureus angegeben.

MRSA-Infektion

Bezeichnung	Kode
Staphylokokkeninfektion, n.n.b.	A49.0
oder lokalisierte Staphylokokken-Infektion mit Kode aus entsprechenden Kapiteln A	Z29.0
zusätzlich: ein Kode aus U80.0-!	
Evt. zusätzlich: Isolierung als prophylaktische Maßnahme	

Es wird nicht der Code B95.6! für Staphylokokkus aureus angegeben.

Analog erfolgt die Kodierung von Trägerschaft/Infektion mit anderen Resistenzkeimen.

Komplexbehandlung bei MRE

Die OPS-Kodegruppe 8-987.- Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern, (MRE)

muss zur Kodierung Mindestmerkmale erfüllen, dazu gehören:

- Speziell eingewiesenes Personal plus Hygienefachkraft plus Krankenhaushygieniker
- Durchführung spezieller Keimnachweise
- Strikte Isolierung, bis an drei Tagen Abstriche/Proben negativ waren.

Weitere Details sind dem OPS-Katalog zu entnehmen.

Ferner muss ein dokumentierter durchschnittlicher Mehraufwand von mindestens 2 Stunden täglich während der Behandlungstage mit strikter Isolierung vorliegen.

Dieser Aufwand wird von den Kostenträgern geprüft und sollte sorgfältig dokumentiert werden. Hierbei haben sich standardisierte und mit dem MDK abgestimmte Dokumentationsbögen bewährt. Der Code unterscheidet an der 5. Stelle zwischen einer Behandlung auf einer speziellen Isoliereinheit (8-987.0-) oder einer Behandlung nicht auf einer speziellen Isolierstation (8-987.1-). An 6. Stelle wird die Dauer der Komplexbehandlung kodiert.

Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit

Eine spezielle Isoliereinheit (eigenständige Infekt-Isolierstation) ist räumlich und organisatorisch von den restlichen Pflegeeinheiten des Krankenhauses getrennt. Jedes Zimmer ist über eine eigene Schleuse zu betreten.

Behandlungstage	Kode
Bis zu 6	8-987.00
Mindestens 7 bis höchstens 13	8-987.01
Mindestens 14 bis höchstens 20	8-987.02
Mindestens 21	8-987.03

Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit

Behandlungstage	Kode
Bis zu 6	8-987.10
Mindestens 7 bis höchstens 13	8-987.11
Mindestens 14 bis höchstens 20	8-987.12
Mindestens 21	8-987.13

Seit 2016 ist es möglich auch solche Patienten zu kodieren, die wegen eines nicht multiresistenten Erregers isoliert werden müssen. Hierunter sind zum Beispiel die Clostridium difficile Infektion oder auch eine Infektion mit Norovirus/Rotavirus, aber auch respiratorische Infektionen wie Influenza, RSV oder Parainfluenza zu verstehen. Diese Patienten können mit dem Kode 8-98g „Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern“ verschlüsselt werden. Die Mindestmerkmale für diesen Kode sind im OPS Katalog dargelegt und ähnlich wie die bei der 8.987. Auch hier ist die Behandlung entweder auf einer speziellen Isoliereinheit oder nicht auf einer solchen möglich.

Komplexbehandlung nicht multiresistenter Erreger, Isoliereinheit

Behandlungstage	Kode
Bis zu 4	8-98g.00
Mindestens 5 bis höchstens 9	8-98g.01
Mindestens 10 bis höchstens 14	8-98g.02
Mindestens 15 bis höchsten 19	8-98g.03
Mindestens 20	8-98g.04

Komplexbehandlung nicht multiresistenter Erreger, keine Isoliereinheit

Behandlungstage	Kode
Bis zu 4	8-98g.10
Mindestens 5 bis höchstens 9	8-98g.11
Mindestens 10 bis höchstens 14	8-98g.12
Mindestens 15 bis höchsten 19	8-98g.13
Mindestens 20	8-98g.14

5.8.12 Im Krankenhaus erworbene Pneumonie

Seit 2008 werden mit dem zusätzlichen Kode U69.00! Pneumonien ergänzend kodiert, welche von über 18jährigen Patienten im Krankenhaus erworben wurden.

Definitionsgemäß handelt es sich dabei um Pneumonien, welche frühestens 48 Stunden nach Aufnahme oder binnen 28 Tagen nach Entlassung auftreten. Ab 2019 wird er an 5. Stelle unterteilt in Abhängigkeit verschiedener Faktoren (Bestehen bei Aufnahme, Abstand zur vorherigen Hospitalisierung) Der Kode bedeutet nicht, dass ein kausaler Zusammenhang zur stationären Behandlung oder gar ein Verschulden des Krankenhauses vorliegt. Dies wird im ICD10 ausdrücklich erwähnt. Der Kode dient der externen Qualitätssicherung zur Abgrenzung von ambulant erworbenen Pneumonien.

Die Kodierung erfolgt wie bisher für die Pneumonie (also Pneumoniekode, ggf. ergänzt um Erregerkode), ergänzt um einen der Zusatzkodes

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

Dieser wird mit dem Pneumoniekode verknüpft.

5.8.13 Antibiotikaphylaxe

Für die Kodierung der antimikrobiellen Prophylaxe, wie sie viele Patienten in Granulozytopenie erhalten, gibt es keinen OPS-Kode. Man kann den Aufwand jedoch über den Diagnosekode

Z29.21 Systemische prophylaktische Chemotherapie

Prophylaktische Antibiotikaverabreichung

abbilden. Für die prophylaktische Gabe von Immunglobulinen bei Antikörpermangel gibt es den Kode

Z29.1 Immunprophylaxe

Verabreichung von Immunglobulin.

Hier muss zusätzlich ein Prozedurenkode aus Kapitel 6 für die Gabe des Immunglobulins erfasst werden, sofern die untere Schwellendosis überschritten wird.

Die Kodes helfen, den Aufwand bei Aplasieüberwachung und Antikörpermangel sichtbar zu machen und damit deren Kodierung zu belegen.

5.9 Tumorlyse-Syndrom

Unter Tumorlyse versteht man einen raschen Zelluntergang vieler Tumorzellen mit metabolischen Veränderungen als Folge. Die Tumorlyse wird spontan, vor allem aber nach

zytostatischer Therapie beobachtet. Üblicherweise wird ein nur laborchemisch erfassbarer erhöhter Tumorzerfall (sog. „Labortumorlyse“) unterschieden von einer zusätzlichen klinisch manifesten Tumorlyse.

Die Labortumorlyse ist definiert als eine Veränderung von mindestens zwei der folgenden Laborparameter in einem Zeitraum drei Tage vor bis sieben Tage nach Beginn einer Chemotherapie (Werte für Erwachsene):

- Harnsäure: $> 475 \mu\text{mol/l}$ (8 mg/dl) oder Anstieg um 25 % vom Ausgangswert
- Kalium: $> 6,0 \text{ mmol/l}$ oder Anstieg um 25 % vom Ausgangswert
- Anorganisches Phosphat: $> 1,45 \text{ mmol/l}$ oder Anstieg um 25 % vom Ausgangswert
- Kalzium: $< 1,75 \text{ mmol/l}$ oder Abfall um 25 % vom Ausgangswert

Die Labortumorlyse wird nur dann mit E88.3 kodiert, wenn sie eine klinische Bedeutung hat im Sinne einer therapeutischen Konsequenz oder einer weiterführenden Diagnostik, z. B. Gabe von Rasburicase, Gabe von Austauschharz, Durchführung einer Hämodialyse, Verlängerung der Vorphasetherapie über die ursprünglich geplante Dauer hinaus.

Die Standardmaßnahmen zur Prophylaxe einer Tumorlyse (Vorphasetherapie, Hydratation, forcierte Diurese, Alkalisierung, Gabe von Urikostatika wie Allopurinol) reichen für die Kodierung von E88.3 nicht aus.

Tumorlyse	
Tumorlyse – Syndrom	E88.3

Das klinisch manifeste Tumorlysesyndrom ist definiert als Laborveränderungen wie oben erwähnt in Kombination mit einer signifikanten klinischen Toxizität. Die Definition des klinisch manifesten Tumorlysesyndroms beinhaltet implizit

die klinische Intervention. Es sollte grundsätzlich mit E88.3 kodiert werden. Ein organspezifischer Code sollte zur Spezifikation der klinischen Symptomatik verwendet werden

Klinisch manifestes Tumorlysesyndrom	
Tumorlyse – Syndrom	E88.3
Anstieg des Kreatinins auf > 1,5-fach des oberen Normwertes	Zusätzlicher Code
Herzrhythmusstörungen	
Neurologie: Krämpfe	

Hyperurikämie, Hyperkaliämie, Hyperphosphatämie und Hypokalzämie können bei der Labortumorlyse als auch beim klinisch manifesten Tumorlysesyndrom zusätzlich mit den entsprechenden Codes kodiert werden. Die Kriterien einer Nebendiagnose müssen einzeln geprüft werden.

Die Gabe von Rasburicase kann kodiert werden mit

Prozeduren beim Tumorlysesyndrom	
Rasburicase, parenteral	6-004.c

5.10 Paraneoplasien, Komplikationen, Paravasat, Mangelernährung, Niereninsuffizienz

5.10.1 Paraneoplasien

Die Paraneoplasie wird in diesem Zusammenhang definiert als Krankheit oder Symptom als Fernwirkung eines malignen Geschehens.

Paraneoplastisches Syndrom	Kode
Haut/Bindegewebe/Muskel- und Skelettsystem	
Pachydermoperiostose/Marie-Bamberger-Syndrom (5. Stelle entsprechende Lokalisation)	M89.4-
Erythematöse Erkrankung	L54.8*
Erworbene Ichthyosis	L85.0

Paraneoplastisches Syndrom	Kode
Epidermisverdickung (Akrokeratose Bazex)	L85.8
Urtikaria	L50.8
Sweet-Syndrom, akute febrile neutrophile Dermatose	L98.2
Acanthosis nigricans (maligna)	L83
Acrodermatitis enteropathica, Zinkstoffwechselstörung	E83.2
Dermatomyositis-Polymyositis	M36.0*
Polymyalgia rheumatica	M35.3
Karzinoidmyopathie, Kachexiemyopathie	G72.88
Paraneoplastische Neuromyopathie und Neuropathie	G13.0*
Arthropathie bei Neubildungen	M36.1*
Nervensystem	
Polyneuropathie bei Neubildungen (Cave: AZM-bedingte PNP: G62.0)	G63.1*
Lambert-Eaton-Syndrom	G73.1*
Myasthenie-Syndrome bei Neubildungen	G73.2
Retinopathie bei Neubildungen	H36.8*
Limbische Encephalitis	G13.1*
Zerebelläre Degeneration	G32.8*
Optikusatrophie	H48.0*
Guillain-Barré-Syndrom	G61.0
Serumpolyneuropathie, Sensorische Neuropathie bei Plasmazelldyskrasie	G61.1
Stiff-Person-Syndrome (Muskelstarre-Syndrom)	G25.88
Restless-Legs-Syndrom	G25.81
Myoklonus, Opsoklonus-Myoklonus-Ataxie	G25.3
Enzephalomyelitis, Enzephalitis, Myelitis	G05.8*
Leukenzephalopathie	G93.4
Chorea	G25.5

Paraneoplastisches Syndrom	Kode
Myotone Syndrome, Myotonie, Neuromyotonie (Isaacs-Mertens-S.)	G71.1
Chronisches Müdigkeitssyndrom, chron. Fatigue Syndrom (> 6 Monate)	G93.3
Myelopathie (humane T-Zell-lymphotrope Virus-assoziierte Myelopathie)	G04.1
Niere	
Glomerulonephritis bei Neubildungen	N08.1*
Blut	
Autoimmunhämolytische Anämie (AIHA)	D59.1
Nicht-autoimmunhämolytische Anämie	D59.4
Sekundäre Polyglobulie	D75.1
Leukozytose, Lymphozytose, Monozytose, Plasmozytose, Lymphopenie, leukämoide Reaktion	D72.8
Eosinophilie	D72.1
Thrombotische Mikroangiopathie/TTP (Moschcowitz)	M31.1
Gerinnung – siehe Kapitel 5.7 Hämostaseologie	
Stoffwechsel	
Hypoglykämie, Hyperinsulinismus	E16.1
Hyperkalziämie, Hypokalziämie	E83.58
Flush, Gesichtsrötung	R23.2
Karzinoidsyndrom	E34.0
Intestinale Malabsorption, Protein-losing-Enteropathie	K90.8
Addison-Krankheit, primäre Nebennierenrindeninsuffizienz	E27.1
Addisonkrise, akute Nebennierenrindeninsuffizienz	E27.2
Cushing-Syndrom, ektopisches ACTH-Syndrom	E24.3
Diabetes insipidus	E23.2
SIADH	E22.2

Paraneoplastisches Syndrom	Kode
Gynäkomastie	N62
Galaktorrhoe	N64.3

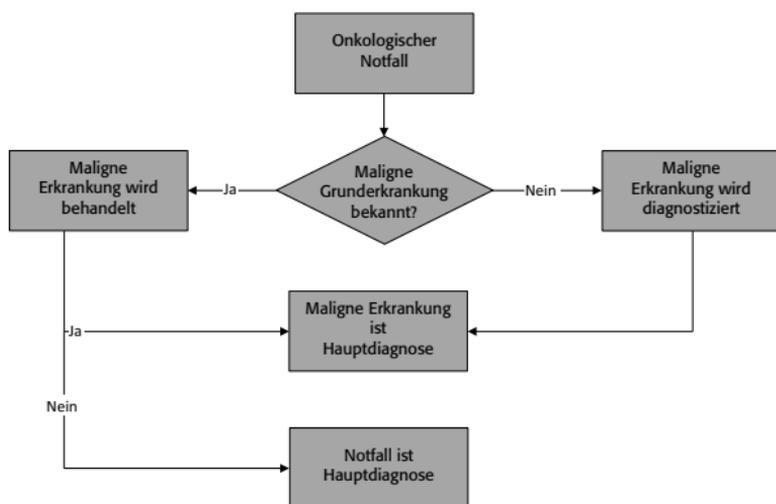
5.10.2 Onkologische Komplikationen

Komplikation	Kode
Osteonekrose des Kiefers (ggf. 5. Stelle anpassen)	K10.28
Osteolyse (5. Stelle entsprechend der Lokalisation)	M89.5-
Knochenfraktur bei Neubildungen (5. Stelle entsprechend der Lokalisation)	M90.7-*
Wirbelkörperkompression bei Neubildungen (5. Stelle entsprechend der Lokalisation)	M49.5-*
Paraparese, Paraplegie, Tetraparese, Tetraplegie (zwei Ziffern zur näheren Beschreibung, s. ICD-10)	G82.–
Cauda equina-Syndrom, komplett	G83.40
Cauda equina-Syndrom, inkomplett	G83.41
Radikulopathie (5. Stelle entsprechend der Lokalisation)	M54.1-
Zervikalneuralgie	M54.2
Ischialgie	M54.3
Lumbo-Ischialgie	M54.4
Kreuzschmerz/Lumbago	M54.5
Schmerzen im Bereich der BWS	M54.6
Toxische Enzephalopathie (z. B. durch Ifosfamid)	G92
Arzneimittelinduzierte Polyneuropathie	G62.0
Critical illness Neuropathie/ Critical illness Myopathie	G62.80/ G72.80
Strahleninduzierte Polyneuropathie	G62.8-
Leukostase ist je nach Symptom am ehesten als entsprechende Durchblutungsstörung zu kodieren (z. B. H35.0 – Netzhaut, I67.88 – zerebral) und zusätzlich Leukozytose (D72.8)	

Komplikation	Kode
Leukostase mit akuter respiratorischer Insuffizienz (5. Stelle: hypoxisch: 0, hyperkapnisch: 1, n. n. b.: 9)	D72.8 und J96.0-
Leukostase mit Somnolenz (4. Stelle: .0), Sopor (.1) oder Koma (.2)	D72.8 und R40.-
Hyperviskosität	R70.1
Lungenödem	J81
TRALI mit Lungenödem/ ARDS (4. Stelle je nach Schweregrad)	T80.8 und J70.8/ J80.0-
Perikarderguß (nichtentzündlich)	I31.3
Akute Strahlenpneumonitis	J70.0
Chronische Strahlenpneumonitis, Lungenfibrose nach Radiatio	J70.1
Vena cava (superior-, inferior-) Syndrom, Venenkompression	I87.1
Hyperkalziämie, Hypokalziämie	E83.58
Hyperkaliämie	E87.5
Hyperphosphatämie, Tumorrachitis	E83.38
Hyperurikämie	E79.0
Akutes Nierenversagen (siehe auch Kapitel 5.10.5)	N17.9-
Obstruktive Uropathie ohne Infektion	N13.-
Obstruktive Uropathie mit Infektion, Pyonephrose, ggf. mit B95 bis B97	N13.6
Mukositis (oral)	K12.3
Mukositis des Gastrointestinaltraktes, generalisiert	K91.80
Gastroenteritis, Kolitis nach Strahleneinwirkung	K52.0
Ösophagitis nach Strahlenwirkung	K20
Proktitis nach Strahleneinwirkung	K62.7
Subileus, Ileus	K56.7
Mechanischer Ileus	K56.6
Medikamentös induzierte Obstipation	K59.02

Komplikation	Kode
Ösophagotracheale Fistel	J86.0
Generalisierte Dermatitis durch Arzneimittel	L27.0
Hand-Fuß-Syndrom, lokalisierte Dermatitis durch Arzneimittel	L27.1
Hämosiderose, Eisenüberladung	E83.1
Blutungen – siehe Kapitel 5.7.1	

Entscheidungsdiagramm für Patienten, die wegen eines onkologischen Notfalls aufgenommen worden sind:



5.10.3 Paravasat

Die versehentliche paravasale Injektion und Infusion antineoplastischer Substanzen kann zu erheblichen Folgeschäden führen. Einen genau auf ein solches Ereignis zugeschnittenen Kode gibt es nicht. Wir schlagen vor:

Bezeichnung	Kode
Sonstige Komplikationen nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken	T80.8
zusätzlich: Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen bei indikationsgerechter Anwendung und korrekter Dosierung	Y57.9!
zusätzlich: bei sanierungsbedürftiger Nekrose/Gangrän	R02

5.10.4 Mangelernährung und Kachexie

Seit dem ICD 2012 gibt es nähere Erläuterungen bei einigen ICD-Kodes, so dass eine Abgrenzung in Abhängigkeit der Ausprägung einer Mangelernährung bzw. des Gewichtsverlustes bzw. Gewichtes möglich ist. Folgende Diagnosen stehen für die Verschlüsselung zur Verfügung:

Bezeichnung	Kode
Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweißmangelernährung (erheblicher Gewichtsverlust bzw. Gewicht mit mindestens 3 Standardabweichungen (SD) unter dem Mittelwert (MW) einer Bezugspopulation) oder NRS-Score > 4 und BMI < 18,5 kg/m ² und/oder Gewichtsverlust von > 15 % in den letzten drei Monaten bzw. 5 % im letzten Monat*	E43
Mäßige Energie- und Eiweißmangelernährung (Gewicht mit 2 oder mehr, aber weniger als 3 SD unter dem MW einer Bezugspopulation) oder NRS-Score > 3 und BMI 18,5 bis 20 kg/m ² und/oder Gewichtsverlust von > 5 % in zwei Monaten*	E44.0

Bezeichnung	Kode
Leichte Energie- und Eiweißmangelernährung (Gewicht mit 1 oder mehr, aber weniger als 2 SD unter dem MW einer Bezugspopulation) oder NRS-Score = 3 und Gewichtsverlust von > 5 % in drei Monaten*	E44.1
Kachexie**	R64
Appetitverlust, Anorexia	R63.0
Abnorme Gewichtsabnahme	R63.4

* Die DGEM empfiehlt Mangelernährung auch in Abhängigkeit des Screenings mittels NRS 2002 (nach Kondrup et al., 2003) zu verwenden.

** Die Tumorkachexie ist nach dem internationalen Consensus (Fearon et al. Lancet Oncology 2011, Vol 12, No 5, 489–495) ein multifaktorielles Syndrom mit einer systemischen Inflammation und definiert durch

- 5 % Gewichtsverlust über die letzten 6 Monaten **oder**
- BMI < 20 kg/m² und ein Gewichtsverlust von mehr als 2 % **oder**
- Nachweis einer Sarkopenie und ein Gewichtsverlust von mehr als 2 %.

Wir empfehlen die Tumorkachexie mit R64 zu verschlüsseln, wenn die o.g. Kriterien erfüllt sind und die Kriterien zur Kodierung einer Nebendiagnose vorliegen.

5.10.5 Akutes Nierenversagen und chronische Nierenkrankheit

Seit 2015 werden für das akute Nierenversagen (ANV) die Kriterien der 2012 publizierten KDIGO-Leitlinien berücksichtigt (Lit.: Kidney International Supplements (2012) 2, 8-12.:

- Anstieg des Serumkreatinins von einem gemessenen Ausgangswert oder anzunehmenden Grundwert des Patienten um 50 % innerhalb der vorangehenden 7 Tagen oder
- Anstieg des Serumkreatinins über einem gemessenen Ausgangswert um mindestens 0,3 mg/dl bzw. 26,5 µmol/l innerhalb von 48 Stunden oder

- Abfall der Urinausscheidung auf weniger als 0,5ml/kg/h über mind. 6 Stunden.

Die fünfte Stelle des Kodes ist entsprechend des jeweiligen Stadiums mit 1, 2 oder 3 bzw. mit 9, wenn unbekannt, zu ergänzen:

Neu ab 2017: Für die Anwendung der Kriterien bei Stadium 1 ist ein adäquater, dem klinischen Zustand angepasster Hydratationszustand zum Zeitpunkt der Messungen Voraussetzung, bei Stadium 2 und 3 gilt diese Voraussetzung nicht.

ANV Stadium 1: Anstieg des Serum-Kreatinins um mindestens 50 % bis unter 100 % gegenüber dem Ausgangswert innerhalb von 7 Tagen oder um mindestens 0,3 mg/dl bzw. 26,5 µmol/l innerhalb von 48 Stunden oder Abfall der Diurese auf unter 0,5 ml/kg/h über 6 bis unter 12 Stunden.

ANV Stadium 2: Anstieg des Serum-Kreatinins um mindestens 100 % bis unter 200 % gegenüber dem Ausgangswert innerhalb von 7 Tagen oder Abfall der Diurese auf unter 0,5 ml/kg/h über mindestens 12 Stunden.

ANV Stadium 3: Anstieg des Serum-Kreatinins um mindestens 200 % gegenüber dem Ausgangswert innerhalb von 7 Tagen oder Anstieg des Serum-Kreatinins auf mindestens 4,0 mg/dl bzw. 354 µmol/l oder Einleitung einer Nierenersatztherapie oder Abfall der glomerulären Filtrationsrate auf unter 35 ml/min/1,73 m² Körperoberfläche bei Patienten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres oder Abfall der Diurese auf unter 0,3 ml/kg/h über mindestens 24 Stunden oder Vorliegen einer Anurie über mindestens 12 Stunden.

Eine chronische Nierenkrankheit besteht nach den Empfehlungen der Fachgesellschaften, wenn ein Nierenschaden vorliegt und/oder die GFR für vermutlich mehr als drei Monate weniger als 60 ml/min/1,73 m² Körperoberfläche beträgt und wird stadienentsprechend kodiert. Die Kodierung N18.9 Chronische Nierenkrankheit, nicht näher bezeichnet, sollte vermieden werden.

Bezeichnung	Kode
Akutes Nierenversagen (ohne Histologie), fünfte Stelle = Stadium (s. o.) oder 9, wenn Stadium unbekannt.	N17.9-
Nierenversagen nach medizinischen Maßnahmen	N99.0
Hämolytisch-urämisches Syndrom	D59.3
Chron. Nierenkrankheit, Stadium 1 bzw. 2 (GFR 90 l/min/1,73 m ² oder höher bzw. 60 bis unter 90 ml/min/1,73 m ² und Nierenschädigung)	N18.1 bzw. N18.2
Chron. Nierenkrankheit, Stadium 3 (GFR 30 bis unter 60 ml/min/1,73 m ²)	N18.3
Chron. Nierenkrankheit, Stadium 4 (GFR 15 bis unter 30 ml/min/1,73 m ²)	N18.4
Chron. Nierenkrankheit, Stadium 5 (GFR unter 15 l/min/1,73 m ² oder dialysepflichtige chron. bzw. terminale Niereninsuffizienz)	N18.5

6. Kodierung von Prozeduren

6.1 Zytostatische Chemotherapie

Anmerkung: Eine Systemtherapie hat auch eine Auswirkung auf die Festlegung der Hauptdiagnose. Siehe Deutsche Kodierrichtlinien 0201n (i. d. R. ist der Primärtumor Hauptdiagnose, wenn eine Systemtherapie durchgeführt wird). Näheres siehe Kapitel „Spezielle Kodierregeln“ in diesem Buch.

Mit den OPS-Kodes der Gruppe 8-54 werden zytostatische Chemotherapien sowie die Therapie mit Immunmodulatoren und monoklonalen Antikörpern kodiert.

Die seit 2005 eingeführten Zusatzentgelte für einzelne Medikamente werden, falls verabreicht, zusätzlich mit einem Kode aus dem Kapitel 6 „Medikamente“ dokumentiert. Dies gilt auch für Antikörper oder supportive Medikamente wie Wachstumsfaktoren.

Die Kodierung der Chemotherapie erfolgt je nach protokollgemäßer Dauer und Komplexität in verschiedenen Codes: lokoregionäre Therapie (8-541.-), nicht komplexe (8-542.-), mittelgradig komplexe (8-543.-) und hochgradig komplexe Chemotherapie. Seit 2010 werden bei den nicht komplexen (8-542.-) und mittelgradig komplexen (8-543.-) Chemotherapien zusätzlich zur Komplexität die Anzahl der verschiedenen Zytostatika und die Anzahl der Tage kodiert.

Maßgeblich sind die im Chemotherapieprotokoll gemachten Tagesvorgaben und nicht individuell notwendige Verzögerungen. Verkürzungen werden berücksichtigt, wenn sie zu einer niedrigeren Klassifizierung führen.

Jeder stationäre Aufenthalt und jeder Block werden einzeln kodiert.

Berechnung der Therapietage:

- Es zählen nur die Tage, an denen Zytostatika iv oder sc appliziert werden.
- Protokollgemäße Pausen bis einen Kalendertag werden mitgezählt
- Einzelne Pausentage wegen Therapieverzögerung, welche nicht zum Protokoll gehören, werden **nicht** mitgezählt!
- Protokollgemäße Pausen ab zwei (Kalender)-Tagen führen dazu, dass ein neuer Code angegeben werden muss (Beispiel: BEACOPP Tag 1–3 und Tag 8 werden gesondert kodiert)
- Bei Gaben über Nacht zählt nur der Tag, an dem die Gabe begonnen wurde (Beispiel: bei AraC über 24 Stunden zählt nur der Tag, an dem die Infusion gestartet wurde)
- Besonderheit: Bei Gabe von Hochdosis-Methotrexat zählen die Tage mit Spiegelmessung zur Chemotherapie.

Zählung der Zytostatika

Kodiert werden alle Zytostatika, die intravenös oder subkutan verabreicht werden.

Nicht gezählt werden:

- Orale Zytostatika
- Lokal applizierte Zytostatika (z. B. intrathekal, hierfür ein separater Code aus 8.541.-)
- Steroide
- Antikörper (hierfür 8-547.-)
- Supportivmedikamente (Beispiele: Mesna nach Cyclophosphamid/Ifosfamid; Folinsäure nach Methotrexat).

Es zählen alle i.v. und s.c. applizierten zytostatischen Medikamente, unabhängig davon, ob sie über alle zu berechnenden Tage verabreicht wurden oder über weniger Tage. Gezählt werden die verwendeten verschiedenen Zytostatika und **nicht** die einzelnen Applikationen.

Die Systematik ist selbsterklärend:

An die vierstelligen Codes für die Komplexität werden an 5. Stelle die Anzahl der Tage und an 6. Stelle die Anzahl der Medikamente angefügt. Dabei wurden die Ziffern so gewählt, dass sie mit der Anzahl übereinstimmen:

.1X 1 Tag

.2X 2 Tage

.3X 3 Tage usw.

.X1 1 Zytostatikum

.X2 2 Zytostatika

.X3 3 Zytostatika usw.

Beispiel: Kodierung einer mittelgradig komplexen Chemotherapie mit 4 Medikamenten über 3 Tage:



Komplexität der
Chemotherapie

Die lokalen Therapiemaßnahmen unter 8-541.- werden nur einmal pro Aufenthalt kodiert.

Die Codes für Chemotherapien differenzieren nach Aufwand. Dieser ist primär als organisatorischer und medizinischer Aufwand der Applikation definiert und nicht als Kosten der Medikamente (diese werden evtl. als gesondertes Zusatzentgelt dokumentiert und erlöst, s. o.).

Instillation von zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren

Therapieart	Kode
Intrathekal	8-541.0
Intrazerebral	8-541.1
In die Pleurahöhle	8-541.2↔
Intraperitoneal	8-541.3
Harnblase	8-541.4
Nierenbecken	8-541.5↔
Arteriell	8-541.6
Sonstige Organe	8-541.x↔

Ein Kode aus diesem Bereich wird nur einmal pro stationären Aufenthalt angegeben. „↔“ steht für die Seitenlokalisation (links, rechts, beidseits).

6.1.1 Nicht komplexe Chemotherapie (ein- oder mehrtägig)

Nicht komplexe Chemotherapie (ein- oder mehrtägig)	8-542.-
--	---------

An 5. Stelle werden die Anzahl der Tage, an 6. Stelle die Anzahl der Zytostatika kodiert (s. o.).

Hinweise zur Verwendung dieses Kodes lt. OPS: Dieser Kode ist zu verwenden bei subkutaner oder intravenöser Chemotherapie mit ein bis zwei Medikamenten als Eintagestherapie. Jeder Therapieblock (ein- oder mehrtägig hintereinander) ist einmal zu kodieren.

Inthrathekale Zytostatikainjektionen werden mit 8-541.0 kodiert (s. o.), Antikörper mit 8-547.-. Orale Zytostatika und Steroide sind laut Exklusivum ausgeschlossen.

Beispiele für nicht komplexe Chemotherapien (aus der Auflistung OPS Version 2019). Neuere Regime sind evtl. nicht aufgeführt.

Chemotherapie	Indikation
BEACOPP (Tag 1–3 oder Tag 8), CHOP, MCP, VACOP-B, COP-BLAM, Fludarabin, Fludarabin/Cyclophosphamid, Cladribin, FCM, Bendamustin, 2-CDA, Alkeran i.v., Cyclophosphamid/Pentostatin, TAD, Bortezomib, VAD, VID,	Lymphome, Multiples Myelom
Cloretazine, AT-Erhaltungstherapie	AML
Azacitidin	MDS
„Bonner Protokoll“: Block B, Block C (> 60 Jahre)	ZNS-Lymphom
CE, Epi-CE, Epi-CO, CEV, ACO,	Bronchialkarzinom (SCLC)
Taxol/Carboplatin, Topotecan, Gemcitabin-mono, Docetaxel, Vinorelbine, Doxorubicin/Docetaxel, Gemcitabin/Pemetrexed, Gemcitabin/ Irinotecan, ACO	NSCLC
5-FU/Carboplatin, Mitomycin/5-FU	HNO-Tumoren
5-FU-Mono, 5-FU/Folinsäure, Irinotecan-Mono, Gemcitabin-mono, Vinorelbin, ELF, FLP, Octreotid, Tomudex/Oxaliplatin, Gemcitabin/5-FU/Folinsäure (GFF), Oxaliplatin/Capecitabin	Gastrointestinale Tumore
Gemcitabin/Oxaliplatin, OFF	Pankreaskarzinom

Chemotherapie	Indikation
CMF, FAC, AC, EP, MCP, Docetaxel, Vinorelbin, Gemcitabin-mono, Doxorubicin/Docetaxel, Taxol mono, Bendamustin, Docetaxel/Capecitabin, Docetaxel/Gemcitabin, Navelbine/ Mitomycin, Ifosfamid/Carboplatin, FEC, EC, ET Paclitaxel/Gemcitabine, Paclitaxel	Mamma- karzinom
Carboplatin mono, Cyclophosphamid/ Carboplatin, Treosulfan-mono i. v., pegyliertes liposomales Doxorubicin, Gemcitabin-mono, Epirubicin, Vepesid Tag 1–3, Topotecan	Ovarialkarzinom
Cyclophosphamid-mono, Doxorubicin mono, Cyclophosphamid/ Doxorubicin, Mitoxantron/Prednisolon, Taxane/ Mitoxantron/ Prednisolon, Docetaxel/ Estramustin/Prednisolon/Dexamethason	Prostatakarzinom
Gemcitabin mono, Taxol mono, POMB-ACE	Hodentumor
Taxol/Gemcitabin, Gemcitabin mono, Taxol mono, M-VAC (für Tage 15 und 22)	Urothelkarzinom
Nitrosoharnstoffe (ACNU, BCNU)/Teniposid (VM26), PCV (Procarbacin, CCNU, Vincristin)	Gliome
IVA, Gemcitabine/Docetaxel	Sarkom
Doxorubicin mono VAC	Osteosarkom Ewing-Sarkom
DTIC	Melanom
MTX als GvHD – Prophylaxe	nach allogener Transplantation

6.1.2 Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie

Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie (z. B. 2–4 tägige Blockchemotherapie)	8-543.-
--	---------

An 5. Stelle werden die Anzahl der Tage, an 6. Stelle die Anzahl der Zytostatika kodiert (s. o.).

Hinweise zur Verwendung dieses Kodes lt. OPS

Es werden mindestens 2 Zytostatika intravenös verabreicht oder es erfolgt eine komplexe und intensive Chemotherapie mit aufwendiger, messungsabhängiger Therapiesteuerung (z. B. HD-Methotrexat mit spiegelabhängigem Folinsäure-Rescue).

Intrathekale Zytostatikainjektionen werden mit 8-541.0 kodiert, Antikörper mit 8-547.-. Orale Zytostatika und Steroide werden nicht kodiert.

Kommentar: Dieser Kode wird bei der Gabe von mehr als zwei Medikamenten oder Dauer des Zyklus über drei Tage oder notwendiger Spiegelmessung (evt. Plus Dauerinfusion unter stationären Bedingungen) verwendet. Bei Gabe von Hochdosis-Methotrexat zählen die Tage mit Spiegelmessung zur Chemotherapie

Chemotherapie	Indikation
AC-Erhaltung, AD-Erhaltung, Konsolidationstherapie HD-ARA-C (CALGB)	AML
ALL-Vorphase, Konsolidation II bis VI	ALL
COP, CHOEP, DHAP, ICE, MINE, IMVP-16, Mega-CHOEP, Ifosfamid/Etoposid/Epirubicin (IEV)	NHL
VAD, VID, CAD, CED, PAD, TAD, Ifosfamid/Etoposid/Epirubicin (IEV)	Multiples Myelom

Chemotherapie	Indikation
„Bonner Protokoll“: Block A (> 60 Jahre)	ZNS-Lymphom
Cisplatin/5-FU	HNO-Tumoren
Cisplatin/Etoposid, Cisplatin/Vinorelbin, Gemcitabin/Cisplatin	NSCLC
PLF, PELF, DCF	Magenkarzinom
Cisplatin/Doxorubicin, Doxorubicin/Hochdosis-Ifosfamid (nur Tag 1), Pemetrexed/Cisplatin,	Pleuresotheliom
E/AC-Doc, E/AC-Pac, TA/EC, dosisdicht E/ATC, dosisdicht E-T, EC-TX, E/AT-CMF, Ifosfamid/Epirubicin	Mammakarzinom
M-VAC (für Tage 1 und 2), dann Tage 15 und 22 gesondert als nichtkomplexe Chemotherapie kodieren	Urothelkarzinom
Epirubicin/Taxol/Carboplatin, Cisplatin/Taxol	Ovarialkarzinom
Rx/5-FU/Cisplatin	Ösophaguskarzinom
Rx/5-FU/Mitomycin/Cisplatin	Analkarzinom
Rx/5-FU/Cisplatin	Pankreaskarzinom
Gemcitabin/Cisplatin	NSCLC, Pleuresotheliom, Pankreaskarzinom, Gastrointestinalen Tumoren, Urothelkarzinom
CVD, Cisplatin/DTIC/BCNU	Melanom
Adriamycin/Ifosfamid, EIA, Mini-ICE, VIDE, VAI, IP, CE, Ifosfamid/Doxorubicin, Cisplatin/Doxorubicin, Ifosfamid sequentiell	Sarkom

Chemotherapie	Indikation
FOLFIRI, FOLFOX, Ralitrexed/Oxaliplatin	Gastrointestinale Tumoren
ADOC	Thymom
ABVD	M. Hodgkin

6.1.3 Hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie

Dieser Kode ist inzwischen bei bestimmten soliden Tumoren, Lymphomen sowie insbesondere bei akuten Leukämien (R60 und R63) und bei Aufenthalten mit hochkomplexer Chemotherapie und Operationen (R16) erlösrelevant und sollte daher sehr sorgfältig kodiert werden.

Hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie (z. B. 5–8tägige Blockchemotherapie)	Kode
Ein Chemotherapieblock während eines stationären Aufenthaltes	8-544.0
Zwei Chemotherapieblöcke während eines stationären Aufenthaltes	8-544.1

Beispiele Blockchemotherapie – ein Therapieblock (8-544.0)

Chemotherapie	Indikation
Induktionstherapie I oder II, Konsolidationstherapie I, Konsolidationstherapie II in high-risk oder very-high-risk ALL, Reinduktionstherapie I oder II bei ALL	ALL
CLAEg, Ida-FLAG oder Mito-FLAG bei AML oder ALL	ALL, AML
AML-Induktion (A-EC, AIE, DA, DA+Dasatinib, DAV, DNR, EC, HAM, IA, IAA, ICE, IC mit/ohne Clofarabin, IDAC, I-MAC, IVA, IVA+ATRA, IVA+Valproinsäure, IVA+Valproinsäure+ATRA, MAV, MAMAC, Mini-ICE, MTC)	AML

Chemotherapie	Indikation
AML-Konsolidation (HAM, H-MAC, I-MAC, MAMAC, MHD-Ara-C/AMSA, MHD-Ara-C/Daunorubicin, MICE, NOVE)	AML
Block A, B oder C bei B-ALL, aggressiven Lymphomen und ZNS-Lymphomen bei Patienten unter dem vollendeten 60. Lebensjahr („Bonner Protokoll“), BEAM und DEXA-BEAM bei NHL	B-ALL, NHL
PEB, PE, PEI, PIV	
Hodentumore	
Konditionierungsprotokolle s. u.	

VDTPACE wurde aus der Beispielliste gestrichen

Beispiele für Blockchemotherapie – zwei Chemotherapieblöcke (8-544.1):

Chemotherapie	Indikation
Induktionstherapie I und II	ALL
Induktionstherapie mit 2 Zyklen in einem stationären Aufenthalt (Doppelinduktion); Spätkonsolidierung mit Hochdosis-Ara-C/ Daunorubicin, TAD-HAM, HAM-HAM (Doppelinduktion), I-MAC (Doppelinduktion), S-HAM	AML

Hyperthermie Chemotherapie

Das Verfahren wird verschlüsselt mit den Codes

HIPEC (Hyperthermie intraperitoneale Chemotherapie)	8-546.0
HITOC (Hyperthermie intrathorakale Chemotherapie)	8-546.1
Sonstige	8-546.x

Hinweis: HIPEC und HITOC sind Teil des nicht bewerteten Zusatzentgeltes ZE2019-49

Perkutane geschlossene Organperfusion (PGO) incl. Chemosaturation

Das Verfahren wird verschlüsselt mit den Codes

PGO der Leber, ohne externen Blutfilter	8-549.00
PGO der Leber, mit externem Blutfilter (Chemosaturation)	8-549.01
Sonstige PGO	8-549.x

Hinweis: Chemosaturation ist ein Teil des nicht bewerteten Zusatzentgeltes ZE2019-117

Druck-Aerosolchemotherapie (PIPAC)

Das Verfahren wird verschlüsselt mit dem Code

Druck-Aerosolchemotherapie (PIPAC) Inkl. Laparoskopie als Zugang	5-549.b
---	---------

6.1.4 Konditionierungsprotokolle

Häufige Konditionierungsprotokolle vor Stammzelltransplantationen

Konditionierungsprotokoll	Kode
TBI/Fludarabin (*8-523.4 für TBI)	8-542.31
Hochdosis-Melphalan (autolog)	8-542.21
TBI-Cyclophosphamid *(8-523.4 für TBI)	8-543.11
BEAM	8-544.0
ICE (Sarkome)	8-544.0
Bu/Cy	8-542.21
FC (Flu 125 d-7bis-3, Cy 2000 d-5bis-3)	8-543.52
Flu/Mel (Allo – Konditionierung, nicht AML)	8-542.52
Mega-CHOEP	8-543.34
HD-PEI	8-543.53
Carbo/Eto (Keimzelltumor)	8-543.32
Flu/Bu/ATG (8-812.3 oder 8-812.4 für ATG)	8-543.51

6.2 Therapie mit Antikörpern oder Zytokinen

Therapie mit Antikörpern oder Zytokinen	Kode
Nicht modifizierte Antikörper (z. B. Rituximab, Alemtuzumab, Herceptin, Bevacicumab, Panitumumab)	8-547.0
Mit modifizierten Antikörpern (z. B. Zytotoxin-gekoppelt)	8-547.1
Immunmodulatoren (Interleukin 2, Interferon oder Tumornekrosefaktor)	8-547.2
Mit radioaktiv markierten Antikörpern	8-530.7
Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin vom Kaninchen, parenteral	8-812.3
Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin vom Pferd, parenteral	8-812.4

6.3 Transfusionen

Bluttransfusionen werden immer kodiert, auch wenn geringe Mengen teilweise kein ZE auslösen. Grundsätzlich gilt für die Kodierung von Transfusionen: Die Anzahl der verabreichten Transfusionen wird addiert und die Summe für den Aufenthalt durch einen Sammel-OPS-Kode dokumentiert. Bezugsdatum ist der Tag der ersten Transfusion. Bei hausinternen Verlegungen ist organisatorisch zu gewährleisten, dass die Transfusionen aus allen Fachabteilungen addiert werden.

Als verabreicht gilt eine Transfusion, wenn sie komplett oder in Teilen dem Patienten gegeben worden ist. Wird die Transfusion aus medizinischen Gründen unterbrochen oder abgebrochen, so gilt sie als verabreicht.

Nicht verabreichte Transfusionen sind solche, die aus organisatorischen Gründen den Patienten nicht gegeben werden konnten (z. B. Verfall bei Überlagerung, Unterbrechung der Kühlkette, Durchstechen des Beutels, Wegfall der Indikation vor Transfusionsstart).

Auch bestrahlte Konserven gelten erst als gegeben, wenn sie dem Patienten appliziert werden. Für die Bestrahlung steht kein OPS-Kode zur Verfügung. Bestrahlte Konserven sollten nicht automatisch als „patientenbezogen“ (Kodegruppe 8-800.6-) dokumentiert werden. Zurückgelegte Konserven, welche nicht transfundiert werden und nach Ablauf einer Karenzfrist verfallen, können grundsätzlich nicht als verabreicht gewertet werden.

6.3.1 Transfusion von Erythrozyten

Erythrozytenkonzentrate stellen in der Regel kein definitives Problem dar. Es gelten prinzipiell die Transfusionsrichtlinien der Deutschen Ärztekammer.

Die Kodierung erfolgt über die Codes aus

	Kode
Erythrozytenkonzentrate	8-800.c-
Transfusion von Eigenblut (für onkologische Patienten i. d. R. nicht relevant)	8-803.-

6.3.2 Transfusion von Thrombozyten

Bei der Einzelmengen-Definition Thrombozyten müssen die „Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie)“ in der aktuellen Novelle der Bundesärztekammer beachtet werden. Dort finden sich weitere dezidierte Angaben zu den Prüfparametern der einzelnen Konzentrate.

Thrombozytenkonzentrate

Hierunter sind gepoolte Thrombozytenkonzentrate zu verstehen. Für die Abrechnung ist nicht mehr wie früher die äquivalente Menge von (Einzelspender-) Thrombozytenkonzentraten heranzuziehen, sondern die Gesamtzahl an Thrombozyten von mindestens von 2×10^{11} pro Transfusionseinheit.

Ein gepooltes Konzentrat entspricht in seinem medizinischen Effekt damit ungefähr einem Apheresekonzentrat.

Apherese-Thrombozytenkonzentrat (= Einzelspenderkonzentrat)

Es handelt sich um durch Apherese gewonnene Einzelspenderkonzentrate. Zum Erreichen einer therapeutischen Standarddosis für Erwachsene wird üblicherweise ein einzelnes Einzelspender-Thrombozytenkonzentrat pro Transfusion verwendet.

Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate

Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate werden gezielt auf Gewebemerkmale des Empfängers abgestimmt. In der Regel handelt es sich um HLA-kompatible Produkte.

Pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate

Wie unten ersichtlich können pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate gesondert kodiert werden. Die Maßnahme der Pathogeninaktivierung kann bakterielle und virale Kontaminationen von Thrombozytenkonzentraten reduzieren. Auch hier wird unterschieden in pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate und in pathogeninaktivierte (Pool-)Thrombozytenkonzentrate.

Ab OPS 2017 wurde die Obergrenze für Thrombozytenkonzentrate von 125 auf 374 erweitert (gilt für (Pool-)Thrombozytenkonzentrate, Apherese-Thrombozytenkonzentrate, pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate und pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate). Bei patientenbezogenen Thrombozytenkonzentraten wurde die Obergrenze von 70 auf 110 erweitert.

Die Erweiterung hat zur Folge, dass nun mehr Codes erforderlich sind, als im Alphabet Buchstaben zur Verfügung stehen, um alle Codes in der 6-Stelligen OPS Systematik unterzubringen. Daher müssen zwei verschiedene 5-Steller

Anwendung finden und die Codes sind ab der Verwendung von 134 und mehr Konzentraten an einer anderen Stelle zu finden.

Thrombozytenkonzentrate Menge 1 bis 133 (Pool)	8-800.g-
Thrombozytenkonzentrate Menge 134 und mehr (Pool)	8-800.m-
Apherese-Thrombozytenkonzentrate Menge 1 bis 133	8-800.f-
Apherese-Thrombozytenkonzentrate Menge 134 und mehr	8-800.k-
Pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate Menge 1 bis 133	8-800.h-
Pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate Menge 134 und mehr	8-800.n-
Pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate Menge 1 bis 133	8-800.f-
Pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate Menge 134 und mehr	8-800.k-
Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	8-800.6-

über die 6. Stelle Angabe der genauen Anzahl

6.3.3 Transfusion von Leukozyten/Transfusion von Granulozyten

Die Transfusion von Granulozyten erfolgt durch einen Kode aus

	Kode
Granulozytenkonzentrate	8-802.6-

Donor-Lymphozyten: siehe Kapitel Stammzelltransplantation

Leukozyten nach ex-vivo-Kultur

Es gibt spezifische Codes für Leukozyten nach ex-vivo-Kultur (T-Zellen, NK-Zellen, Dendritische Zellen). Kodiert wird ohne Angabe der Menge:

Zelltyp	Kode
T-Zellen	8-802.50
Natural-Killer-Zellen (NK-Zellen)	8-802.51
Dendritische Zellen (nur i. v. Separater Code, falls lokal appliziert)	8-802.52

6.4 Ernährungstherapie

Ernährungstherapie	Kode
Enterale Ernährungstherapie über eine Sonde (.0) oder ein Stoma oder therapeutische Hyperalimentation als medizinische Hauptbehandlung	8-015.-
Parenterale Ernährungstherapie als medizinische Hauptbehandlung	8-016
Enterale Ernährungstherapie als medizinische Nebenbehandlung (je nach Behandlungstagen: ab. 7-13d: .0, 14-21d: .1 und ab 21d: .2)	8-017.-
Komplette parenterale Ernährungstherapie als medizinische Nebenbehandlung (je nach Behandlungstagen: siehe 8-017)	8-018.-
Ernährungsmedizinische Komplexbehandlung	8-098j

Enterale oder parenterale Ernährungstherapie als Nebendiagnose ist bei Intensivpatienten **nicht** anzugeben. Bei der kompletten parenteralen Ernährungstherapie (als Nebenbehandlung) ist die Verabreichung über einen zentralvenösen Katheter sowie die Verabreichung von fett- und wasserlöslichen Vitaminen und Spurenelementen neben Glucose, Fette

und Aminosäuren Voraussetzung zur Anwendung des Kodes. Bei allen genannten Kodes ist die Erstellung eines Behandlungsplanes inbegriffen.

Eine ernährungsmedizinische Komplexbehandlung (8-98j) kann ab 2019 (auch bei Intensivpatienten) kodiert werden. Die notwendigen Mindestmerkmale sind u.a. Vorhandensein eines Ernährungsteams (Ernährungsmediziner und Diätassistent oder Ökothrophologe), Aufnahmescreening, standardisiertes ernährungsmedizinisches Basisassessment, individueller Behandlungsplan, definierte Verlaufskontrollen und Teambesprechungen. Die Art der Ernährungstherapie ist zusätzlich mit den schon etablierten, nach Tagen gestaffelten Kodes anzugeben. Als medizinische Hauptbehandlung werden die Kodes 8-015ff bzw. 8-016ff angewendet, die medizinische Nebenbehandlung (8-017ff oder 8-018ff) kann nur bei Nicht-ITS Patienten kodiert werden.

6.5 Schmerztherapie, Palliativmedizin, allg. Komplexbehandlung

Die Kodierung dieser Prozeduren für komplexe Behandlungen oder Untersuchungen aus dem Bereich der Schmerztherapie und der Palliativmedizin incl. der Assessmentverfahren darf nur erfolgen, wenn definierte Bedingungen erfüllt sind, die teilweise sehr weitreichend sind. Die Kodes sind teilweise erlösrelevant (MRSA, Palliativmedizin usw.). Die genauen Bedingungen für die jeweiligen Kodes sind im OPS-Katalog nachzulesen. Nach der Fallpauschalenvereinbarung sind Belegungstage der Aufnahmetag sowie jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthalts ohne den Verlegungs- oder Entlassungstag aus dem Krankenhaus. Eine Behandlung kann aber sowohl am Aufnahmetag als auch am Entlasstag stattfinden. Somit kann ein Patient mit einer Verweildauer von 6 Tagen (Belegungstage) durchaus eine Behandlungsdauer von 7 Tagen aufweisen.

6.5.1 Schmerztherapie

Neben Kodes für die lokale Schmerztherapie gibt es einige Kodes zur multimodalen Schmerztherapie. Die Kodierung der Schmerzdiagnosen wird in Kapitel 4.6.2 Symptombehandlung erläutert.

Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie, unterteilt nach Behandlungstagen und Therapieeinheiten	8-918.0-
Teilstationäre Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie mit Unterteilung nach der Anzahl der Verfahren und Intensität	8-91c-

6.5.2 Palliativmedizin

Multidimensionales palliativmedizinisches Screening und Minimalassessment (mind. 3 Bereiche der Palliativversorgung)	1-773
Standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment (PBA, mind. 5 Bereiche der Palliativversorgung)	1-774
Palliativmedizinische Komplexbehandlung (je nach Behandlungstagen: bis 6d: .0, 7-13d: .1, 14-20d: .2, ab 21d: .3)	8-982.-
Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung (je nach Behandlungstagen: bis 6d: .0, 7-13d: .1, 14-20d: .2, ab 21d: .3)	8-98e.-
Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst (je nach Stundenumfang)	8-98h.0-
Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen externen Palliativdienst (je nach Stundenumfang)	8-98h.1-

6.5.3 Sonstige Komplexbehandlungen

Eine allgemeine multimodale Komplexbehandlung ist u.a. bei hämatologisch-onkologischen Erkrankungen abrechenbar, wenn definierte Mindestmerkmale (fachärztliche Behandlungsleitung sowie Einsatz von mindestens drei verschiedenen Therapiebereichen) erfüllt sind (siehe OPS-Katalog).

Multimodale Komplexbehandlung bei sonstiger chronischer Erkrankung (je nach Behandlungstagen: 7-13d: .0, 14-20d: .1, ab 21d: .2)	8-974.-
---	---------

6.6 Diagnostik und Arbeitstechniken

6.6.1 Spezifische Diagnostik bei hämatologisch – onkologischen Erkrankungen

Knochenmark

Knochenmark Biopsie	1-424
---------------------	-------

Bei einer Knochenmarkbiopsie eines Wirbelkörpers anlässlich einer Vertebroplastie wird 1-481.4 (Biopsie der Wirbelsäule, ohne Inzision, mit Steuerung durch Bildgebung) verschlüsselt.

Komplexkode für Staging-Untersuchungen bei Jugendlichen unter 19 Jahren:

Komplexes Staging	1-940
-------------------	-------

Bedingungen:

- KM-Biopsie/-Zytologie
- Immunhistochemie/Referenzhistologie
- mind. drei der folgenden Untersuchungen:
MRT/PET/CT/Szintigrafie
- alle Leistungen müssen im Rahmen desselben stationären Aufenthaltes erbracht werden.

Komplexkode für die Diagnostik bei Leukämien (ICD-10-GM C90-95; D46):

Komplexe Diagnostik bei Leukämien ohne HLA-Typisierung	1-941.0
Komplexe Diagnostik bei Leukämien mit HLA-Typisierung	1-941.1

Bedingungen:

- Knochenmarkpunktion/Knochenmarkaspiration
- Durchführung folgender Zusatzuntersuchungen:

Morphologische Beurteilung, Immunphänotypisierung/FACS Analyse, klassische Zytogenetik, mindestens ein molekularbiologisches Verfahren (z. B. FISH, PCR, Array)

- Hochauflösenden HLA-Typisierung mit Bestimmung von HLA-A, HLA-B, HLA-C, HLA-DR, HLA-DQ beim Kode 1-941.1
- alle Leistungen müssen im Rahmen desselben stationären Aufenthaltes erbracht werden.

Die komplexe Diagnostik bei Leukämien ist ab 2011 in einigen DRG gruppierungsrelevant.

Molekulares Monitoring der Resttumorlast (MRD) und Genmutationsanalysen (diese Codes sind nur einmal während des stationären Aufenthaltes anzugeben)	Kode
Molekulargenetische Identifikation und Herstellung von patientenspezifischen Markern für die Bestimmung der Resttumorlast (Minimal Residual Diseases (MRD) (PCR- und Sequenzanalyse zur Markeridentifikation, Sensitivitäts- und Spezifitätstestung), dieser Kode ist nur bei ALL MRD Diagnostik zu kodieren	1-991.0

Patientenspezifische molekulargenetische Quantifizierung der Resttumorlast (MRD-Monitoring) (mindestens 2 quantitative PCR pro Untersuchung), dieser Kode ist nur bei ALL MRD Diagnostik zu kodieren	1-991.1
Durchführung von Genmutationsanalysen und Genexpressionsanalysen bei soliden bösartigen Neubildungen. (Analysen (z. B. Kras, Her2-neu, EGF-R) zur Prognosebestimmung und zur Therapieplanung und -steuerung bei einem malignen Tumor, z. B. PCR- und Sequenzanalyse, FISH, Immunhistochemische Analyse (ICA)) Analyse von 1 bis 2 genetischen Alterationen	1-992.0
Analyse von 3 bis 12 genetischen Alterationen	1-992.2
Analyse von 13 und mehr genetischen Alterationen	1-992.3
Automatisierte Anreicherung mit immunzytochemischer Detektion zirkulierender Tumorzellen (CTC)	1-993
In-vitro-Bestimmung des Genexpressionsprofils mittels RNA aus Monozyten des peripheren Blutes bei Zustand nach Transplantation	1-994

Fluoreszenzgestützte diagnostische Verfahren	1-999.1
--	---------

Dieser Kode ist nur ein Zusatzkode und darf nur verwendet werden, wenn die Fluoreszenz nicht schon im Kode enthalten ist.

Ex-vivo-Zellkultursystem zur prätherapeutischen Chemosensibilitätstestung (weitere Unterteilung des Kodes siehe Katalog)	1-990.-
--	---------

Diagnostische Techniken ohne eigenen Kode

- KM-Aspirationszytologie
- Immunphänotypisierung (FACS): Blut, Knochenmark, Punktionsflüssigkeiten
- Immunzytologie, Immunhistochemie
- Zytochemie (PAS/POX/ESTERASE)
- Molekularbiologie (PCR, FISH, DNA-Sequenzierung)
- Zytogenetik – Karyogramm (banding)

Diese Untersuchungsmethoden können jedoch Teil der oben erwähnten Komplexkodes sein und dann kodierfähig werden

6.6.2 Allgemeine diagnostische und therapeutische Prozeduren

Biopsien:

Art der Biopsie	Kode
Hautbiopsie (Stanze) ▶	1-490.-↔
Mammabiopsie ohne Steuerung durch bildgebende Verfahren. ▶▶	1-493.30↔ 1-493.31↔ 1-493.32↔
Mammabiopsie mit Steuerung durch bildgebende Verfahren ▶▶	1-494.30↔ 1-494.31↔ 1-494.32↔
Lymphknotenbiopsie ohne Inzision ohne Steuerung durch bildgebende Verfahren	1-425.- ↔
Lymphknotenbiopsie ohne Inzision mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	1-426.-↔
Lymphknotenbiopsie durch Inzision	1-586.-↔

- ▶ Die Lokalisation ist an der 5. Stelle anzugeben, ggf. auch die Seitenlokalisation
- ▶▶ Die Art der Biopsie ist an 6. Stelle anzugeben

Punktionen

Art der Punktion	Kode
Leberpunktion (diagnostisch)	1-845
Perkutane (Nadel-)Biopsie, Leber	1-441.0
Perkutane Biopsie mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, Leber	1-442.0
Perkutane Biopsie Pankreas (incl. (Pseudo)-Zyste)	1-859.1
Schilddrüse (diagnostisch)	1-859.0
Perikard-Punktion (diagnostisch)	1-842
Perikard-Punktion (therapeutisch)	8-152.0
Pleurapunktion (diagnostisch) ▶	1-844↔
Pleurapunktion (therapeutisch) ▶	8-152.1↔
Pleuradrainage großlumig	8-144.0↔
Pleuradrainage kleinlumig, dauerhaftes Verweilsystem	8144.1↔
Pleuradrainage kleinlumig (Pleurakatheter)	8-144.2↔
Aszitespunktion (diagnostisch) ▶	1-853.2
Aszitespunktion (therapeutisch) ▶	8-153
Drainageeinlage in Peritonealraum	8-148.0
Lumbalpunktion Liquor (diagnostisch)	1-204.2
Endosonografische FNP (Feinnadelpunktion), verschiedene Organe – Die Endosonographie ist gesondert zu kodieren	1-445 bis 1-448.-

↔ Angabe der Seitenlokalisation notwendig

▶ dieser Kode darf nur einmal pro stationärem Aufenthalt angegeben werden

Therapeutische Prozeduren

Art der therapeutischen Prozedur	Kode
<u>Kyphoplastie</u> (Implantation von Material in einen Wirbelkörper mit vorheriger Wirbelkörperaufrichtung) An 6. Stelle ist die Anzahl der behandelten Wirbelkörper anzugeben	5-839.a-
<u>Vertebroplastie</u> (Implantation von Material in einen Wirbelkörper ohne vorheriger Wirbelkörperaufrichtung) An 6. Stelle ist die Anzahl der behandelten Wirbelkörper anzugeben	5-839.9-

6.6.3 Hyperthermie

Die Hyperthermiebehandlung im Rahmen der onkologischen Therapie kann simultan mit einer zytostatischen Chemotherapie oder einer Strahlentherapie oder beiden Verfahren gleichzeitig erfolgen. Diese werden dann mit gesonderten Codes kodiert (siehe Kapitel Chemotherapien, bzw. Strahlentherapie). Findet eine computergestützte Planung der Hyperthermie statt ist diese ebenso separat zu kodieren (8-604). Im Gegensatz dazu haben die hypertherme intraperitoneale bzw. intrathorakale Chemotherapien eigene Codes (siehe unten).

Art der Hyperthermie	Kode
Lokoregionale, lokale (oberflächliche) Hyperthermie	8-600.0
Lokoregionale Tiefenhyperthermie	8-600.1
Teilkörperhyperthermie (Erwärmung einer Körperregion wie Becken, Bauch) <u>mit MR-Monitoring</u> Das MR Monitoring wird nicht zusätzlich kodiert.	8-601

Art der Hyperthermie	Kode
Ganzkörperhyperthermie Die Anwendung der Herz-Lungen-Maschine wird gesondert kodiert 8-851.- <i>Operativer äußerer Kreislauf (bei Anwendung der Herz-Lungen-Maschine).</i>	8-602
Interstitielle und intrakavitäre Hyperthermie Eine Thermoablation wird mit einem Kode aus dem Kapitel 5 „Operationen“ unter dem jeweiligen Verfahren, z. B. Destruktion von erkranktem Gewebe, kodiert.	8-603
Computergestützte Planung aus CT- oder MRT-Daten einer Hyperthermie	8-604
Hypertherme intraperitoneale Chemotherapie [HIPEC]	8-546.0
Hypertherme intrathorakale Chemotherapie [HITOC]	8-546.1

6.6.4 Radiologische Prozeduren bei Tumorpatienten

Für die lokale Therapie von Tumoren, sei es direkt oder über Gefäße, gibt es spezifische Codes, die teilweise die Zuordnung zu den DRG's bestimmen bzw. zusatzentgeltfähig sind (Embolisation mit Metallspiralen).

Die Darstellung der arteriellen Gefäße wird mit Codes aus dem Kapitel 3-60 kodiert.

Arteriographie der thorakalen Gefäße	3-603
Arteriographie der Gefäße des Abdomens (inkl. viscerale Gefäße)	3-604
weitere Codes in Abhängigkeit anderer Körperteile	3-60-
Superselektive Arteriographie	3-608

Für die superselektive Arteriographie steht nur ein Kode zur Verfügung und nicht für jeden Körperbereich ein eigener Kode. Daher ist die superselektive Arteriographie als Zusatzkode zu einer Arteriographie bestimmter Körperteile zu sehen und zusätzlich anzugeben. Die Codes der Arteriographie sind auch dann anzuwenden, wenn nur eine digitale Subtraktionsangiographie durchgeführt wird.

Perkutan-transluminale Gefäßintervention:

Die Interventionen an Lungen- und Herzkreislauf einschl. Koronarien werden mit Codes jeweils aus einem eigenen Kapitel erfasst, der Rest (Abdomen, Thorax, Kopf usw.) wird mit Codes aus dem Kapitel 8-836.- kodiert. Hier werden die verschiedenen Verfahren mit unterschiedlichen Ziffern in der Stelle nach dem Punkt belegt und die Lokalisation mit der letzten Ziffer. Die Materialien sind mit einem Zusatzkode anzugeben.

Beispiele:

Selektive Embolisation mit Partikel, Gefäße visceral (TACE) dazu Art der Partikel; z. B. medikamentenbeladene Partikel	8-836.ka 8-83b.10
Selektive Embolisation mit embolisierenden Flüssigkeiten (letzte Ziffer: Lokalisation) dazu Art des Embolisats: z. B. Ethylenvinylalkohol	8-836.9- 8-83b.20
Selektive Embolisation mit Metallspiralen (letzte Ziffer: Lokalisation) Dazu Anzahl der Metallspiralen (letzte Ziffer Anzahl)	8-836.m- 8-836.n-

Für eine Chemotherapie über eine Arteriographie im Bereich der abdominalen Gefäße gelten folgende Codes (bei anderen Lokalisationen ist der entsprechende Kode zu wählen)

Arteriographie der Gefäße des Abdomens (inkl. viscerale Gefäße)	3-604
Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren, arteriell	8-541.6

Intraarterielle Radiorezeptortherapie mit radioaktiven Substanzen. Die verschiedenen Substanzen bzw. SIRT sind mit der 6. Stelle zu kodieren	8-530.a-
--	----------

Perkutane Therapie von Lebertumoren (Bildgebung nicht gesondert kodierbar)

Radiofrequenzablation (RFA):	5-501.53
Alkoholinjektion (PEI):	5-501.43
Weitere Verfahren	5-501.-

Szintigraphie

Szintigraphie des hämatopoetischen Systems. Differenzierung mit der 6. Stelle.	3-70a.-
Szintigraphie des Muskel-Skelett-Systems. Differenzierung mit der 6. Stelle	3-705.-

6.6.5 Sonstige Techniken

Die extrakorporale Photopherese wird kodiert mit

Photopherese	8-824
--------------	-------

Damit sind die Teilprozeduren für die ärztliche und pflegerische Leistung und der Aufwand für das Gerät, die Leuchtenbaugruppe und das Photopharmazeutikum erfasst. Pro

Sitzung (ca. 4 h Dauer) wird jeweils ein Kode verschlüsselt.
Die Photopherese kann als Zusatzentgelt abgerechnet werden

Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe (verschiedene Verfahren mit Ziffern an 5. und 6. Stelle)	5-601.-
---	---------

In der Regel während einer Operation durchgeführte Therapie:

Perkutane geschlossene Organperfusion der Leber (differenziert nach externem Blutfilter)	8-549.0-
Intraperitoneale Druck-Aerosolchemotherapie (PIPAC)	5-549b

7. Stammzelltransplantation (Knochenmark und periphere Blutstammzellen) und Zelltherapie

7.1 Stammzellgewinnung/Zellgewinnung

Die Stammzellgewinnung wird mit unterschiedlichen Codes beschrieben, in Abhängigkeit der Quelle (Knochenmark, periphere Stammzellen) und der Verwendung (Eigenspende, Fremdspende). Die weitere Differenzierung betrifft dann die Aufbereitung, die mit einem Extrakode anzugeben ist, und zwar von der Klinik, die den Aufwand bzw. die Kosten hat. Dieser Code kann also bei der Stammzellentnahme oder beim Transplantationsaufenthalt angegeben werden, je nachdem, wo der Aufwand angefallen ist. Hierzu erfolgte für 2015 eine Klarstellung in den entsprechenden OPS-Kodes.

7.1.1 Knochenmarkentnahme beim Patienten (Eigenspende)

HD ND	Z52.3 Knochenmarkspender [wenn Aufnahme primär zur Knochenmarkentnahme erfolgt] ICD der Grundkrankheit
Proz.	5-410.00 Entnahme von hämatopoetischen Stammzellen aus Knochenmark zur Transplantation, zur Eigenspende
Ggf. zusätzlich	5-410.2- Art der In-vitro-Aufbereitung bei Entnahme von hämatopoetischen Stammzellen .20 Positivanreicherung .21 T- und/oder B-Zell-Depletion .22 Erythrozytendepletion .2x Sonstige

7.1.2 Periphere Stammzellentnahme beim Patienten (Eigenspende)

HD	Stationäre Aufnahme zur Stammzellentnahme:
ND	Z52.01 Stammzellspender
HD	ICD der Grundkrankheit
ND	oder
	Stationäre Aufnahme zur Behandlung der Grundkrankheit (mit oder ohne Chemotherapie) :
	ICD der Grundkrankheit
	Z52.01 Stammzellspender
Proz.	5-410.10 Entnahme von hämatopoetischen Stammzellen aus peripherem Blut zur Eigenspende.
Ggf.	5-410.2- Art der In-vitro-Aufbereitung bei Entnahme von hämatopoetischen Stammzellen (Details siehe 7.1.1.)

Die medikamentöse Stimulation vor der Entnahme ist im OPS-Kode enthalten. Wenn das Medikament zur Stimulation in den Listen für Medikamente in Kapitel 6 des OPS-Katalogs enthalten ist, ist dieser Code zusätzlich anzugeben (z. B. 6-002.1- Filgrastim, 6-002.2- Lenograstim, 6-005.e Plerixafor).

7.1.3 Knochenmarkentnahme bei einem Spender (verwandt oder nicht-verwandt)

HD	Z52.3 Knochenmarkspender
Proz.	5-410.01 Entnahme von hämatopoetischen Stammzellen aus Knochenmark zur Transplantation, zur allogenen Spende (verwandt oder nicht-verwandt)
Ggf.	5-410.2 Art der In-vitro-Aufbereitung bei Entnahme von hämatopoetischen Stammzellen (Details siehe 7.1.1.)

7.1.4 Periphere Stammzellentnahme bei einem Spender (verwandt und nicht-verwandt)

HD	Z52.01 Stammzellenspender
Proz.	5-410.11 Entnahme von hämatopoetischen Stammzellen aus peripherem Blut zur Transplantation, zur allogenen Spende (verwandt oder nicht-verwandt)
Ggf.	5-410.2 Art der In-vitro-Aufbereitung bei Entnahme von hämatopoetischen Stammzellen (Details siehe 7.1.1.)

Bezüglich der medikamentösen Stimulation siehe 7.1.2

7.1.5 Entnahme von Lymphozyten

HD ND	Grundkrankheit Z52.08 Spender sonstiger Blutbestandteile
Proz.	-5-410.3- periphere Blutzellen 5-410.30 Autogen, T_Zellen zur Ex-vivo-Kultur und tumorspezifischen In-vitro-Aufbereitung Ink.: Entnahme von T-Zellen zur Herstellung von CAR-T-Zellen 5-410.31 Allogen (verwandt und nicht verwandt)

Z52.08 als Hauptdiagnose führt in die DRG *Z64D Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen [...]*. Die Prozedur einer Spende von Lymphozyten kann ab 2019 kodiert werden. Die Spende von Granulozyten ist weiterhin nicht kodierbar.

Die Codes für die Gabe von Lymphozyten und Granulozyten sind im Kapitel „Transfusionen“ zu finden.

Die Prozeduren 8-823 *Zellapherese* bzw. 8-825- *Spezielle Zellaphereseverfahren* dürfen nur bei einer therapeutischen Apherese wie z. B. wegen einer Leukostase kodiert werden.

Für den Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen oder Donorlymphozyten kann ein krankenhausindividuelles Zusatzentgelt (ZE 2019-35 bzw. ZE 2019-99) vereinbart werden.

7.2 Stammzelltransplantation

7.2.1 Allgemeine Hinweise zur Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen

Die Codes für die Konditionierungschemotherapie sind in dem Kapitel Chemotherapie enthalten. Die Codes „nach In-vitro-Aufbereitung“ sind dann anzuwenden, wenn eine Zellmanipulation vorgenommen wurde (z. B. CD34-Selektion), nicht aber bei einfacher Bearbeitung des Transplantats wie Sterilitätskontrolle oder Einfrieren der Zellen. Seit 2015 stehen nun 2 Arten von Codes zur Verfügung, mit denen der Aufwand der In-vitro-Aufbereitung abgebildet werden kann: einen für die Aufbereitung unmittelbar nach Entnahme der Stammzellen (5-410.2-, siehe 7.1.1) und einen für die Aufbereitung unmittelbar vor der eigentlichen Transplantation (5-411.7-). Somit kann sowohl der Aufwand bei der Entnahme als auch der Aufwand bei einer Transplantation nach in-vitro-Aufbereitung kodiert werden.

Art der in-vitro-Aufbereitung der transplantierten oder transfundierten hämatopoetischen Stammzellen.	Kode
Positivanreicherung	5-411.70
T- und/oder B-Zell-Depletion	5-411.71
Erythrozytendepletion	5-411.72
Sonstige	5-4711.7x

Beim Kapitel Zusatzinformationen (5–93ff) muss eine Untergruppierung zur Angabe des allogenen Transplantates erfolgen. Bei den Transplantationen solider Organe steht jeweils ein Hinweis, dass die ABO-Kompatibilität anzugeben ist. Obwohl dieser Hinweis bei der SZT fehlt, sollte der Kode auch hier benutzt werden, da er im Hinblick auf eine eventuelle Aufbereitung des Transplantats zur genauen Abbildung des Falles hilfreich ist

ABO-Kompatibilität	Kodes
Art des Transplantates: allogene	5-930.2-
ABO-kompatibel	5-930.20
ABO-nichtkompatibel	5-930.21

7.2.2 HLA-Identität

HLA-Identität liegt vor:

Die HLA-Identität wird unabhängig von der Art der Spende festgelegt (Knochenmark, peripheres Blut, verwandt oder nicht verwandt)

Nach dem Deutschen Konsensus 2013 zur immungenetischen Spenderauswahl für die allogene Stammzelltransplantation (2014 veröffentlicht) und den Leitlinien zur Spenderauswahl der DAG-KBT (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Knochenmark- und Blutstammzelltransplantation als Fachgremium der DGHO), wird bei der Spenderauswahl die Bestimmung aller 5 HLA-Loci vierstellig (hochauflösend) vorausgesetzt.

Beispiel für fehlende Übereinstimmung bei HLA-C zweistellig (Antigen), und somit **nicht-HLA-idente Transplantation**:

Patient:

HLA-A*0101, *1101; HLA-B*1501, *2705; HLAC***0401**, *0102
HLA-DRB1*0101, 0801; HLA-DQB1*0402, *0501

Spender:

HLA-A*0101, *1101; HLA-B*1501, *2705; HLAC***0304**, *0102
HLA-DRB1*0101, 0801; HLA-DQB1*0402, *0501

Beispiel für fehlende Übereinstimmung bei HLA-DQ vierstellig (Allel) und somit **nicht-HLA-idente Transplantation**:

Patient:

HLA-A*0201; HLA-B*0702; HLA-Cw*0702, *0501
HLA-DRB1*0701, *1501; HLA-DQ1*0202, ***0602**

Spender:

HLA-A*0201; HLA-B*0702; HLACw*0702, *0501
HLA-DRB1*0701, 1501; HLA-DQB1*0202, ***0603**

Beispiel für fehlende Übereinstimmung bei HLA-A vierstellig (Allel), aber Übereinstimmung zweistellig

Bis 2014 : HLA-idente Transplantation, ab 2015 **nicht-HLA-idente Transplantation**

Patient:

HLA-A*0301, ***2407**; HLA-B*3501, *5201; HLACw*0401, *1202
HLA-DRB1*0101, 0701; HLA-DQB1*0202, *0501

Spender:

HLA-A*0301, ***2402**; HLA-B*3501, *5201; HLACw*0401, *1202
HLA-DRB1*0101, 0701; HLA-DQB1*0202, *0501

Eine fehlende Übereinstimmung im Allelbereich wird auch als Subtyp mismatch oder Allel mismatch bezeichnet. So ist dann

z. B. der Befund eines HLA-DQB1 subtyp MM (mismatch) als nicht-HLA-ident zu verschlüsseln.

In bestimmten Spender-Empfänger-Konstellationen wird jetzt auch ein 6. HLA-Merkmal (HLA-DPB1) bei der Spenderauswahl berücksichtigt. Hier werden bei einer fehlenden Übereinstimmung (mismatch) zwei Situationen unterschieden: Permissive HLA_DPB1 mismatch und non-permissive mismatch.

Die Situation mit permissive HLA-DPB1 mismatch sollte mit den Codes für HLA-Identität verschlüsselt werden, die Situation mit non-permissive HLA-DPB1 mismatch mit HLA-nichidentisch.

Es bleibt insgesamt bei der Schwierigkeit die gebräuchlichen Begriffe in der Medizin in die Begriffe des OPS-Katalogs zu übersetzen (HLA-kompatibel wird zu HLA-identisch).

Bei mismatch Transplantationen kann bei Nachweis von relevanten HLA- Antikörpern neben Medikamenten auch eine Immunabsorption/Plasmapherese eingesetzt werden. Diese sind dann mit Codes aus den Kapitel 8-820.- *therapeutische Plasmapherese* bzw. 8-821.- *Immunabsorption und verwandte Verfahren* zu kodieren.

7.2.3 Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark

Autolog	Kode
Ohne In-vitro-Aufbereitung	5-411.00
Nach In-vitro-Aufbereitung	5-411.02
Art der In-vitro-Aufbereitung der transplantierten oder transfundierten hämatopoetischen Stammzellen	5-411.7-

Allogen, nicht HLA-identisch, verwandter Spender	Kode
Ohne In-vitro-Aufbereitung bei Differenz in 1 Antigen	5-411.26
Ohne In-vitro-Aufbereitung bei Differenz in 2–3 Antigenen (haploident)	5-411.27
Nach In-vitro-Aufbereitung bei Differenz in 1 Antigen Art der in-vitro-Aufbereitung der transplantierten oder transfundierten hämatopoetischen Stammzellen	5-411.24 5-411.7-
Nach In-vitro-Aufbereitung bei Differenz in 2–3 Antigenen (haploident) Art der in-vitro-Aufbereitung der transplantierten oder transfundierten hämatopoetischen Stammzellen	5-411.25 5-411.7-

Allogen, nicht HLA-identisch, nichtverwandter Spender	Kode
Ohne In-vitro-Aufbereitung	5-411.30
Nach In-vitro-Aufbereitung Art der in-vitro-Aufbereitung der transplantierten oder transfundierten hämatopoetischen Stammzellen	5-411.32 5-411.7-

Allogen, HLA-identisch, verwandter Spender	Kode
Ohne In-vitro-Aufbereitung	5-411.40
Nach In-vitro-Aufbereitung Art der In-vitro-Aufbereitung der transplantierten oder transfundierten hämatopoetischen Stammzellen	5-411.42 5-411.7-

Allogen, HLA-identisch, nichtverwandter Spender	Kode
Ohne In-vitro-Aufbereitung	5-411.50

Allogen, HLA-identisch, nichtverwandter Spender	Kode
Nach In-vitro-Aufbereitung	5-411.52
Art der In-vitro-Aufbereitung der transplantierten oder transfundierten hämatopoetischen Stammzellen	5-411.7-

7.2.4 Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen

Autolog	Kode
Ohne In-vitro-Aufbereitung	8-805.00
Nach In-vitro-Aufbereitung	8-805.03
Art der in-vitro-Aufbereitung der transplantierten oder transfundierten hämatopoetischen Stammzellen	5-411.7-

Allogen, nicht-HLA-identisch, verwandter Spender	Kode
Ohne In-vitro-Aufbereitung bei Differenz in 1 Antigen	8-805.26
Ohne In-vitro-Aufbereitung bei Differenz in 2–3 Antigenen (haploid)	8-805.27
Nach In-vitro-Aufbereitung bei Differenz in 1 Antigen	8-805.24
Art der In-vitro-Aufbereitung der transplantierten oder transfundierten hämatopoetischen Stammzellen	5-411.7-
Nach In-vitro-Aufbereitung bei Differenz in 2–3 Antigenen (haploid)	8-805.25
Art der In-vitro-Aufbereitung der transplantierten oder transfundierten hämatopoetischen Stammzellen	5-411.7-

Allogen, nicht-HLA-identisch, nichtverwandter Spender	Kode
Ohne In-vitro-Aufbereitung	8-805.30

Allogen, nicht-HLA-identisch, nichtverwandter Spender	Kode
Nach In-vitro-Aufbereitung Art der in-vitro-Aufbereitung der transplantierten oder transfundierten hämatopoetischen Stammzellen	8-805.32 5-411.7-

Allogen, HLA-identisch, nichtverwandter Spender	Kode
Ohne In-vitro-Aufbereitung	8-805.50
Nach In-vitro-Aufbereitung Art der In-vitro-Aufbereitung der transplantierten oder transfundierten hämatopoetischen Stammzellen	8-805.52 5-411.7-

7.2.5 Stammzellboost nach erfolgter Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen und Retransplantation

Bezeichnung	Kode
Stammzellboost nach erfolgter Stammzelltransplantation Ohne In-vitro-Aufbereitung	8-805.60
Stammzellboost nach erfolgter Stammzelltransplantation Nach In-vitro-Aufbereitung Art der In-vitro-Aufbereitung der transplantierten oder transfundierten hämatopoetischen Stammzellen	8-805.62 5-411.7-

Ein Stammzellboost ist die erneute Gabe von Stammzellen bei nicht ausreichender Rekonstitution, in der Regel, aber nicht zwingend während des Aufenthaltes, in dem die Stammzelltransplantation durchgeführt wurde.

Für die Prozedur 8-805.62, d. h. Stammzellboost nach In-vitro-Aufbereitung, kann das krankenhaushausindividuelle Zusatzentgelt ZE2019-44 verhandelt werden.

Für andere Therapien mit hämatopoetischen bzw. mesenchymalen Stammzellen auch in anderen Organen (Leber, Herz, Knochen usw.) stehen Prozedurenkodes im Kapitel 8-86 (Therapie mit besonderen Zellen und Blutbestandteilen) zur Verfügung.

Für die selten erforderliche Retransplantation im selben Aufenthalt gibt es seit 2014 neue Codes, jeweils für Knochenmark und peripher gewonnene Stammzellen. Ab 2015 ist dieser Code mit einem Hinweis versehen, der eine genaue Definition der Retransplantation enthält. 2017 erfolgte noch die Einfügung, dass diese Retransplantation ungeplant sein muss. Die Codes sind Zusatzcodes zu den normalen Transplantationscodes.

Hinw.: Eine Retransplantation meint nicht die fraktionierte Gabe eines Transplantats über mehrere Tage verteilt. Mit diesem Code ist nur eine komplett neue Transplantation hämatopoetischer Stammzellen nach Versagen der vorherigen Transplantation während desselben stationären Aufenthaltes (ungeplante Retransplantation) zu kodieren. Dabei wird nach Ausschöpfung aller Mittel zur Erhaltung des ersten Transplantats eine neue Transplantation mit erneuter Konditionierung und/oder einem Wechsel des Stammzellspenders durchgeführt

Diese Codes führen in die nicht bewerteten DRGs A15A (autolog) und A04A (allogen).

Bezeichnung	Kode
Retransplantation während desselben stationären Aufenthalts-Knochenmark	5-411.6
Retransplantation während desselben stationären Aufenthaltsperiphere Stammzellen	8-805.7

7.2.6 Konditionierung und Ganzkörperbestrahlung

Die Chemotherapie bei der Konditionierung wird nach den allgemeinen Regeln für die Chemotherapie kodiert. Der OPS-Schlüssel für die Ganzkörperbestrahlung ist aufgeteilt in 3 Kodes:

Ganzkörperbestrahlung	Kode
Gesamtdosis unter 4 Gy	8-523.40
Gesamtdosis 4 Gy bis unter 10 Gy	8-523.41
Gesamtdosis 10 Gy und mehr	8-523.42

7.3 Gabe von Lymphozyten

Ab 2019 stehen für die Gabe von Lymphozyten neue, differenzierte Kodes zur Verfügung

7.3.1 Donorlymphozyten:

Es kann nun unterschieden werden, ob für die Gabe der Donor-Lymphozyten eine erneute Spende notwendig ist, also ein höherer Aufwand erforderlich ist als bei der Gabe von schon vorhandenen Zellen

Lymphozyten ohne erneute Gewinnung vom gleichen Spender, nach Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen	8-802.4-
Lymphozyten nach erneuter Gewinnung vom gleichen Spender, nach Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen, unterteilt ob und welche Aufbereitung stattfand	8-802.7-
Lymphozyten nach erneuter Gewinnung von einem anderen Spender, nach Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen, unterteilt ob und welche Aufbereitung stattfand	8-802.8-

Die Differenzierung der Codes an 6. Stelle betrifft die Aufbereitung

7.3.2 Gabe von Lymphozyten unabhängig der Stammzelltransplantation

Die Gabe von Lymphozyten konnte schon in den vergangenen Jahren differenziert nach einer eventuellen In-Vitro-Aufbereitung (tumorspezifisch, virusspezifisch usw.) kodiert werden. Ab 2019 ist nun eine Präzisierung der Codes erfolgt um u. a. die CAR-T-Zelltherapie klarer zu erfassen.

Lymphozyten, 1-5 TE, mit tumorspezifischer Aufbereitung ohne gentechnische In-Vitro-Aufbereitung	8-802.23
Lymphozyten, 1-5 TE, mit tumorspezifischer Aufbereitung mit gentechnische In-Vitro-Aufbereitung, Inkl.: CAR-T-Zellen	8-802.24

Die Codes für Lymphozyten, mehr als 5 TE (8-802.3-) sind wie die obigen Codes aufgeteilt worden zur Einhaltung der Systematik des Katalogs, werden aber in der Regel nicht erforderlich sein.

Die Herstellung dieser Zellen sind bestimmten gesetzlichen Bedingungen unterworfen und sollten bei Herstellung in klinikeigenen Labors mit den folgenden Codes angegeben werden.

Verwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien Inkl.: Chondrozyten-Präparate, CAR-T-Zellen	5-936
---	-------

Herstellungserlaubnis nach § 13 Abs.4 Arzneimittelgesetz <u>Hinw.:</u> Dieser Zusatzcode ist für die Verwendung von Gentherapeutika, somatischen Zelltherapeutika und biotechnologisch bearbeiteten Gewebeprodukten (Tissue-Engineering-Produkte) anzugeben, die im Krankenhaus hergestellt, aber nicht nach § 4b Abs. 3 Arzneimittelgesetz an andere abgegeben werden	5-936.2
---	---------

Es ist anzunehmen, dass bei einer Anerkennung der beiden neu zugelassenen CAR-T-Zell-Präparate zusätzliche Codes im Kapitel 6 geschaffen werden

Weitere, allgemeinere Codes für Gabe von bestimmten Leukozyten sind erhalten geblieben, z. B. 8-802.21 Lymphozyten, 1-5 TE mit virusspezifischer Aufbereitung

Leukozyten nach ex-vivo-Kultur: T-Zellen	8-802.50
Leukozyten nach ex-vivo-Kultur: NK-Zellen	8-802.51
Leukozyten nach ex-vivo-Kultur: Dendritische Zellen	8-802.52
Leukozyten nach ex-vivo-Kultur: sonstige	8-802.5x

7.4 Komplikationen nach KMT/SZT/CAR-T-Zellgabe

7.4.1 Engraftment

Das Engraftment-Syndrom ist eine frühe Komplikation nach allogener oder autologer Stammzelltransplantation, das einige Tage vor dem Anstieg der Granulozyten auftritt. Es kann Fieber, Hautausschlag, Gewichtszunahme und eine pulmonale Symptomatik mit Dyspnoe auslösen. Die pulmonale Symptomatik ist Ausdruck eines Capillary-leak-Syndroms mit einer erhöhten Permeabilität der Kapillaren, so dass Flüssigkeit u.a. in die Lunge übertritt. Es wird empfohlen, die Manifestationen des Engraftment-Syndrom zu kodieren, wobei das Capillary-leak-Syndrom am besten mit I78.8

Sonstige Krankheiten der Kapillaren zu verschlüsseln ist (im alphabetischen Verzeichnis wird diese Diagnose bei Hyperpermeabilität der Kapillaren angegeben). Bei der Diagnose D69.88 im Kapitel sonstige hämorrhagische Diathesen ist die hereditäre Kapillarbrüchigkeit zugeordnet. Die I78.8 ist auch bei der seltenen Clarkson-Krankheit (systemisches Capillary-leak-Syndrom) anzuwenden.

7.4.2 Graft-versus-Host-Disease (GvHD)

Die GvHD kann im ICD-10 mit der Kodegruppe T86.0- (Versagen eines Transplantates hämatopoetischer Stammzellen und Graft-versus-host-Krankheit) kodiert werden. Dabei wird unterschieden nach Transplantatversagen und GvHD.

Transplantat-Versagen	T86.00
-----------------------	--------

Graft-versus-Host-Disease		Kode
Akute GvHD	Grad I und II	T86.01†
	Grad III und IV	T86.02†
Chronische GvHD	mild	T86.05†
	moderat	T86.06†
	schwer	T86.07†

Akute GvHD

Definition der akuten GvHD

Die Gradeinteilung der akuten Gesamt-GvHD erfolgt nach dem Consensus 1994. (Bone Marrow Transplant. 1995 Jun;15 (6):825-8).

Der jeweilige Grad ist erreicht, wenn mindestens ein Stadium einer Organ-GvHD erreicht ist. Bei Grad III dienen die Hautstadien nicht als Eingangskriterium, sie werden der Vollständigkeit halber dokumentiert.

Grad	Haut	Leber	Verd.trakt
I	Stadium 1 oder 2	keine	Keine
II	Stadium 3	Stadium 1	Stadium 1
III	(Stadium 1–3)	Stadium 2 oder 3	Stadium 2 oder 3
IV	Stadium 4	Stadium 4	Stadium 4

Die Organmanifestationen einer GvHD sind nach Kreuz/Stern-System zu kodieren. Anschließend ist die (z. B. maligne) Grunderkrankung als Nebendiagnose anzugeben (Diese Regelung hat Vorrang vor DKR 0201 *Auswahl und Reihenfolge der Kodes*). [vgl DKR P015m]

Die Definition der Stadien richtet sich nach der klinischen (hier in Klammern gesetzt) und nicht nach der histologischen Einteilung. Sie ist erlösrelevant und daher exakt zu kodieren und nachvollziehbar zu dokumentieren!

Beteiligung der Haut bei der akuten Graft-versus-Host-Krankheit L99.1-*

Akute Haut-Graft-versus-host-Krankheit	Kode
Stadium 1 (Exanthem < 25 % der Körperoberfläche)	L99.11*
Stadium 2 (Exanthem 25 – 50 % der Körperoberfläche)	L99.12*
Stadium 3 (Exanthem > 50 % der Körperoberfläche)	L99.13*
Stadium 4 (Blasenbildung)	L99.14*

Beteiligung der Leber bei der akuten Graft-versus-host-Krankheit K77.1-*

Akute Leber-Graft-versus-host-Krankheit	Kode
Stadium 1 (Bilirubin 2-3 mg/dl bzw. 34–52 µmol/l)	K77.11*
Stadium 2 (Bilirubin 3,1 bis 6 mg/dl bzw. 53 bis 104 µmol/l)	K77.12*
Stadium 3 (Bilirubin 6,1 bis 15 mg/dl bzw. 105 bis 259 µmol/l)	K77.13*

Akute Leber-Graft-versus-host-Krankheit	Kode
Stadium 4 (Bilirubin > 15 mg/dl bzw. 259 µmol/l)	K77.14*

Beteiligung des Verdauungstraktes bei der akuten Graft-versus-host-Krankheit K93.2-*

Akute Verdauungstrakt-Graft-versus-host-Krankheit	Kode
Stadium 1 (Diarrhoe > 500 ml/d)	K93.21*
Stadium 2 (Diarrhoe > 1000 ml/d)	K93.22*
Stadium 3 (Diarrhoe > 1500 ml/d)	K93.23*
Stadium 4 (Schmerzen/Ileus)	K93.24*

Chronische GvHD

Seit 2016 stehen ICD-Kodes für die Verschlüsselung der chronischen GVHD in drei verschiedenen Schweregraden und für die einzelnen Organmanifestationen verschiedene Stadien zur Verfügung

Mindestvoraussetzungen für den jeweiligen Schweregrad (hierbei zählen alle Manifestationen gleich mit Ausnahme der Lungen-cGvDH, diese zählt jeweils für sich und bereits ein Stadium früher):

Milde Form	1 oder 2× Stadium 1 (außer Lunge)
Moderate Form	Mindestens 1× Stadium 2 oder mindestens 3× Stadium 1 oder Lunge Stadium 1
Schwere Form	Mindestens 1× Stadium 3 oder Lunge Stadium 2 und 3

Organmanifestationen der chronischen GVHD

Stadium	0	I	II	III
Haut	Keine Veränderungen	< 18 % KOF mit lichenoiden, oder Ichthyosis-artigen Veränderungen, keine Sklerodermiformen Veränderungen	18–50 % KOF mit lichenoiden oder sklerodermiformen oder Ichthyosis-artigen Veränderungen aber keine „gefesselte Haut“, (Falten können noch erzeugt werden)	> 50 % KOF mit lichenoiden oder sklerodermiformen oder Ichthyosis-artigen Veränderungen. Keine Faltenbildung möglich, gefesselte Haut“ oder Einschränkung der Aktivitäten des täglichen Lebens durch eingeschränkte Beweglichkeit der Gelenke oder Ulzerationen oder extremen Pruritus
ICD-Kode		L99.21*	L99.2*	L99.23*
Mund	keine Symptome Keine Veränderungen oder minimale unspezifische Veränderungen	milde Symptome mit typischen Veränderungen, aber normale orale Ernährung möglich	moderate Symptome und partielle Einschränkung der oralen Einfuhr	schwere Symptome mit typischen Veränderungen erhebliche Einschränkung der oralen Einfuhr
ICD-Kode		K93.41*	K93.42*	K93.43*
Augen	Keine Veränderungen	milde Augentrockenheit ohne Beeinträchtigung der allgemeinen Lebensqualität, < 3×/Tag Augentropfen, asymptomatische Keratokonjun. – sicca	moderate symptomatische Keratokonjunktivitis, > 3×/Tag Augentropfen oder Verschluss Tränenkanal ohne Beeinträchtigung des Sehvermögens	schwere Beeinträchtigung des Sehvermögens durch Pseudomembranen oder Cornealulcera oder Sehverlust oder Schmerzen, welche spezielle Brillengläser erfordern
ICD-Kode		H58.21*	H58.22*	H58.23*

Stadium	0	I	II	III
GI-Trakt	Keine Veränderungen	Schluckbeschwerden, Anorexie, Übelkeit, Erbrechen, abdominelle Schmerzen, Durchfall ohne signifikanten Gewichtsverlust (Gewichtsverlust < 5 %)	Symptome mit Gewichtsverlust 5-15 %	Symptome mit Gewichtsverlust > 15 %. Parenterale Zusatzernährung erforderlich oder Ösophagiale Dilatation erforderlich
ICD-Kode		K93.31*	K93.32*	K93.33*
Genital-Trakt (Vulvovagnial)	keine Symptome Keine Veränderungen oder minimale unspezifische Veränderungen	Symptome mit milden typischen Veränderungen aber kein Effekt auf Koitus und minimale Beschwerden bei gyn. Untersuchung	Symptome mit typischen Veränderungen und Schmerzen bei Koitus oder gyn. Untersuchung	Symptome mit schweren typischen Veränderungen (Strikturen, Verwachsungen der Labien, schwere Ulzerationen, Einführen des Spekulum nicht möglich)
ICD-Kode		N77.21*	N77.22*	N77.23*
Leber	Keine Veränderungen, normale Leberfunktion	Bili, ALAT, ASAT, AP < als 2× oberer Normwert (NW) (Bili < 3mg/dl bzw. 51mmol/l)	Bili > 3mg/dl (> 51mmol/l) oder Bilirubin und ALAT, ASAT, AP 2-5× oberer NW	Bili (> 110 mmol/l, > 5,5mg/dl) oder ALAT, ASAT, AP > 5× oberer Normwert
ICD-Kode		K77.21*	K77.22*	K77.23*
Lunge	keine Symptome, FEV1 < 80 % oder LFS = 2	milde Symptome (z. B. Luftnot bei Treppensteigen), FEV1 60–79 % oder LFS 3–5	moderate Symptome (z. B. Luftnot bei Gehen auf ebener Fläche) FEV1 40–59 % oder LFS 6–9	Ruhedyspnoe (O2 Bedarf) FEV1 < 39 % oder LFS 10–12
ICD-Kode		J99.21*	J99.22*	J99.23*

Stadium	0	I	II	III
Gelenke/ Fascien (Bindegewebe)	Keine Kontraktionen	leichte Steifheit der Arme und Beine, leichte Bewegungseinschränkung ohne Beeinträchtigung der Aktivitäten des täglichen Lebens	Steifheit der Arme und Beine oder Gelenkkontraktionen oder Erythem durch Fasciitis, moderate Beeinträchtigung der Beweglichkeit, (milde Beeinträchtigung der ATL)	Schwere Gelenkkontraktionen mit Beeinträchtigung der ATL (Unfähigkeit sich die Schuhe zuzubinden, Knöpfe aufzuknöpfen oder sich anzuziehen)
ICD-Kode		M36.51*	M36.52*	M36.53*

7.4.3 Immunkompromittierung nach Transplantation

Durch die Transplantation selbst:	D90 Immunkompromittierung nach Bestrahlung, Chemotherapie und sonstigen immunsuppressiven Maßnahmen
Bei medikamentöser Immunkompromittierung	Z94.81 Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation mit gegenwärtiger Immunsuppression

Der Kode *Z94.80 Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation ohne gegenwärtige Immunsuppression* sollte verwendet werden, wenn keine immunsuppressiven Medikamente mehr gegeben werden oder sonst keine Immunsuppression mehr vorliegt (z. B. nach Regeneration bei autologer Transplantation) und die Kriterien der Nebendiagnose erfüllt sind. Beispiel: Generalisierter Herpes zoster 4 Monate nach autologer Stammzelltransplantation.

7.4.4 Veno-occlusive Disease

Venöse okklusive Leberkrankheit	K71.80
---------------------------------	--------

Bis 2016 waren im ICD zwei verschiedene Codes für die VOD zu finden, ab 2017 wird die VOD als Untergruppe der toxischen Leberkrankheit mit dem o.g. Kode eindeutig verschlüsselt, bei dem alten Schlüssel K76.5 steht nun eindeutig ein Exklusivum für die VOD. Defibrotide zur Therapie der VOD wird mit dem Kode 6-005.k- verschlüsselt. Ab 2017 kann für Defibrotide ein krankhausindividuelles Zusatzentgelt (ZE 2019-131) vereinbart werden

7.4.5 Komplikationen bei der CAR-T-Zelltherapie

Bei der CAR-T-Zelltherapie können Komplikationen auftreten, die bisher selten vorkamen und für die bisher kein spezifischer Kode existiert.

7.4.5.1 Zytokin freisetzendes Syndrom (CRS)

Dieses Syndrom kann derzeit nur mit *T88.7 Nicht näher bezeichnete unerwünschte Nebenwirkung eines Arzneimittels oder einer Droge* kodiert werden, ein spezifischerer Kode wird beantragt. Die Schwere des Krankheitsbildes kann mit dem zusätzlichen Ausrufekode *R65.2! Systemisches inflammatorisches Response Syndrom (SIRS) nichinfektiöser Genese ohne Organkomplikationen* bzw. *R65.3 mit Organkomplikationen* kodiert werden.

Die Therapie dieses Syndroms ist u.U. die Gabe von Tocilizumab. Diese kann mit dem Kode 6-005.m- verschlüsselt werden und löst das bundeseinheitliche ZE 157 aus

Die Indikation für Tocilizumab wurde im Zuge der Zulassung der beiden CAR-T-Zellpräparate um das CRS nach CAR-T-Zellgabe erweitert.

7.4.5.2 Neurotoxizität nach CAR-T-Zelltherapie

Auch hierfür existiert kein spezifischer Kode. Wir empfehlen *G92.0 toxische Enzephalopathie* kombiniert mit *Y57.9! Komplikationen durch Arzneimittel* und bei epileptischen Anfällen

zusätzlich den Kode *G40.5 Spezielle epileptische Syndrome*, auch dieser kann mit Y57.9! kombiniert werden.

7.4.6 Weitere im Bereich der Transplantation benützte Kodes

Photopherese zur Behandlung der GVHD

Photopherese	8-824
--------------	-------

Es ist jede durchgeführte Photopherese zu kodieren.

Kodierung von Lymphomen nach Transplantation bzw. PTLD (Posttransplant lymphoproliferative disorder) siehe Kapitel 5.1.1

7.5 Beispiel Transplantation

Patient mit AML zur Stammzelltransplantation mit HLA-identem, nicht verwandten Spender mit u. a. akuter GVHD der Haut > 50 % der Hautoberfläche	
Diagnosen	ICD-10
Akute myeloische ohne Angabe einer Remission	C92.00
Zytostatika-induzierte Anämie	D61.10
Therapie-induzierte Granulopenie (weniger als 500 Neutrophile/ul für insgesamt 17 Tage)	D70.11
Sonstige Thrombozytopenie (transfusionspflichtig, nicht transfusionsrefraktär)	D69.58
Orale Mukositis	K12.3
Akute Graft-versus-Host-Krankheit Grad I und II	T86.01
GVHD der Haut Stadium 3	L99.13
Prozeduren	OPS
Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen, allogene, HLA-ident, nicht verwandt, ohne In-vitro-Aufbereitung	8-805.50

Art des Transplantates: allogene, ABO nicht kompatibel	5-930.21
Infektiologisches Monitoring bei Immunsuppression (genaue Bedingungen siehe OPS-Katalog)	1-930.0
Konditionierung mit Fludarabin /Melphalan Tag -6 bis -2	8-542.52
Methotrexat an Tag 1 und 3	8-542.21
Methotrexat an Tag 6	8-542.11
Ciclosporin i.v.	8-547.30
Transfusion von Erythrozytenkonzentrate	8-800.c-
Transfusion von Apherese-Thrombozytenkonzentrate	8-800.f-

8. Anhang

Hier finden Sie die Medikamente, die in der **Hämatologie und Onkologie Bedeutung** haben und kodiert werden müssen.

Im Fallpauschalenkatalog sind in der Anlage 2 zunächst Zusatzentgelte (Medikamente und Prozeduren) aufgelistet, für die ein fixer Preis abgerechnet werden kann. In der Anlage 5 sind dann die Preise für solche Medikamente und Prozeduren aufgeführt, die eine Preisabstufung beinhalten. In der Anlage 6 wiederum sind Zusatzentgelte aufgeführt, für die das InEK keinen Preis festgelegt hat. Diese Preise sind krankenhausesindividuell mit dem Kostenträger zu verhandeln. In der folgenden Zusammenstellung werden die für die Hämatologie und Onkologie wichtigen Medikamente aufgeführt. Für die Medikamente mit einer Preisabstufung ist in der Anlage 5 bzw. ohne Preisabstufung in Anlage 6 des Fallpauschalenkatalogs der Kode für die dem Patienten gegebene Menge des Medikamentes zu suchen und zu verschlüsseln. Bei vielen Medikamenten gibt es niedrige Einstiegsdosierungen für die Pädiatrie, die für erwachsene Patienten nicht abrechenbar sind. Wir empfehlen diese Codes trotzdem auch für erwachsene Patienten zu benutzen, um den Gebrauch des Medikamentes anzuzeigen.

Die OPS Codes sind im Kapitel 6 „Medikamente“ des OPS Katalogs des DIMDI zu finden. Insgesamt sind hier die Codes in sechs fortlaufende Listen eingeteilt (Liste 1: 6-001.-; Liste 2: 6-002.- etc.).

In den folgenden Tabellen finden Sie die für die Hämatologie/ Onkologie bedeutsamen ZE. Anlage bezeichnet die entsprechende Anlage des Fallpauschalenkatalogs 2019 in der das Zusatzentgelt abgebildet ist.

8.1 Zusatzentgeltfähige Medikamente

8.1.1 Zytostatika und Tyrosinkinaseinhibitoren

Abirateronacetat, oral (ZE 2019-112)	Anlage	Kode
17 Dosisklassen	6	6-006.2-

Aflibercept intravenös (ZE 2019-142)	Anlage	Kode
21 Dosisklassen	6	6-007.3-

L- Asparaginase aus Erwinia chrysanthemi, parenteral (ZE 2019-127)	Anlage	Kode
25 Dosisklassen	6	6-003.r-

Asparaginase, nicht pegyliert, parenteral (ZE 2019-128)	Anlage	Kode
11 Dosisklassen	6	6-003.n-

Asparaginase, pegyliert, parenteral (ZE 2019-129)	Anlage	Kode
25 Dosisklassen	6	6-003.p-

Azacytidin, parenteral (ZE 124)	Anlage	Kode
15 Dosisklassen	5	6-005.0-

Bortezomib, parenteral (ZE 2019-147)	Anlage	Kode
19 Dosisklassen	5	6-001.9-

Busulfan, parenteral (ZE2019-150)	Anlage	Kode
17 Dosisklassen ACHTUNG: nur für Kinder abrechenbar	5	6-002.d-

Cabazitaxel, parenteral (ZE 2019-113)	Anlage	Kode
20 Dosisklassen	6	6-006.1-

Carfilzomib, parenteral (ZE 2019-162)	Anlage	Kode
25 Dosisklassen	6	6-008.9-
Carmustin-Implantat, intrathekal (ZE 96)	Anlage	Kode
3 Dosisklassen	5	6-003.3-
Clofarabin, parenteral (ZE 142)	Anlage	Kode
29 Dosisklassen	5	6-003.j-
Cytarabin, liposomal, intrathekal (ZE 75)	Anlage	Kode
5 Dosisklassen	5	6-002.a-
Dasatinib oral (ZE 2019-91)	Anlage	Kode
18 Dosisklassen	6	6-004.3-
Decitabine, parenteral (ZE 156)	Anlage	Kode
18 Dosisklassen	5	6-004.4-
Docetaxel, parenteral (ZE 80)	Anlage	Kode
4 Dosisklassen	5	6-002.h-
Doxorubicin, liposomal, parenteral (ZE 52)	Anlage	Kode
22 Dosisklassen	5	6-001.b-
Doxorubicin, pegyliert, liposomal, parenteral (ZE 72)	Anlage	Kode
18 Dosisklassen	5	6-002.8-
Enzalutamid, oral (ZE 2019-141)	Anlage	Kode
17 Dosisklassen	6	6-007.6
Gemcitabin, parenteral (ZE 17)	Anlage	Kode
6 Dosisklassen	5	6-001.1-

Ibrutinib, oral (ZE 2019-145)	Anlage	Kode
19 Dosisklassen	6	6-007.e-

Imatinib, oral (ZE 2019-122)	Anlage	Kode
18 Dosisklassen	6	6-001.g-

Irinotecan, parenteral (ZE19)	Anlage	Kode
6 Dosisklassen	5	6-001.3-

Lenalidomid, oral (ZE 2019-77)	Anlage	Kode
20 Dosisklassen	6	6-003.g-

Mifarmutid, parenteral (ZE 2019-101)	Anlage	Kode
19 Dosisklassen	6	6-005.g-

Nab-Paclitxel, parenteral (ZE 2019-111)	Anlage	Kode
20 Dosisklassen	6	6-005.d-

Nelarabin, parenteral (ZE 2019-79)	Anlage	Kode
24 Dosisklassen	6	6-003.e-

Palifermin, parenteral (ZE 2019-155)	Anlage	Kode
12 Dosisklassen	6	6-003.2-

Paclitaxel, parenteral (ZE 63)	Anlage	Kode
7 Dosisklassen	5	6-001.f-

Pemetrexed, parenteral (ZE-2019-120)	Anlage	Kode
19 Dosisklassen	6	6-001.c-

Pixantron, parenteral (ZE 2019-157)	Anlage	Kode
21 Dosisklassen	6	6-006.e-

Sunitinib, oral (ZE 2019-74)	Anlage	Kode
15 Dosisklassen	6	6-003.a-

Sorafenib, oral (ZE 2019-75)	Anlage	Kode
18 Dosisklassen	6	6-003.b-

Temsirolimus, parenteral (ZE 2019-85)	Anlage	Kode
13 Dosisklassen	6	6-004.e-

Thiotepa, parenteral (ZE 2019-132)	Anlage	Kode
21 Dosisklassen	6	6-007.n-

Topotecan, parenteral (44)	Anlage	Kode
5 Dosisklassen	5	6-002.4-

Temozolomid, oral (ZE 78)	Anlage	Kode
20 Dosisklassen	5	6-002.e-

Trabectedin, parenteral (ZE 117)	Anlage	Kode
19 Dosisklassen	5	6-004.a-

Vinflunin, parenteral (ZE 135)	Anlage	Kode
19 Dosisklassen	5	6-005.b-

8.1.2 Antikörper

Bevacizumab, parenteral (ZE 74)	Anlage	Kode
19 Dosisklassen	5	6-002.9-

Blinatumomab, parenteral (ZE 2019-159)	Anlage	Kode
23 Dosisklassen	6	6-008.7-

Brentuximabvedotin (ZE 2019-140)	Anlage	Kode
18 Dosisklassen	6	6-006.b-
Cetuximab, parenteral (ZE 50)	Anlage	Kode
19 Dosisklassen	5	6-001.a-
Eculizumab, parenteral (ZE 154)	Anlage	Kode
20 Dosisklassen	5	6-003.h-
Infliximab, parenteral (ZE 2019-149)	Anlage	Kode
17 Dosisklassen	5	6-001.e-
Ipilimumab, parenteral (ZE 167)	Anlage	Kode
30 Dosisklassen	5	6-006.h-
Nivolumab, parenteral (ZE 2019-161)	Anlage	Kode
25 Dosisklassen	6	6-008.m-
Obinutuzumab, parenteral (ZE 2019-144)	Anlage	Kode
10 Dosisklassen	6	6-007.j-
Ofatumumab (ZE 155)	Anlage	Kode
17 Dosisklassen	5	6-006.4-
Panitumumab parenteral (ZE 116)	Anlage	Kode
14 Dosisklassen	5	6-004.7-
Pembrolizumab parenteral (ZE 2019 - 160)	Anlage	Kode
28 Dosisklassen	6	6-009.3-
Pertuzumab parenteral (ZE-2019-158)	Anlage	Kode
15 Dosisklassen	6	6-007.9-

Ramucirumab, parenteral (ZE 2019-146)	Anlage	Kode
22 Dosisklassen	6	6-007.m-

Rituximab, intravenös (ZE 2019-151)	Anlage	Kode
19 Dosisklassen	6	6-001.h-

Tocilizumab, intravenös ZE 157)	Anlage	Kode
14 Dosisklassen	5	6-00.5m-

Rituximab, subkutan (ZE 2019-103)	Anlage	Kode
6 Dosisklassen	6	6-001.j-

Trastuzumab, intravenös (ZE 2019-153)	Anlage	Kode
21 Dosisklassen	6	6-001.k-

Trastuzumab, subkutan (ZE 2019-104)	Anlage	Kode
6 Dosisklassen	6	6-001.m-

8.1.3 Antimykotika

Amphotericin B, liposomal, parenteral, (Ambisome [®] , ZE 110)	Anlage	Kode
29 Dosisklassen	5	6-002.q-

Amphotericin-B-Lipidkomplex, parenteral (Abelcet [®] , ZE 2019-80)	Anlage	Kode
22 Dosisklassen	6	6-003.1-

Anidulafungin, parenteral (ZE 2019-154)	Anlage	Kode
27 Dosisklassen	5	6-003.k-

Caspofungin, parenteral (ZE 2019-123)	Anlage	Kode
29 Dosisklassen	6	6-002.p-

Itraconazol, parenteral (ZE 113)	Anlage	Kode
22 Dosisklassen	5	6-002.c-

Micafungin, parenteral (ZE 128)	Anlage	Kode
28 Dosisklassen	5	6-004.5-

Posaconazol, oral, Suspension (ZE 150)	Anlage	Kode
23 Dosisklassen	5	6-007.0-

Posaconazol, oral, Tabletten (ZE 166)	Anlage	Kode
24 Dosisklassen	6	6-007.p-

Posaconazol, parenteral (ZE 2019-156)	Anlage	Kode
29 Dosisklassen	6	6-007.k-

Voriconazol, parenteral (ZE 2019-125)	Anlage	Kode
28 Dosisklassen	5	6-002.r-

Voriconazol, oral (ZE 2019-124)	Anlage	Kode
15 Dosisklassen	5	6-002.5-

8.1.4 Wachstumsfaktoren

Eltrombopag, oral (ZE 2019-143)	Anlage	Kode
24 Dosisklassen	6	6-006.0-

Filgrastim, parenteral (ZE 40)	Anlage	Kode
19 Dosisklassen	5	6-002.1-

Lenograstim, parenteral (ZE 42)	Anlage	Kode
19 Dosisklassen	5	6-002.2-

Lipegfilgrastim, parenteral (ZE 160)	Anlage	Kode
7 Dosisklassen	5	6-007.7-

Pegfilgrastim, parenteral (ZE 71)	Anlage	Kode
7 Dosisklassen	5	6-002.7-

Plerixafor, parenteral (ZE 143)	Anlage	Kode
22 Dosisklassen	5	6-005.e-

Romiplostim, parenteral (ZE 144)	Anlage	Kode
24 Dosisklassen	5	6-005.9-

Sargramostim, parenteral (ZE2019-33)	Anlage	Kode
24 Dosisklassen	6	6-001.4-

8.1.5 Immunmodulatoren und sonstige Medikamente

Aldesleukin, parenteral (ZE 48)	Anlage	Kode
22 Dosisklassen	5	6-001.8-

Anti-Human-T-Lymphozyten- Immunglobulin, parenteral (ZE 2019-46)		Kode
Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin vom Kaninchen, parenteral		8-812.3
Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin vom Pferd, parenteral		8-812.4

Interferon alfa-2a, nicht pegylierte Form, parenteral (ZE 2019-59)	Anlage	Kode
22 Dosisklassen	6	8-812.1-

Interferon alfa-2b, nicht pegylierte Form, parenteral (ZE 2019-60)	Anlage	Kode
23 Dosisklassen	6	8-812.2-

Defibrotid, parenteral (ZE 2019-131)	Anlage	Kode
25 Dosisklassen	6	6-005.k-

8.2 Blut und Blutprodukte (einschl. Stammzellen, DLI)

Erythrozytenkonzentrat (ZE 107)	Anlage	Kode
24 Dosisklassen	5	8-800.c-

Thrombozytenkonzentrat (ZE 146)	Anlage	Kode
46 Dosisklassen	5	8-800.g- 8-800.m-

Thrombozytenkonzentrat (ZE 164)	Anlage	Kode
46 Dosisklassen pathogeninaktiviert	5	8-800.h- 8-800.n

Patientenbezogenes Thrombozytenkonzentrat (ZE 108)	Anlage	Kode
30 Dosisklassen	5	8-800.6-

Apherese-Thrombozytenkonzentrat (ZE 147)	Anlage	Kode
47 Dosisklassen	5	8-800.f- 8-800.k-

Apherese-Thrombozytenkonzentrat (ZE 165)	Anlage	Kode
47 Dosisklassen pathogeninaktiviert	5	8-800.d- 8-800.j-

Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen (ZE 2019-35)	Anlage
Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen über Spenderdateien bei nicht-verwandten Spendern oder Bezug von hämatopoetischen Stammzellen von außerhalb Deutschlands bei Familienspendern	6

Fremdbezug von Donor-Lymphozyten (ZE 2019-99)	Anlage
Fremdbezug von Donor-Lymphozyten über Spenderdateien bei nicht-verwandten Spendern oder Bezug von Donor-Lymphozyten von außerhalb Deutschlands bei Familienspendern	6

Stammzellboost (ZE 2019-44)	Anlage
Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen: Stammzellboost nach erfolgter Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen: Nach In-vitro-Aufbereitung	6

Antithrombin III, parenteral (ZE 47)	Anlage	Kode
17 Dosisklassen	5	8-810.g-

Prothrombinkomplex, parenteral (ZE 30)	Anlage	Kode
Nicht abrechenbar wenn ZE 2019-97 (Bluter) abgerechnet wird.		
12 Dosisklassen	5	8-812.5-

Granulozytenkonzentrate (ZE 2019-34)	Anlage	Kode
12 Dosisklassen	6	8-802.6-

Human-Immunglobuline, spezifisch gegen Zytomegalie-Virus (CMV), parenteral (ZE 64)	Anlage	Kode
15 Dosisklassen	5	8-810.s-

Human-Immunglobuline, polyvalent, parenteral (ZE 93)	Anlage	Kode
28 Dosisklassen	5	8-810.w-

Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Varicella-Zoster-Virus (VZV), parenteral (ZE 67)	Anlage	Kode
14 Dosisklassen	5	8-810.t-

Human- Immunglobulin, spezifisch gegen Hepatitis-B-surface-Antigen, parenteral (ZE 51)	Anlage	Kode
20 Dosisklassen	5	8-010.q-

Behandlung mit Blutgerinnungsfaktoren (krankenhausindividuelle ZE)	Anlage	Kode
ZE 2019-97: Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren: an bestimmte ICD-Diagnosen gebunden, in der Regel angeborene Gerinnungsstörungen (siehe FP-Katalog)	6 und 7	8-810.–
ZE 2019-137: Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII	6 und 7	8-810.6-
ZE 2019-138 Gabe von Fibrinogenkonzentrat	6 und 7	8-810.j
ZE 2019-139 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren	6 und 7	mehrere

ZE 2019-137 bis 139 sind wie beim ZE 2019-98 an bestimmte Diagnosen gebunden

8.3 Radioimmuntherapeutika

DOTATOC (ZE 2019-71)	Anlage	Kode
Radiorezeptorthherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga intravenöse	6	8-530.60

DOTATOC (ZE 2019-71)	Anlage	Kode
Radiorezeptorthherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga intraarteriell	6	8-530.a0

Ibritumomab-Tiuxetan (ZE 2019-70)	Anlage	Kode
Radioimmuntherapie mit ⁹⁰ Y-Ibritumomab-Tiuxetan, parenteral	6	6-003.6

SIRT (ZE 2019-65)	Anlage	Kode
Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie (SIRT) mit Yttrium-90-markierten Mikrosphären	6	8-530.a5
Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie (SIRT) mit Rhenium-188-markierten Mikrosphären	6	8-530.a6

8.4 Sonstige

ZE 2019-115	Molekulares Monitoring der Resttumorlast [MRD]: Molekulargenetische Identifikation und Herstellung von patientenspezifischen Markern	1-991.0
-------------	---	---------

ZE 2019-116	Molekulares Monitoring der Resttumorlast [MRD]: Patientenspezifische molekulargenetische Quantifizierung	1-991.1
-------------	---	---------

	Palliativmedizinische Komplexbehandlung (ZE 60)	Kode
ZE 60.01	Palliativmedizinische Komplexbehandlung, mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage	8-982.1
ZE 60.02	Palliativmedizinische Komplexbehandlung, mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage	8-982.2
ZE 60.03	Palliativmedizinische Komplexbehandlung, mindestens 21 Behandlungstage	8-982.3

	Spezialisierte stationäre palliativ- medizinische Komplexbehandlung	Kode
ZE 145.01	Spezialisierte stationäre palliativmedi- zinische Komplexbehandlung, mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage	8-96e.1
ZE 145.02	Spezialisierte stationäre palliativmedi- zinische Komplexbehandlung, mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage	8-96e.2
ZE 145.03	Spezialisierte stationäre palliativmedi- zinische Komplexbehandlung, mindestens 21 Behandlungstage	8-96e.3

ZE 2019- 134	Spezialisierte stationäre palliativmedi- zinische Komplexbehandlung durch einen externen Palliativdienst, (gestaffelt nach Stunden)	8-98h.1-
-----------------	--	----------

ZE 2019-133	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst , (gestaffelt nach Stunden)	8-98h.0-
-------------	--	----------

	Zellapherese (ZE2019-15)	Anlage	Kode
ZE 2019-15	Zellapherese (therapeutisch)	6	8-823
	Spezielle Zellaphereseverfahren	6	8-825.-

	Extrakorporale Photopherese (ZE 37)	Anlage	Kode
ZE 37	Photopherese	5	8-824

	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	Anlage	Kode
ZE 130	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen,	5	9-200.-

	Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten	Anlage	Kode
ZE 162	Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (FPkatalog, Anhang 1, Tabelle 1)	5	9-984.-
ZE 163	Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (FPkatalog, Anhang 1, Tabelle 2)	5	9-984.-

	Chemosaturations-Therapie mittels perkutaner Leberperfusion (ZE 2019-117)	Kode
ZE 2019-117	Perkutane geschlossene Organ-perfusion mit Chemotherapeutika: Leber: mit externem Blutfilter	8-549.01

8.5 Hämatologisch und onkologisch wichtige NUB

Die Tabelle enthält die NUBs, die 2018 den Status 1 erhalten haben und die NUBs, die von der DGHO als Antrag empfohlen wurden. Die Liste der 2019 mit dem Status 1 versehenen NUBs wird vom InEK Ende Januar/Anfang Februar 2019 veröffentlicht. Die Tabelle enthält weiterhin einige Medikamente, die verschlüsselt werden können, ohne dass sie ZE oder NUB sind.

Wirkstoff	Kode OPS 2019	2018 mit Status 1	2018 als Antrag für 2019 empfohlen
Abemaciclib	n.n.d		X
Afatinib	6-00a.0		X
Alectinib	n.n.d.	x	X
ARAC Dauno, liposomal	n.n.d.		X
Arsentrioxid, parenteral	6-005.5	x	X
Avelumab	6-00a.2	x	X
Atezolizumab	6-00a.1	x	X
Axicaptagene Ciloleucel	n.n.d		X
Axitinib, oral	6-006.g	x	X
Bezlotoxumab	n.n.b	4	X
Bosutinib, oral	6-007.4	x	X
Cabozantinib	6-008.8	X	X
Caplacizumab	n.n.d.		X
Ceritinib	6-008-a	x	X
Cobimetinib	6-008-c	x	X

Wirkstoff	Kode OPS 2019	2018 mit Status 1	2018 als Antrag für 2019 empfohlen
Crizotinib, oral	6-006.c	x	X
Dabrafenib, oral	6007.5	x	X
Daratumumab	6-009.a	X	X
Denileukin Diftitiox, parenteral	6-005.6	x	X
Durvalumab	n.n.d		X
Elotuzumab	6-009.d	x	X
Emicizumab	n.n.d.		X
Encorafenib/Bimetinib	n.n.d		X
Eribulin	6-006.5	x	X
Everolimus bei Neplasie	6-005.8	x	X
Gemtuzumab-Ozogamicin			X
Idarucizumab	n.n.d	x	X
Idelalisib	6-007.f	x	X
Inotuzumab-Ozogamicin	6-00a.8	x	X
Irinotecan liposomal	6-009.e	X	X
Isavuconazol	6-008.g 6-008.h	1	X
Ixazomib	6-00a.9	x	X
Lenvatinib	6-008.j	X	X
Letermovir	n.n.d		X
Midostaurin	6-00a.b	x	X
Mogamulizumab	n.n.d		X
Necitumumab	6-009.g	X	X
Nilotinib	6-004.6	X	X
Nintedanib bei Neoplasie	n.n.d		X
Niraparib	6-00a.c	x	X
Olaparib	6-009.0	X	X
Olaratumab	6-009.h	X	X
Osimertinib	n.n.d	4	X
Pacritinib	n.n.d		X
Palbociclib	6-009.j	X	X
Panobinostat	6-009.2	X	X

Wirkstoff	Kode OPS 2019	2018 mit Status 1	2018 als Antrag für 2019 empfohlen
Pazopanib	6-005.a	X	X
Pomalidomid, oral	6-007.a	X	X
Ponatinib, oral	6-007.b	X	X
Regorafenib, oral	6-007.c	4	X
Ribociclib	6-00a.f	x	X
Ruxolitinib	6-009.4	X	X
Situximab	6-008.1	X	X
Sonidegib	n.n.d.		X
Streptozocin	n.n.d		X
Talimogen Laherparepvec	n.n.d	4	X
Temozolamid i. v.	6-005.c	X	X
Tisagenlecleucel	n.n.d.		X
Tivozanib	6-00a.j	x	X
Trametinib	6-009.7	X	X
Trastuzumab-Emsantin, parenteral	6-007.d	X	X
Trifluridin – Tipiracil	6-009.n.	X	X
Vandetanib	6-009.8	x	X
Vemurafenib, oral	6-006.f	x	X
Venotoclax	6-00a.k	x	X
Vismodegib	n.n.d	4	X
Übertragung von virusspezifischen Spender-Immunzellen nach allogener Stammzelltransplantation (SZT)	8-802.–	x	X

n.n.d = noch nicht definiert. Für diese Verfahren wurde im OPS 2019 Katalog noch kein Prozedurencode festgelegt. Wir empfehlen zur Dokumentation hausindividuelle Dummy-OPS zu definieren.

9. Index

A

Abirateronacetat 184
ABO-Kompatibilität 164
Adnexe 76
Agranulozytose 87, 92, 94
Aldesleukin 191
ALK-pos 58
Alkoholinjektion 158
ALL 56, 63, 138, 140-141
Allogen 167
AML 63, 68, 136, 138, 140-141
Amphotericin B, Lipidkomplex 189
Amphotericin B, liposomal 189
Ampulla Vateri 73
Analkarzinom 72, 139
Anämie 85
 aplastisch 86
 arzneimittelinduzierte 87
 autoimmunhämolytische 89
 Blutungs- 88
 Eisenmangel 87
 Evans-Syndrom 89
 Fanconi 90
 Folsäure-Mangel 88
 hämolytisch 88-89
 paroxysmale nächtliche
 Hämoglobinurie 89
 refraktär 67
 Sichelzelle 89
 Tumor 86
 Vitamin-B12-Mangel 88
 zytostatikainduziert 87, 90
Angiosarkom 80
Anidulafungin 189
Anti-Human-T-Lymphozyten 143,
 191
Antibiotikaphylaxe 120
Antikoagulantien 96
Antikörper 132, 143, 187
 Palifermin 186
 Panitumumab 143, 188
 radioaktiv markiert 143
 Rituximab 143
Antikörpermangel 120

Antikörpertherapie 35
Antimykotika 93, 189
Antimykotikum
 Amphotericin B 189
 Amphotericin-B-Lipidkomplex 189
 Anidulafungin 189
 Caspofungin 189
 Itraconazol 190
 Micafungin, 190
 Posaconazol 190
 Voriconazol oral 190
Antiphospholipidsyndrom 100
 Beta-2 Glykoprotein-
 Antikörper 100
 Cardiolipin-Antikörper 100
 Lupus-Antikoagulans 100
Antithrombin III 100, 193
APC-Resistenz 100
Apherese 163
Apherese-
 Thrombozytenkonzentrat 145
Arsentrioxid 198
Arteriographie 156-157
Arthropathie bei Hämophilie 95
Asparaginase 184
Aspergillose 110
Aszites 44, 46
Aszitespunktion 154
Aufbereitung 160, 163
Aufbereitung, virusspezifisch 173
Augen 79
Ausrufezeichen-Kode 26
Autolog 166
autonomes Nervensystem,
 Sarkom 81

B

B-ALL 56, 63, 141
Bakteriämie 104
bakterielle Infektion 103
Basis-DRG 31, 52
Basisassessment 149

- Behandlung 47
 - geplant 47
 - nicht durchgeführt 47
 - Bestrahlung 35, 37, 60, 85
 - Bestrahlung, Blutprodukte 144
 - Bevacizumab 187
 - Bezugsdatum OPS-Kode 27
 - Bindegewebesarkom 80
 - Biopsie 150, 153
 - Blinatumomab 187
 - Bluter 193
 - Blutgerinnungsstörung
 - angeboren 95
 - dauerhaft erworben 97
 - temporär 97
 - Blutkultur 107
 - Blutprodukte
 - Apherese-
 - Thrombozytenkonzentrat 192
 - Granulozytenkonzentrate 193
 - Thrombozytenkonzentrat,
 - patientenbezogen 192-193
 - Bluttransfusionen 143
 - Blutung 94
 - Arterielle Arrosionsblutung 95
 - gastrointestinale 97-98
 - hämorrhoidale 98
 - intracerebrale 95
 - Meläna 97
 - Netzhaut 95
 - pathol. vaginale 95
 - spinale, nicht-traumatische 95
 - spinale, postoperative 95
 - subarachnoidale 95
 - subdurale 95
 - Blutungsneigung 94
 - BNPNAS 81
 - Bortezomib 184
 - Bronchialkarzinom 74, 136
 - Budd-Chiari Syndrom 99
 - Bundesschlichtungsausschuss 34, 52
 - Burkitt-Lymphom 56
 - Burkitt-Typ, ALL 63
- C**
- Cabazitaxel 184
 - Candidainfektion 112
 - Capillary-leak-Syndrom 173
 - CAR-T-Zellen 172
 - Carfilzomib 185
 - Carmustin-Implantat 185
 - Caspofungin 189
 - Cauda equina-Syndrom 125
 - CD34-Selektion 163
 - Cetuximab 188
 - Chemotherapie 33, 132, 171
 - arteriell 135
 - hochgradig komplexe 140
 - intraperitoneal 135
 - intrapleural 135
 - intrathekal 135
 - intrazerebral 135
 - mittelgradig komplex 138
 - nicht komplex 135
 - Chlamydien 105
 - Chondrosarkom 80
 - chronische myeloische Leukämie 67
 - chronische myelomonozytäre Leukämie 67
 - CLL 55, 61
 - Clofarabin 185
 - Clostridium difficile 118
 - CML 67
 - CMML 67
 - CMV 113
 - CMV-Gastritis 113
 - CUP 35-36, 82
 - Cytarabin 185
- D**
- Defibrotide 180
 - Dendritische Zellen 147
 - Denileukin Diftitiox 199
 - Diagnostik Leukämie 151
 - DIC (disseminierte intravasale Gerinnung) 96-97
 - Dickdarm 72
 - Diffus großzelliges B-Zell-Lymphom 56
 - DIMDI 17
 - Divertikulitis 98

Divertikulose 98
Docetaxel 185
Donorlymphozyten 163, 171
DOTATOC 194-195
Doxorubicin, liposomal 185
Doxorubicin, pegyliert 185
Dünndarm 71-72
Dünndarmkrankheit,
immunoproliferativ 56

E

EBV nach TX 59
Eigenanamnese 38
Einzelspenderkonzentrat 145
Eisenmangel 88
Embolisation 157
Encephalopathie, toxisch 180
Endokrine Tumore 77
Engraftment-Syndrom 173
Enzephalopathie 108
Enzephalopathie, toxisch 125
Eosinophilenleukämie 67
Epistaxis 95
ernährungsmedizinische
Komplexbehandlung 148
Ernährungstherapie 147
Erythrozytendepletion 160, 163
Erythrozytenkonzentrat 192
Evans-Syndrom 91
Everolimus 199
Ewingsarkom 80
Ex-vivo-Zellkultursystem 152

F

Faktor-V-Leiden-Mutation 100
Faktorenmangel 95-96
Fallpauschalenkatalog 19
Fallpauschalenvereinbarung 17, 52
Fancon 90
Feinnadelpunktion,
endosonographisch 154
Fibrosarkom 80
Fieber 50, 103
Filgrastim 190
Follikuläres Lymphom 55
Folsäure-Mangelanämie 88

Fremdbezug
Hämatopoetische
Stammzellen 163

G

Gallenblase 73
Gallengangskarzinom 73
Gallenwege 73
Ganzkörperbestrahlung 35, 171
gastrointestinale Tumore 136, 140
Gastrointestinaltrakt 71
Gehirn 82
Gemcitabin 185
Genmutationsanalyse 152
GIST 80
Gliome 82, 137
Graft-versus-Host-Disease,
GvHD 174
Gramfärbung 115
Granulozytenkonzentrate 146, 193
Grenzverweildauer 31, 52

H

Haarzellenleukämie 55
Haemophilus influenzae 105
Hämatemesis 97
Hämatom, Muskel 95
hämolytisch-urämisches
Syndrom 87, 89
Hämophilie
A-Faktor VIII Mangel 96
B-Faktor IX Mangel 96
Hämoptye 95
hämorrhagische Diathese *Siehe*
Blutungsneigung 94
Hand-Fuß-Syndrom 127
haploident 167
Harnblase 76
Harnwegsinfekt 26
Hauptdiagnose 25, 29, 35, 51, 84
Hauptdiagnose, Malignom 33
Haut 78
Hemmkörperhämophilie 96
heparin-induzierte
Thrombozytopenie 91
Hepatitis, CMV 113

Herz 74
Hirnfarkt 100
Histiozytom 80
Histiozytose 66
HLA-Identität 164
HLA-Typisierung 151
HNO 70
HNO-Tumore 136, 139
Hoden 77
Hodentumor 137
Hodgkin 54, 140
Human-Immunglobuline 193
Hyperkalzämie 126
Hypersplenismus 92
Hyperthermie 141, 155
Hyperviskosität 126

I
Ibritumomab-Tiuxetan 195
ICD-10-CM 24
Ileus 126
Imatinib 186
Immunkompromittierung 179
Immunmodulatoren 143, 191
 Anti-Human-T-Lymphozyten-
 Immunglobulin 191
immunproliferative
 Dünndarmkrankheit 56
Immunsuppression 102, 114, 179
Immunthrombozytopenie (ITP, M.
 Werlhof) 91
In-vitro-Aufbereitung 160-162
Induktionstherapie 66
InEK 16
infektiologisches Monitoring 102
Infektionen 101
Infliximab 188
Interferon alfa-2a 191
Intraperitoneal 135
Intrathekal 135
intrazerebral 135
Ipilimumab 188
Irinotecan 186
Isoliereinheit 117
Isolierung 104-105, 116
ITP 91
Itraconazol 190

K
Kachexie 128
Kaposi 81
Karzinoidsyndrom 124
Keimzelltumor 37, 77
Knochen(mark)herde bei malignen
 Lymphomen 60
Knochenfraktur 85, 125
Knochenfraktur (Neubildungen) 60
Knochenmark Biopsie 150
Knochenmarkentnahme 160
Knochenmarkpunktion 85, 151
Knochensarkom 79
Kodierrichtlinie 28
Kolonkarzinom 72
Komplement freisetzendes Syndrom
 (CRS) 180
Komplexbehandlung 26, 116, 149
 bei MRE 116
Komplexbehandlung,
 ernährungsmedizinisch 148
Komplexes Staging 150
Komplikation 34
Komplikationen 31, 33, 51-52, 59,
 122, 128
Konditionierungsprotokolle 142
Kopfschmerz 40
Kreuz-Stern-System 25
Kryptokokkose 112
kutane T-Zell Proliferation 58
Kutanes Lymphom 55
Kyphoplastie 155

L
Lambert-Eaton 123
Langerhans-Zell-Histiozytose 68
Larynx 70-71
Leber 73, 80, 142
Leberperfusion 159
Leberpunktion 154
Leberzellkarzinom 73
Leiomyosarkom 80
Lenalidomid 186
Lenograstim 190
Leukämie 55
 akut, lymphatisch 63
 akut, myeloisch 63

- Chlorom 63
 - Promyelozytenleukämie 63
 - refraktär 61, 65, 69
 - Leukenzephalopathie 123
 - Leukostase 125, 163
 - Leukozyten nach ex-vivo-Kultur 147
 - Lipegfilgrastim 190
 - Liposarkom 80
 - Liquorpunktion 154
 - Lungenarterienembolie 100
 - Lymphangiosis carcinomatosa 45
 - Lymphknotenmetastasen 83
 - Lymphom 136
 - anaplastisch 58
 - Burkitt 56
 - diffus großzellig 56
 - folikuläres NHL = Keimzentrum
 - NHL 55
 - Hodgkin 54
 - HTLV-1 58
 - kutan 55
 - Malt-Lymphom 56
 - Mantelzelllymphom 55
 - Marginalzonenlymphom 55
 - mediastinales 56
 - Meningeosis lymphomatosa 59
 - Mykosis fungoides 58
 - Non-Hodgkin-Lymphom 54
 - Szary-Syndrom 58
 - Lymphom, Pleuraerguss 44
 - Lymphozyten
 - Entnahme von 162
 - Lymphyten, Gabe von 171
- M**
- M. Moschkowitz 89, 91
 - Magen 71
 - Magenkarzinom 139
 - Malignom in der Eigenanamnese 38
 - Malignom, Hauptdiagnose 33
 - Malignome, gleichzeitig 45
 - Malignomnachweis, fehlend 45
 - Mallory-Weiss-Syndrom 97
 - MALT-Lymphom 56
 - Mammabiopsie 153
 - Mammakarzinom 75, 137, 139
 - Mangelernährung 122
 - Mastozytose 68
 - Mastzellenleukämie 68
 - MDS 66, 136
 - Melanom 78, 137, 139
 - Meningeosis carcinomatosa 46, 82
 - Meningeosis lymphomatosa 59
 - Meningitis, Candida 112
 - mesenchymale Stammzellen 170
 - Mesenterialvenenthrombose 99
 - Mesenterium 81
 - Mesotheliom 81
 - Metastase 69, 83
 - als Hauptdiagnose 35
 - als Nebendiagnose 37
 - Brustdrüse 83
 - Dickdarm 72, 83
 - Dünndarm 72, 83
 - Gallenwege 83
 - Gehirn 82-83
 - Harnblase 76, 83
 - Haut 78, 83
 - Herz 84
 - Knochen 80
 - Leber 73, 83
 - Lunge 74, 83
 - Mediastinum 83
 - Meningeosis carcinomatosa 82
 - Nebenniere 78, 83
 - Niere 76, 83
 - Ovar 76, 83
 - Perikard 74, 83
 - peritoneal 83
 - Pleura 74
 - retroperitoneal 76, 83
 - ZNS 83
 - Metastase, Knochen 83
 - Metastasenkode
 - bei Leukämie 84
 - Methotrexat 138
 - MGUS 57
 - mismatch 165
 - Moschkowitz 87
 - MPNET 81
 - MRD 151
 - MRE 115
 - MRSA 115
 - Mukormykose 112

Mukosa-assoziiert 56
Mukositis 126
Mund 70
Myelodysplasie 67
Myelofibrose 63, 67
Myelom 84, 136
 multiples 57
myeloproliferative Erkrankungen 66
Mykoplasmen 105
Mykose 104
Mykosis fungoides 58

N

nachstationär 20
Nase 70-71
Nebendiagnose 29, 34-35, 37, 51
Nebenhoden 77
Nebenniere 77
Nebenschilddrüse 77
Nebenwirkungen, unvermeidbar 32,
 53
Nelarabin 186
Neoplasie
 multiple endokrine 77
Neurofibrosarkom 81
Neurotoxizität 180
Neutropenie 92, 104
NHL 54, 138
Niere 76, 83
Niereninsuffizienz 122
Niereninsuffizienz (Multiples
 Myelom) 60
Nierenversagen 109, 126, 129
Nilotinib 199
Nivolumab 188
NK-Zellen 147
Notfälle 127
NSCLC 136, 139
NUB 19, 26, 198

O

OPS 26
Organdysfunktion 108
Organperfusion der Leber 159
Ösophagitis, CMV 113
Ösophagitis; Candida 112

Ösophagus 71
Ösophagusblutung o.n.A 97
Ösophaguskarzinom 139
Osteolyse 60, 85
Osteomyelofibrose 67
Osteonekrose 125
Osteoporose 85
Osteoporose (Multiples Myelom) 60
Osteosarkom 80, 137
Ovar 76, 83
Ovarialkarzinom 137, 139

P

Palifermin 186
Palliativmedizin 149, 196
Panitumumab 143, 188
Pankreas 73, 77
Pankreaskarzinom 136, 139
Paraneoplasie 122
Paravasat 127
Paresen 125
Paroxysmale nächtliche Hämoglobi-
 nurie (PNH) 89
Pazopanib 200
Pegfilgrastim 191
Pembrolizumab 188
Pemetrexed 186
Penis 77
Perikardpunktion 154
peripheren Nerventumor 81
Peritonealkarzinose 46
perkutan-transluminale
 Gefäßintervention 157
permissive mismatch 166
Pfortaderthrombose 99
Pharynx 70
Phlebitis 99
Photopherese 158, 181
Plasmazellenleukämie 57
Plasmozytom 138
Plasmozytom, *siehe auch*
 Myelom 57, 136
Pleura 74, 83
Pleuraerguss 43, 83
Pleurahöhle 135
Pleuramesotheliom 139
Pleurapunktion 154

- Pleurodese 43
 PNET
 maligner peripherer neuroektoder-
 maler Tumor 81
 Pneumonie bei Mykosen 111
 Pneumonie, CMV 113
 Pneumonie, im Krankenhaus
 erworben 119
 Polycythämia vera 67
 Posaconazol 190
 Positivanreicherung 160, 163
 postthrombotisches Syndrom 100
 Posttransplant lymphoproliferative
 disorder 59, 181
 Primärkode 25
 Primärtumor 35
 Prolymphozytenleukämie 55
 Prophylaxe 120
 Prostata 77
 Prostatakarzinom 137
 Protein C 100
 Protein S 100
 Prothrombingen-Mutation 100
 Prothrombinkomplex 193
 Prozedur, nicht durchgeführt 48
 PTLD 58
 Punktion 154
 Aszites 154
 endosonografische FNP 154
 Leber 154
 lumbal, Liquor 154
 Perikard 154
 Pleura 154
 Schilddrüse 154
- R**
 Radiofrequenzablation 158
 Radioimmuntherapeutika 195
 Rasburicase 122
 Refraktäre Anämie 67
 Remissionsstatus 60, 64
 Restaging 38
 Retinitis, CMV 114
 Retransplantation 170
 Retroperitoneum 81
 Rezidiv 44
- Rhabdomyosarkom 80
 Rituximab 143, 189
- S**
 Sargramostim 191
 Sarkom 79-81, 137, 139
 Sarkom, Leber 73
 Schilddrüse 77
 Schilddrüsenpunktion 154
 Schmerz 41, 125
 Schmerzkode 41
 Schmerztherapie 149
 Schwannom 81
 Schwerkettenkrankheit 56
 Seitenlokalisation 27
 Sekundärkode 25
 Sepsis 106
 septischer Schock 109
 Sézary-Syndrom 58
 Sinusvenenthrombose 100
 SIRS 107
 SIRT 158, 195
 Sorafenib 187
 Speicheldrüsen 70
 Sphärozytose 89
 Spiegelmessung 138
 Staging 33
 Stammzellboost 169
 Stammzellenspender 162
 Stammzellentnahme 161
 Stammzellgewinnung 160
 Stammzelltransplantation 142, 163
 Staphylokokkeninfektion 104
 Stomatitis, Candida 112
 Strahlenpneumonitis 126
 Strahlentherapie 35
 Streptokokkeninfektion 104
 Sunitinib 187
 Supportivmedikamente 133
 Symptom 30, 40, 50-51
 Synovialsarkom 80
 Szintigraphie 158
- T**
 T- und B-Zell-Depletion 160, 163
 T-Zell-Lymphom 56, 58

- T-Zellen 147
 - TACE 157
 - teilstationär 18, 20
 - Temozolamid i.v. 200
 - Temozolomid, oral 187
 - Temsirolimus 187
 - Thalassämie 88
 - Therapietage 133
 - Thiotepa 187
 - Thrombophilie 99, 101
 - Thrombophlebitis 99
 - Thrombophlebitis migrans 100
 - Thrombose 99
 - Thrombozytenaggregationshemmer 96
 - Thrombozytenkonzentrat 192
 - Apherese 145, 192
 - gepoolt 144
 - pathogeninaktiviert 145
 - patientenbezogen 145, 192
 - Thrombozythämie 67
 - Thrombozytopathie 91
 - Thrombozytopenie 87, 90
 - heparin-induziert 91
 - transfusionsrefraktär 92
 - Thymom 140
 - Thymus 74
 - Tocilizumab 180
 - Topotecan 187
 - Trabectidin 187
 - Trachea 70-71
 - TRALI 126
 - Transfusion 86
 - Granulozyten 146
 - Transfusionen 143
 - transfusionsrefraktär 92
 - Transplantat-Versagen 174
 - Transplantation 137, 163
 - allogen 137
 - Trastuzumab 189
 - TTP 87
 - Tuben 76
 - Tumorkachexie 129
 - Tumorlyse 120
 - Tumorschmerz 41
 - Tyrosinkinaseinhibitoren 184
 - Nilotinib 199
 - Pazopanib 200
 - Sorafenib 187
 - Sunitinib 187
- U**
- Ureter 76
 - Urethra 76
 - Urothelkarzinom 137, 139
 - Uterus 75
- V**
- Vagina 75
 - Veno-occlusive Disease 179
 - Verdachtsdiagnose 40, 49
 - Verlegung 22, 49
 - Vertebroplastie 155
 - Vinflunin 187
 - Virus-Nukleinsäurebestimmung 102
 - Virusinfektion 104
 - virusspezifische Aufbereitung 173
 - vollstationär 20
 - von Willebrand-Syndrom
 - angeboren 96
 - erworben 96
 - Voriconazol oral 190
 - Voriconazol, parenteral 190
 - vorstationär 20
 - Vulva 75
- W**
- Wachstumsfaktoren 94, 132, 190
 - Waldenström 55
 - Weichteilsarkom 80
 - Werlhof 91
 - Wiederaufnahmeregelung 31, 52
 - Wirbelkörperkompression 60, 85
 - Wiskott-Aldrich Syndrom 91
- Z**
- Zellapherese 163
 - ZNS-Lymphom 136, 139
 - Zusatzentgelt 17, 20
 - ZVK-Wechsel 102
 - Zytokine 143

Zytostatika 133
Arsentrioxid 198
Cabazitaxel 184
Clofarabin 185
Doxorubicin, liposomal 185
Nab-Paclitxel 186
Nelarabin 186
oral 133
Temozolamid i.v. 200
Temsilimus 187
Vinflunin 187



Der Kodierleitfaden der DGHO hat sich bewährt und erscheint jetzt in seiner 14. Auflage. Ziel dieses Buches ist es, den Kolleginnen und Kollegen für hämatologische und onkologische Behandlungsfälle Kodierhinweise zu geben, die leicht verständlich sind und es jedem in der täglichen Routine ermöglichen, mit überschaubarem Aufwand Diagnosen und Prozeduren der behandelten Patientinnen und Patienten optimal zu kodieren.

Die vorliegende Ausgabe ist ein Regelwerk, das auf der Grundlage der Deutschen Kodierrichtlinien Version 2019 und unter Anwendung der ICD-10-GM Version 2019 und des OPS Version 2019 erarbeitet wurde.

Das Buch ist als Hilfe bei der Kodierung gedacht und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. In einigen Fällen wird das Nachschlagen in den ausführlichen Klassifikationssystemen notwendig sein.



ISBN 978-3-00-059773-2