

Kodierleitfaden

Hämatologie, Onkologie und
Stammzelltransplantation

Version 2022

Ein Leitfaden für die klinische Praxis

Herausgegeben von



Deutsche Gesellschaft für Hämatologie
und Medizinische Onkologie e. V.

Kodierleitfaden

Hämatologie, Onkologie und Stammzelltransplantation

Version 2022

Ein Leitfaden für die klinische Praxis

Herausgegeben von



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

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

17. aktualisierte Auflage 2022

Berlin, DGHO e. V.

ISBN 978-3-9821204-2-3

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 Prof. Dr. H. Ostermann

Klinikum der Universität München

Marchioninistraße 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

Herr Dr. M. Thalheimer

Qualitätsmanagement und Medizincontrolling

Universitätsklinikum Heidelberg

Im Neuenheimer Feld 672

69120 Heidelberg

markus.thalheimer@med.uni-heidelberg.de

Bei früheren Auflagen haben mitgewirkt

Herr Prof. Dr. N. Roeder

Roeder & Partner, Ärzte, PartG

Berater im Gesundheitswesen

Am Dorn 10

48308 Senden

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. C. Lotze, MSc

Onkologie und Hämatologie, Klinik Bavaria

An der Wolfsschlucht 1-2

01731 Kreischa

lotze@klinik-bavaria.de

Herr Dr. J. Schmier

Universitätsklinikum Heidelberg

Im Neuenheimer Feld 440

69120 Heidelberg

Johann.Schmier@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 2022	14
2. Fallpauschalensystem 2022	16
2.1 Das G-DRG-System 2022	18
2.1.1 Hämato-onkologische Aspekte in den G-DRG 2022	19
2.1.2 Teilstationäre Leistungen	19
2.2 Fallpauschalenkatalog 2022	19
2.2.1 Eingruppierung	19
2.2.2 Splitkriterien	20
2.2.3 Zusatzentgelte	20
2.2.4 Begriffsbestimmungen	21
3. Allgemeine Kodierregeln	26
3.1 Diagnosenklassifikation ICD	26
3.1.1 Kreuz-Stern-System (†*)	27
3.1.2 Ausrufezeichen-Kode (!)	28
3.2 Prozedurenklassifikation OPS	29
3.3 Regeln zur medizinischen Dokumentation	30
3.3.1 Hauptdiagnose	31
3.3.2 Nebendiagnose	32
3.4 Wiederaufnahmeregelerung – Bedeutung für die Onkologie	33
4. Spezielle Kodierregeln Onkologie	36
4.1 Auswahl und Reihenfolge der Codes [0201u]	36
4.2 Metastase als Hauptdiagnose [0201u]	38
4.3 CUP-Syndrom	39
4.4 Atypische Lokalisation	39
4.5 Metastasen als Nebendiagnosen	40

4.6	Spezialfälle [0201u]	41
4.6.1	Malignom in der Eigenanamnese, Restaging [0209u]	41
4.6.2	Symptombehandlung	43
4.6.3	Behandlung eines Rezidivs	47
4.6.4	Fehlender Malignomnachweis [0201u]	47
4.6.5	Mehrere Malignome gleichzeitig	48
4.6.6	Lymphangiosis carcinomatosa	48
4.6.7	Wachstum per continuitatem [0206a]	49
4.6.8	Ungenau bezeichnete Lokalisationen	50
4.7	Die geplante Behandlung kann nicht durchgeführt werden	50
4.8	Verdachtsdiagnosen [D008b]	52
4.9	Komplikationen	54
4.9.1	Reihenfolge der Codes für Komplikationen und Malignome	54
4.9.2	Wiederaufnahmeregelung – Bedeutung für die Onkologie	55
5.	Kodierung von Diagnosen	58
5.1	Lymphome (incl. CLL und andere leukämische NHL), Myelome	58
5.1.1	Histologie	58
5.1.2	Lokalisation/Ausbreitung/Komplikationen	63
5.1.3	Remissionsstatus	64
5.1.4	Refraktäre Erkrankung	66
5.1.5	Beispiel	66
5.2	Akute Leukämien	67
5.2.1	Klassifikation	67
5.2.2	Remissionsstatus	68
5.2.3	Refraktäre Erkrankung	69
5.2.4	Beispiel	69
5.3	Myeloproliferative Neoplasien, MDS und Histiozytosen	70
5.3.1	Klassifikation	70
5.3.2	Remissionsstatus	72
5.3.3	Refraktäre Erkrankung	73

5.4	Neubildung solider Organe	73
5.4.1	Tumoren aus dem HNO Bereich (Auswahl)	74
5.4.2	Gastrointestinaltrakt	75
5.4.3	Hepatobiliäres System und Pankreas	77
5.4.4	Lunge/Mediastinum/Pleura – Tumoren	78
5.4.5	Gynäkologische Tumoren	78
5.4.6	Urogenitale Tumoren	80
5.4.7	Endokrine Organe	81
5.4.8	Tumore der Haut	82
5.4.9	Augentumoren	83
5.4.10	Sarkome	83
5.4.11	Kaposi-Sarkome	85
5.4.12	Bösartige Neubildung des Gehirns	86
5.4.13	CUP – Syndrom	86
5.5	Metastasen einschließlich Lymphknotenmetastasen	87
5.6	Zytopenien	90
5.6.1	Anämien	90
5.6.2	Thrombozytopenie	95
5.6.3	Neutropenie und Agranulozytose	97
5.7	Hämostaseologie	99
5.7.1	Blutungen und Blutungsneigung (hämorrhagische Diathese)	99
5.7.2	Thrombosen und Thrombophilie	104
5.7.3	Medikamentöse Therapie bei angeborener Blutungsneigung	106
5.8	Infektionen	106
5.8.1	Infekt-Diagnostik	107
5.8.2	Fieber	108
5.8.3	Fieber unklarer Ursache (FuO), kein Nachweis von Keim oder Fokus	108
5.8.4	Fieber bei Neutropenie mit Erregernachweis, ohne Fokus	109
5.8.5	Fieber bei Neutropenie mit Fokus, ohne Erreger	110
5.8.6	Sepsis/SIRS	111
5.8.7	Aspergillose	116
5.8.8	Candida-Infektionen	117
5.8.9	Weitere Pilzinfektionen	118
5.8.10	Virus-Infektion	118

5.8.11	Resistente Keime und MRSA	120
5.8.12	Im Krankenhaus erworbene Pneumonie	124
5.8.13	Antibiotikaprophylaxe	125
5.9	Tumorlyse-Syndrom	126
5.10	Paraneoplasien, Komplikationen, Paravasat, Mangelernährung, Niereninsuffizienz	128
5.10.1	Paraneoplasien	128
5.10.2	Onkologische Komplikationen	130
5.10.3	Paravasat	133
5.10.4	Mangelernährung und Kachexie	134
5.10.5	Akutes Nierenversagen und chronische Nierenkrankheit	135
5.10.6	D90 Immunkompromittierung	137
6.	Kodierung von Prozeduren	139
6.1	Zytostatische Chemotherapie	139
6.1.1	Kodes für Chemotherapie	142
6.1.2	Beispiele für die Anwendung der Kodes	148
6.2	Therapie mit Antikörpern oder Zytokinen	151
6.3	Transfusionen	152
6.3.1	Transfusion von Erythrozyten	152
6.3.2	Transfusion von Thrombozyten	153
6.3.3	Transfusion von Leukozyten/Transfusion von Granulozyten	155
6.4	Ernährungstherapie	156
6.5	Schmerztherapie, Palliativmedizin, allg. Komplexbehandlung	157
6.5.1	Schmerztherapie	157
6.5.2	Palliativmedizin	158
6.5.3	Sonstige Komplexbehandlungen	159
6.6	Diagnostik und Arbeitstechniken	159
6.6.1	Spezifische Diagnostik bei hämatologisch – onkologischen Erkrankungen	159
6.6.2	Allgemeine diagnostische und therapeutische Prozeduren	163
6.6.3	Hyperthermie	165

6.6.4	Radiologische Prozeduren bei Tumorpatient*innen	166
6.6.5	Sonstige Techniken	169
7.	Stammzelltransplantation (Knochenmark und periphere Blutstammzellen) und Zelltherapie	170
7.1	Stammzellgewinnung/Zellgewinnung	170
7.1.1	Knochenmarkentnahme bei Patient*innen (Eigenspende)	170
7.1.2	Periphere Stammzellentnahme bei Patient*innen (Eigenspende)	171
7.1.3	Knochenmarkentnahme bei Spender*innen (verwandt oder nicht-verwandt)	171
7.1.4	Periphere Stammzellentnahme bei Spender*innen (verwandt und nicht-verwandt)	172
7.1.5	Entnahme von Lymphozyten	172
7.2	Stammzelltransplantation	173
7.2.1	Allgemeine Hinweise zur Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen	173
7.2.2	HLA-Identität	174
7.2.3	Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark	177
7.2.4	Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen	178
7.2.5	Stammzellboost nach erfolgter Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen und Retransplantation	180
7.2.6	Konditionierung und Ganzkörperbestrahlung	181
7.3	Gabe von Lymphozyten	182
7.3.1	Donorlymphozyten:	182
7.3.2	Gabe von Lymphozyten unabhängig der Stammzelltransplantation (z. B. CAR-T-Zellen)	182
7.4	Komplikationen nach KMT/SZT/CAR-T-Zellgabe	184
7.4.1	Engraftment	184
7.4.2	Graft-versus-Host-Disease (GvHD)	185
7.4.3	Immunkompromittierung nach Transplantation	190
7.4.4	Veno-occlusive Disease	191
7.4.5	Komplikationen bei der CAR-T-Zelltherapie	191

7.4.6	Weitere im Bereich der Transplantation verwendete Codes	192
7.5	Beispiel Transplantation	192
8.	Anhang	194
8.1	Zusatzentgeltfähige Medikamente	195
8.1.1	Zytostatika und Tyrosinkinaseinhibitoren	195
8.1.2	Antikörper	197
8.1.3	Antimykotika	198
8.1.4	Wachstumsfaktoren	198
8.1.5	Immunmodulatoren und sonstige Medikamente	199
8.2	Blut und Blutprodukte (einschl. Stammzellen, DLI)	200
8.3	Radioimmuntherapeutika	202
8.4	Sonstige	202
8.5	Hämatologisch und onkologisch wichtige NUB	204
9.	Index	208

Vorwort

Die 17. Auflage des Kodierleitfadens für die Leistungsdarstellung bei Patient*innen mit hämatologischen und onkologischen Erkrankungen wurde wie in den Vorjahren 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) erstellt.

Der Fallpaushalenkatalog des Jahres 2022 wurde mit einer sehr großen Verspätung veröffentlicht.

Die Corona Epidemie hat die Kalkulation des aG-DRG-Systems 2022 erheblich erschwert. Wesentliche Systemanpassungen wurden auf der Datenbasis 2019 vorgenommen und lediglich durch spezielle Anpassungen für mit COVID-19 infizierte Patient*innen auf der Basis der Daten von 2020 ergänzt.

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 2022 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 2022“ 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

Marchioninistr. 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 2022

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:

- Spezifische Codes bei Lymphknotenmetastasen an mehrere Regionen
- Klärung der Kodierung des PTLD durch Einfügungen bei C88.7- und D47.7
- Eigener Code für die septische Enzephalopathie G94.32*
- ICD-Differenzierungen für Leberversagen, Cholangitis, Pankreaserkrankungen und für die Pylorusstenose des Erwachsenen durch Kompression und Infiltration

OPS-Katalog:

- Neuer Code für die molekulargenetische Identifikation von krankheitsspezifischen Markern
- Neuer Code für die DNA-methylierungsspezifische Hochdurchsatzverfahren
- Neue Dosisstaffelungen und neue Codes für Medikamente
- Überarbeitung der Codes für die Chemotherapie mit genaueren Definitionen und Streichung zahlreicher Codes und Listen.

Fallpauschalenkatalog

- Erneut wurden einige bundeseinheitliche ZE zu krankhausindividuellen ZE umstrukturiert (Micafungin)
- Anpassungen für Patient*innen mit COVID-19-Infektion im Zusammenhang mit weiteren Parametern wie z. B. NON-

MRE-Komplexbehandlung, Pneumonie oder intensivmedizinischen Komplexpunkten im Sinne von Auf- und Abwertungen

- Anpassungen der Gruppierungsrelevanz von systemischen Chemotherapien insbesondere bei Lymphomen und Leukämien parallel zur Veränderung der OPS-Kodierung für die OPS-Kodes 8-542, 8-543 und 8-544.

Kodierrichtlinien

- Aufnahme aller Entscheidungen des Schlichtungsausschuss Bund nach §19 KHG

2. Fallpauschalensystem 2022

In diesem Kapitel wird das Fallpauschalensystem in der Version 2022 für die Hämatologie und Onkologie beschrieben. Seit der Version 2004 wurde das System kontinuierlich innerhalb der bestehenden Grenzen weiterentwickelt, bis 2020 die größte Systemveränderung über die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patient*innenversorgung auf bettenführenden Stationen aus dem G-DRG-System vorgenommen wurde. Dadurch kommt es auch zu der Namensänderung als aG-DRG-System, die einzelne Fallpauschale des aG-DRG-Kataloges heißt allerdings weiterhin DRG.

Unverändert ist das Grundprinzip, jeder Behandlungsfall wird über eine DRG-Fallpauschale und, falls zutreffend, über additive Vergütungskomponenten (unterschiedliche Formen der Zusatzentgelte, insbesondere auch neue Untersuchungs- und Behandlungsverfahren – NUBs), die es z. B. für verschiedene onkologische Medikamente gibt, vergütet. Die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten verändert das Prinzip der ökonomischen Bewertung stationärer Behandlungsfälle trotzdem in erheblichem Maße. Jede Fallpauschale ist nur noch nach dem durchschnittlichen Ressourcenverbrauch ohne den ausgegliederten Personalkostenanteil für die Pflege am Bett bewertet und bildet damit nur noch eine von jetzt zwei Komponenten des Preises für eine stationäre Behandlung.

DRG	Bezeichnung ⁶⁾	Bewertungs- relation bei Haupt- abteilung	Mittlere Verweil- dauer	Pflegeerlös Bewertungs- relation/Tag
1	3	4	6	14
R60A	Akute myeloische Leukämie m. hochkomplexer Chemoth., ...	7,615	50,0	1,0074
R60B	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie mit komplizierender Diagnose od. Dialyse od. Portimplantation und	5,684	34,2	1,0775

Auszug aus dem Fallpauschalenkatalog 2022 mit der neuen Spalte 14 für Pflegeerlös Bewertungsrelation/Tag.

Als Grundlage für die Festlegung der Erlöse dienten die Kalkulationsmodule für den Pflegedienst auf Normal-, Intensiv- und Dialysestation sowie anteilig für Pflegepersonal in bettenführenden Aufnahmestationen. Die Ausgliederung wirkt auch bei der Berechnung von Zusatzentgelten, falls in diesen auch anteilige Kosten für den Pflegedienst kalkulatorisch enthalten sind.

Der Fallpauschalenkatalog 2022 wurde 2021 im Gegensatz zu den Vorjahren nicht nur mit den Daten des Vorjahres (2020) sondern auch mit den Daten von 2019 erstellt bzw. kalkuliert.

Die Coronapandemie hat viele Daten stark beeinflusst. So sind DRGs, bei denen die Fallzahlen stark sanken in ihren mittleren Kosten erhöht, da Vorhaltekosten einer Klinik auch bei niedrigen Fallzahlen vorhanden waren.

Es wurden daher ein Vergleich mit den Daten von 2019 durchgeführt, um den Effekt der Coronapandemie zu erfassen und der neue Fallpauschalenkatalog in zwei Phasen entwickelt.

Die Coronafälle wurden vor allem über die Behandlungstage bei nicht multiresistenten , isolationspflichtigen Erregern (OPS Kode 8-98g.-) identifiziert und damit auch über die Länge des stationären Aufenthalt.

In einigen MDC wurden die Coronafälle in andere Basis-DRG verschoben, in anderen MDC neue Fallpauschalen für die Coronafälle etabliert.

2.1 Das G-DRG-System 2022

Unverändert ist das deutsche DRG-Institut InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH, www.g-drg.de) für das G-DRG-System zuständig. Das für die Klassifikationen von Diagnosen und Prozeduren verantwortliche Deutsche Institut für Dokumentation und Medizinische Information (DIMDI) ist 2020 in das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) integriert worden. Die Homepage www.dimdi.de ist aber nach wie vor für den Zugriff auf die Klassifikationen verfügbar.

Das G-DRG-System 2022 besteht aus:

- Fallpauschalenverordnung (FPV) 2022 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 2022 mit Regelungen zur Anwendung der medizinischen Klassifikationen ICD-10-GM und OPS Version 2022.
- Definitionshandbücher mit Auflistungen der gruppierungsrelevanten Parameter.
- Zertifizierte Grouper-Programme zur automatisierten Ermittlung der Fallpauschalen aus den Fall-Datensätzen

2.1.1 Hämato-onkologische Aspekte in den G-DRG 2022

Die neuen Kriterien bei der Chemotherapie beeinflussen teilweise die DRGs im hämatologischen Bereich. Fälle, die mit einer 2020 als mittelgradig-komplexen Chemotherapie über 5 Tage mit 2 Medikamenten (8-543.52) kodiert wurden, wurden für den Katalog 2022 überführt in die hochkomplexe Chemotherapie mit dem Code 8.544. So sind nun mehr Fälle in der R16Z und R66Z eingeordnet und haben die Bewertungsrelation beeinflusst. Eine genaue Analyse der Veränderungen sind mit den zum jetzigen Zeitpunkt zur Verfügung stehenden Informationen nicht möglich.

2.1.2 Teilstationäre Leistungen

Teilstationäre Leistungen der Onkologie sind nach wie vor nicht als DRG definiert. Gründe hierfür liegen wie in den Vorjahren in einer mangelnden Pauschalierbarkeit auf Basis des vorhandenen Datenmaterials. Erstmals finden sich aber teilstationäre Leistungen bei Kindern im Fallpauschalenkatalog 2021. Für 2022 wird ein neuer OPS-Code 8-01a für die teilstationäre intravenöse Applikation von Medikamenten über das Gefäßsystem bei Kindern und Jugendlichen etabliert.

2.2 Fallpauschalenkatalog 2022

Der Fallpauschalenkatalog ist in 24 organsystem-bezogene Hauptdiagnosegruppen (Major Diagnostic Category, MDC), eine Sondergruppe für besonders aufwändige Leistungen und eine Fehlergruppe eingeteilt. Der Fallpauschalenkatalog 2022 umfasst 1.292 DRGs. Davon sind 1.235 bundeseinheitlich bewertet, die unbewerteten DRGs müssen bezüglich der Vergütungshöhe krankenhausindividuell verhandelt werden.

2.2.1 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.

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

2.2.3 Zusatzentgelte

Neben dem DRG-Erlös können Zusatzentgelte nach einem in der FVP 2022 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). Auch im Bereich der ZE ist durch die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten eine Neubewertung vorgenommen worden. Dies ist im Einzelfall schwierig zu bewerten und deren Kalkulationsgenauigkeit ist daher eingeschränkt.

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

Erneut wurden Medikamente, die vormals NUB-Status 1 hatten in ein Zusatzentgelt überführt. Für onkologisch relevante Medikamente haben sich Änderungen ergeben. Folgende vormals mit NUB-Status 1 bewertete onkologische Medikamente sind jetzt ein Zusatzentgelt:

- ZE2022-191 Gabe von Dinutuximab beta, parenteral
- ZE2022-192 Gabe von Midostaurin, oral

Die CAR-T-Zelltherapie verfügt seit 2019 über einen spezifischen OPS-Kode (Transfusion von Lymphozyten, mit tumorspezifischer In-vitro-Aufbereitung, mit gentechnischer In-vitro-Aufbereitung; 8-802.24, 8-802.34). Für 2019 fanden sich erstmals Fälle in den Kalkulationsdaten, aufgrund einer eher geringen Fallzahl und uneinheitlicher Kosten (nach Kostenbereinigung der NUB-Entgeltbeträge) war aber die Etablierung einer eigenen Basis-DRG bzw. Zuordnung zur Basis-DRG A15 nicht möglich. Die Integration der CAR-T-Zelltherapie in das G-DRG-System wird weiter untersucht.

2.2.4 Begriffsbestimmungen

Stationäre Behandlung von Patient*innen 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 der Patient*innen zu Beginn der Behandlung vom Krankenhausarzt getroffen wird.

Die G-AEP Kriterien (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 die Patient*in als teil- bzw. vollstationär betrachtet werden kann. Falsch ist definitiv, dass für den Tatbestand „vollstationär“ die Patient*in immer länger als 24 h (oder über Nacht) im Krankenhaus verweilen muss.

Beispiel

Eine Patient*in 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 die Patient*in 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 eine Patient*in von Krankenhaus A in Krankenhaus B verlegt, so müssen tagesgleiche Verlegungsabschläge sowohl im Krankenhaus A als auch im Krankenhaus B der Fallpauschalen hingegenommen 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 Patient*innen plötzlich als „verlegt“ gelten, wenn sie binnen 24 Stunden in einem anderen Krankenhaus erneut aufgenommen werden.

Beurlaubung: Eine Beurlaubung liegt nach § 1 Abs. 7 FPV 2017 vor, wenn eine Patient*in mit Zustimmung des behandelnden Krankenhausarztes die Krankenhausbehandlung zeitlich befristet unterbricht, die stationäre Behandlung jedoch noch nicht abgeschlossen ist. Bei Fortsetzung der Krankenhausbehandlung nach einer Beurlaubung liegt keine Wiederaufnahme im Sinne von § 2 FPV vor. Vollständige Tage der Beurlaubung sind gesondert in der Rechnung auszuweisen und werden nicht zur Berechnung der Verweildauer herangezogen.

Die Entscheidung, wann von einer Entlassung und wann von einer Beurlaubung gesprochen werden soll, ist nicht trivial und von den individuellen Umständen abhängig zu machen. Wir empfehlen, dass Pausen, die durch äußere Umstände bedingt sind (z. B. kalendarische Pause, wichtige Feierlichkeiten etc.) als Beurlaubung zu handhaben. Behandlungspausen, die im Therapieprotokoll vorgesehen sind, sollten als abgeschlossener Behandlungsabschnitt gesehen werden und zu einer Entlassung führen.

Beispiel:

Eine Patient*in bekommt eine Strahlentherapie. Wegen des Feiertages Christi Himmelfahrt verlässt er am Mittwochabend die Station und kommt am Freitagmorgen zurück. Es handelt sich um eine Beurlaubung. Der Donnerstag zählt nicht zur Verweildauer.

Die Vorgaben zur Beurlaubung finden **keine Anwendung** bei onkologischen Behandlungszyklen, bei denen eine medizinisch sinnvolle Vorgehensweise mit mehreren geplanten Aufenthalten zu Grunde liegt. Es handelt sich in diesen Fällen um einzelne abgeschlossene Behandlungen, die durch eine reguläre Entlassung beendet werden.

Beispiel:

Eine Patient*in bekommt eine Chemotherapie, die am Tag 1-3 sowie 6-8 appliziert wird. Tag 3 fällt auf einen Freitag. Am Freitagabend verlässt er das Krankenhaus und kommt am Dienstagmorgen zum Tag 6 wieder ins Krankenhaus. Es handelt sich um eine Entlassung.

Verbringung: Eine Verbringung liegt im Gegensatz zu einer Verlegung grundsätzlich immer dann vor, wenn absehbar ist, dass die Patient*in nach der Leistungserbringung in der jeweiligen Institution in das aufnehmende bzw. die Hauptleistung erbringende Krankenhaus zurückverlegt wird. Die Patient*in verlässt somit das Krankenhaus für eine in Auftrag gegebene Behandlung durch einen Drittanbieter. Die Dauer einer Verbringung muss nicht zwingend auf einen Kalendertag begrenzt sein und kann auch mehrere Tage (leistungsbezogen) dauern. Da Verbringungsleistungen auch zu den Leistungen Dritter gemäß § 2 Abs. 2 Nr. 2 KHEntgG zählen, bekommt die leistungserbringende Institution ihre erbrachten Leistungen vom auftraggebenden Krankenhaus vergütet. Das Krankenhaus mit der Hauptleistung kodiert die zusätzlichen

Diagnosen und Prozeduren so, als wären sie von diesem selbst erbracht worden und kann die Leistungen bei der Gruppierung der DRG-Fallpauschale berücksichtigen. Fahrkosten werden im Rahmen einer Verbringung von den Krankenkassen nicht separat vergütet.

Beispiel:

Eine Patient*in leidet zusätzlich an einer uro-pelvinen Stenose. Zur Anlage von Harnleiterschienen wird er in eine externe urologische Klinik geschickt, wo Double-J-Katheter eingelegt werden.

Nach dem Eingriff wird die Patient*in wieder in die onkologische Abteilung des Hauptkrankenhauses transportiert. Das Hauptkrankenhaus weist die ICD-10 für uropelvine Stenose als Nebendiagnose und die durchgeführten OPS-Prozeduren aus, die urologische Klinik schickt der onkologischen Klinik eine Rechnung.

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 2022 ist die vom Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)) ist im Jahresverlauf 2020 im BfArM aufgegangen) herausgegebene „German Modification“ der Version 2022 maßgebend. ICD-10-Kodes sind alphanumerische Codes mit drei bis fünf Stellen, die vollständig (endständig) 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 Organsystemen gegliedert. Im „R“-Kapitel werden Symptome aufgelistet; das „Z“-Kapitel fasst besondere Konstellationen und Kontakthanlässe zum Gesundheitswesen zusammen, die keinem der anderen Kapitel zugeordnet werden können (z. B. Nachsorge oder Verdachtsfälle). Im abschließenden „U“-Kapitel sind Codes für besondere Zwecke (z. B. Funktionseinschränkungen, HIV-Kategorien, Antibiotikaresistenzen oder

die Klassifikation bestimmter Blutgerinnungsstörungen als „temporär“ oder „dauerhaft“) aufgeführt. . ICD-Kodes zur Abbildung von Fallkonstellationen im Zusammenhang mit COVID-19 sind ebenfalls im „U-Kapitel“ ergänzt worden.

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 Kodes 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, d. h. in der

Kodierpraxis, dass sie einem Primärkode zugeordnet werden müssen und können niemals als Hauptdiagnose verwendet 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 Code *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 Codes 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 Codes 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 Codes 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 BfArM (s. vorherigen Abschnitt) die Prozedurenklassifikation OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel) in der Version 2021 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 bespro-

chen. 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.

Hinsichtlich der Formulierungen der DKR haben sich zum Teil unterschiedliche Auslegungen auf Seiten der Kostenträger und der Medizinischen Dienste sowie bei den Leistungserbringern und den Fachgesellschaften entwickelt. Diese Auslegungen wurden dann in den jeweiligen Kodierempfehlungen der SEG 4 der MD-Gemeinschaft bzw. in den Publikationen der Fachgesellschaften beschrieben. Dies führte bei der Anwendung im konkreten Einzelfall oftmals zu einem Dissens bei Überprüfungen der Kodierung von Kliniken durch den Medizinischen Dienst. Nach § 19 Abs. 5 KHG hat der Schlichtungsausschuss bis zum 31. Dezember 2020 über die zwischen der Sozialmedizinischen Expertengruppe Vergütung und Abrechnung der Medizinischen Dienste (SEG-4) und dem Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (FoKA) bis zum 31. Dezember 2019 als strittig festgestellten Kodierempfehlungen entschieden. Die Entscheidungen wurden in die Kodierrichtlinien überführt können auch unter https://www.g-drg.de/Schlichtungsausschuss_nach_19_KHG/Entscheidungen_des_Schlichtungsausschusses eingesehen werden.

3.3.1 Hauptdiagnose

Die Hauptdiagnose ist nach der DKR D002u definiert als die „Diagnose, die rückblickend vom Zeitpunkt der Entlassung der Patien*innen 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 der Patient*in 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 D003u „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 der Patient*in, den Umgang mit abnormen Befunden ohne therapeutische Konsequenz und die Kodierung mehrerer Nebendiagnosen. Wird die häusliche Medikation der Patient*in 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 der Patient*in, 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 einer Patient*in 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 2022 Fallpauschalenverordnung) 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 Patient*innen, 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 Patient*innen 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 (The-

rapie) 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 beiden Jahren erfolgten im Kapitel 2 „Neubildungen“ der Deutschen Kodierrichtlinien keine wesentlichen Änderungen mehr. Das Kapitel 3 (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 [0201u]

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!), Überwachung der Folgen einer Chemotherapie 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:

Eine Patient*in 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::

Eine Patient*in 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 Portsystern

Proz: 5-399.5 Implantation und Wechsel Portsystern

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*in kommt wegen Infekt und nur der Infekt wird behandelt), so wird nach der Entscheidung des Bundesschlichtungsausschusses zu Folgebehandlungen bei Tumoren die Tumordiagnose für diesen Aufenthalt Nebendiagnose. (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, Tumor Nebendiagnose) und nach Behandlung von mehr als einer Folge/Komplikation (dann HD Tumor). Dabei wird nicht unterschieden, ob diese Folge Tumor- oder Therapie-bedingt ist. Diese wünschenswerte Klarstellung löst eine Vielzahl strittiger und häufiger Konstel-

lationen. Aufgrund der Wichtigkeit hier der Wortlaut der entscheidenden Passage: „Wird bei Patient*innen – 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.“

Weiterhin strittig mit dem MDK ist die Frage, ob diese Entscheidung die Hauptdiagnoseregul aufhebt, wenn die Veranlassung für den stationären Aufenthalt zwar eine Folge des Tumors war, aber der Tumor ebenfalls behandelt wird.

4.2 Metastase als Hauptdiagnose [0201u]

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 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:

Eine Patient*in 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 eine Patient*in 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:

Eine Patient*in 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 Patient*innenschweregrad 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.

Der Schlichtungsausschuss hat 2020 geregelt, dass bei der Errechnung des SAPS/TISS-Score im Bereich der Intensiv-Komplexbehandlung nur dann die Punkte für die Neoplasie

mit Metastase eingerechnet werden können, wenn die Metastase auch die Kriterien der Nebendiagnose erfüllt.

4.6 Spezialfälle [0201u]

4.6.1 Malignom in der Eigenanamnese, Restaging [0209u]

In der Kodegruppe **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 (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 geheilter Patient*in (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:

Eine Patient*in 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 **bekannten** Tumors stationär behandelt, nicht aber der Tumor selbst, ist das Symptom die Hauptdiagnose und der Tumor Nebendiagnose. [D002u]

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. [D003u] 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. [D003u] 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 [1806u]

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 [1806u].

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

Auswahl von lokalisierten Schmerzkodes:

Bezeichnung	Kode
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 Patient*innen 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*in 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 [0215q].

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 [0201u]

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 Primärlokalisation 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 Primärlokalisation 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 Kode 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. Die Kategorien C76-C80 umfassen bösartige Neubildungen, bei denen keine eindeutige Angabe über deren Ursprungsort vorliegt bzw. im Code enthalten ist, oder Neubildungen ohne Angabe des Ursprungsortes, die als „disseminiert“, „ausgebreitet“ oder „ausgedehnt“ bezeichnet sind.

4.7 Die geplante Behandlung kann nicht durchgeführt werden

Wird eine Patient*in zu einer elektiv **geplanten** Maßnahme stationär aufgenommen (z. B. Fortsetzung einer Chemotherapie) und diese Maßnahme kann aus irgendeinem Grund nicht durchgeführt werden, so dass die Patient*in **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:

Eine Patient*in soll bei einem Weichteilsarkom der rechten Schulter plangemäß zur Fortsetzung der Chemotherapie aufgenommen werden. Bei der Aufnahmeuntersuchung wird eine Infektion der Nasennebenhöhlen diagnostiziert, die Patient*in 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 Kode Z53 dann wird nicht verwendet. Für bestimmte nicht vollendete und abgebrochene Prozeduren, vor allem aus dem operativen Bereich, gibt es eigene Regeln zur Kodierung [P004f].

Nach sozialgerichtlicher 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 Hüftoperation 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. [O201n]

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

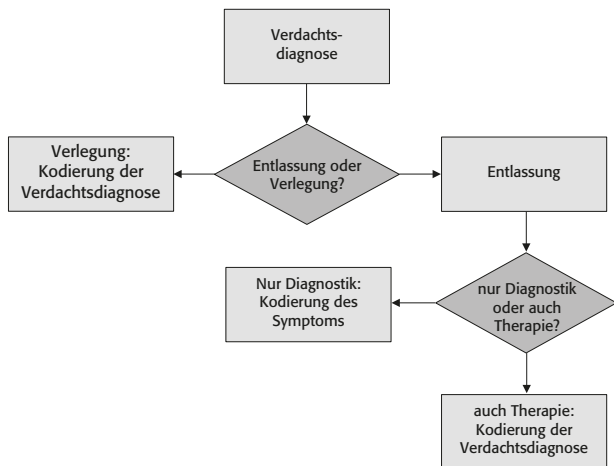
Bei Entlassung:

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 eine Patient*in mit einer Komplikation (als Symptom) vorstellt und die maligne Grunderkrankung (als die zugrunde liegende Krankheit) zum Zeitpunkt der Aufnahme bekannt ist und mit dem größeren Ressourcenaufwand behandelt wird bzw. während des Krankenhausaufenthaltes neu diagnostiziert wird, wird **das Malignom als Hauptdiagnose** kodiert [D002u]. 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 eine Patient*in 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 [D002u und Entscheidung des Bundesschlichtungsausschusses von Juli 2016].

4.9.2 Wiederaufnahmeregulung – 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 Patient*innen, 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 Patient*innen 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. Der Zeitraum zwischen den beiden Fällen gilt laut BSG dann als Beurlaubung. Ausnahme-

regelungen von der Fallzusammenführung laut FPV werden vom BSG ignoriert. Der Gesetzgeber hat auf diese verquere Rechtsprechung Ende 2018 mit der Klarstellung reagiert, dass die Regelungen der FPV per definitionem wirtschaftlich sind und daher dann keine Fallzusammenführung zu erfolgen hat (Pflegepersonalstärkungsgesetz von November 2018).

5. Kodierung von Diagnosen

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

5.1.1 Histologie

Bei Hodgkin- und Non-Hodgkin-Lymphomen erfolgt 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	Kode
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	Kode
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	Kode
Follikuläres 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
Follikuläres NHL (FL), nicht näher bezeichnet (ohne Grad-Angabe)	C82.9
Kleinzelliges B-Zell- Lymphom, lymphoplasmozytisches Lymphom (Immunozytom, wenn kein M. Waldenström) Marginalzonenlymphom (splenisch oder nodal, nicht MALT-Lymphom)	C83.0
Mantelzelllymphom (= zentrozytisches NHL)	C83.1

Bezeichnung	Kode
Makroglobulinämie Waldenström Lymphoplasmozytisches Lymphom mit IgM-Produktion	C88.0-

Bezeichnung	Kode
Sonstige Schwerkettenkrankheit Franklin-Krankheit Gamma-Schwerkettenkrankheit My-Schwerkettenkrankheiten	C88.2-
Immunproliferative Dünndarmkrankheit Alpha-Schwerkettenkrankheit 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 PTLD, 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	Kode
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	Kode
Sonstige nicht follikuläre 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	Kode
Nicht follikuläres 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. Restekode nur verwendet werden, wenn aufgrund diagnostischer Unsicherheit keine spezifische Diagnose gestellt werden konnte.

Bezeichnung	Kode
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	Kode
Mykosis fungoides	C84.0
Sézary-Syndrom	C84.1

Bezeichnung	Kode
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	Kode
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 werden mit C88.7- kodiert, „early lesions“ mit D47.4

Bezeichnung	Kode
Polymorphe posttransplantations- lymphoproliferative Krankheit)	C88.7-
PTLD (Posttransplant lymphoproliferative Krankheit, frühe Läsion)	D47.7

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 Codes 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	Kode
Nebendiagnose Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute (Meningeosis lymphomatosa) ¹	C79.3
Nebendiagnose Knochen(mark)herde bei malignen Lymphomen	C79.5
Nebendiagnose Osteolyse ▶	M89.5-
Nebendiagnose (Sternkode) Niereninsuffizienz bei Multiplem Myelom	N16.1*
Nebendiagnose (Sternkode) Osteoporose (d. h. diffuse Schädigung des Knochens) beim Multiplen Myelom ▶	M82.0-*
Nebendiagnose (Sternkode) Knochenfraktur bei Neubildungen (aller Art außer Wirbelkompression)	M90.7-*
Nebendiagnose (Sternkode) Wirbelkörperkompression bei 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	Kode
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 $> 1,5/\text{nl}$
- Lymphozyten weniger als $4/\text{nl}$
- Thrombozyten $> 100/\text{nl}$
- Hb über 11 g/dl bzw. $6,8 \text{ mmol/l}$ (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	Kode
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 AraC	8-544

5.2 Akute Leukämien

5.2.1 Klassifikation

Bei Leukämien erfolgt 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	Kode
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	Kode
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-

Bezeichnung	Kode
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-
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 2020 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 die Patient*in 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 Patient*innen in CR häufig eine 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 $> 1,0/\text{nl}$
- Thrombozyten $> 80/\text{nl}$
- 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 $> 1,0/\text{nl}$, Thrombozyten $> 100/\text{nl}$, Erythrozyten transfusionsunabhängig.

5.2.3 Refraktäre Erkrankung

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

Bezeichnung	Kode
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, antibiotisch behandelt	A41.9
Hypokaliämie (durch Kaliuminfusionen ausgeglichen)	E87.6
Prozeduren	OPS
Komplexe Diagnostik bei Erstdiagnose	1-941.0
Hochauflösende HLA-Typisierung	1-941.3
Knochenmarkpunktion bei Erstdiagnose	1-424
Knochenmarkpunktion im Verlauf (Frühpunktion)	1-424
Legen eines zentralvenösen Katheters	8-831.0
Induktionschemotherapie (DA)	8-544
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 Histiozyosen

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	Kode
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	Kode
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 seither weg.

Bezeichnung	Kode
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 Code 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 unbekannten 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 unbekannten 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	Kode
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	Kode
Parotis	C07
Glandula submandibularis	C08.0
Glandula sublingualis	C08.1
Große Speicheldrüsen, mehrere Teilbereiche überlappend	C08.8

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

5.4.2 Gastrointestinaltrakt

Ösophagus	Kode
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	Kode
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	Kode
Duodenum	C17.0
Jejunum	C17.1
Ileum	C17.2
Meckel-Divertikel	C17.3

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

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

Pankreas	Kode
Pankreaskopf	C25.0
Pankreaskörper	C25.1
Pankreasschwanz	C25.2
Ductus pancreaticus	C25.3
Endokriner Drüsenteil 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	Kode
Hauptbronchus	C34.0
Oberlappen (-Bronchus)	C34.1
Mittellappen (-Bronchus)	C34.2
Unterlappen (-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	Kode
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	Kode
Brustwarze und Warzenhof	C50.0
Zentraler Drüsenkörper	C50.1

Brust, incl. Sarkom der Brust	Kode
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	Kode
Labium majus inkl. Bartholin-Drüse	C51.0
Labium minus	C51.1
Klitoris	C51.2
Vulva, mehrere Teilb. überlapp.	C51.8
Vagina	C52

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

Harnblase	Kode
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	Kode
Urethra	C68.0
Paraurethrale Drüse	C68.1
Harnorgane, mehrere Teilbereiche überlappend	C68.8

Männliche Genitalorgane	Kode
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	Kode
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	Kode
Nebennierenmetastase	C79.7
Nebenniere, unsicheres Verhalten	D44.1

5.4.8 Tumore der Haut

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

Malignes Melanom	Kode
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)	Kode
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	Kode
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	Kode
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	Kode
Knochenmetastase	C79.5

Neubildungen des Bindegewebes ►►	Kode
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 Code aus C49, sondern mit der exakteren anatomischen Lokalisation angegeben werden.

Diese Ausnahmen sind in der folgenden Tabelle aufgeführt:

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

Ausnahmen bei Bindegewebsneubildungen (i. W. Sarkom)	Kode
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	Kode
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	Kode
Zerebrum, excl. Hirnlappen u. Ventrikel	C71.0
Frontallappen	C71.1
Temporallappen	C71.2
Parietallappen	C71.3
Okzipitallappen	C71.4
Hirnventrikel	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	Kode
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

Ab 2022 steht für die nähere Kodierung von Lymphknoten mehrerer Lokalisationen Sekundärkode zur Verfügung, gefolgt vom Primärkode C77.8 Lymphknoten mehrere Regionen

Sekundäre Schlüsselnummern zur Angabe mehrerer Regionen bei sekundärer und nicht näher bezeichneter bösartiger Neubildung der Lymphknoten	Kode
Lymphknoten des Kopfes, des Gesichts und des Halses	U69.50!
Intrathorakale Lymphknoten	U69.51!
Intraabdominale Lymphknoten	U69.52!
Axilläre Lymphknoten und obere Extremität	U69.53!
Inguinale Lymphknoten und untere Extremität	U69.54!
Intrapelvine Lymphknoten	U69.55!

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

Metastasen der Atmungs- und Verdauungsorgane	Kode
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
NS (auch Bindegewebe der Orbita und Aderhaut)	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
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 Bindegewebe 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

Metastasenkode 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 Kodes 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).

Ungeregelt 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 D003u, 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 $> 2 \text{ g/l}$ bzw. $> 1,2 \text{ mmol/l}$ in 24h oder Hb Abfall auf Werte $< 8 \text{ g/dl}$ bzw. $< 5,0 \text{ mmol/l}$ 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 Neben-

diagnose 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 medikamentöser 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
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

Alimentäre Anämien	Kode
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
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, Heterozygotes 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

Erworbene hämolytische Anämien	Kode
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
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*

Aplastische und sonstige Anämien	Kode
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

Wenn bei einer nutritiven Anämie 2 verschiedene Substratmangel vorliegen und beide behandelt werden, empfehlen wir den nach klinischer Abschätzung hauptsächlich die Anämie verursachenden Substratmangel mit dem Anämiecode, den anderen Substratmangel mit dem Substratcode anzugeben. Voraussetzung: Beide Mangelzustände wurden mit Nebendiagnosenaufwand behandelt.

Zum Beispiel:

Eine Patient*in hat eine ausgeprägte Vitamin-B12-Mangelanämie, kombiniert mit einem Folsäuremangel. Als führend wird der B12-Mangel angesehen. Beide Mangelzustände werden mittels parenteraler Substitution ausgeglichen. Aufgrund der Anämie muss die Patient*in stationär überwacht werden.

D51.3 sonstige alimentäre Vitamin B12-Mangelanämie und
E53.8 Mangel an sonstigen näher bezeichneten Vitaminen des Vitamin B-Komplexes (Mangel an Folsäure)

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 $L_c < 1,0 \text{ G/l}$, dann 2 Tage $L_c > 1,0 \text{ G/l}$, dann wieder 4 Tage $L_c < 1,0 \text{ G/l} = 7 \text{ Tage Neutropenie, D70.14}$). 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 $< 0,5 \text{ G/l}$ rechtfertigt bereits die Kodierung, weil das Auftreten einer Agranulozytose im klinischen Alltag grundsätzlich mit einem erhöhten Aufwand im Sinne der Nebendiagnoseregulung 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 $> 0,5 \text{ G/l}$) 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 zytostatikainduziert	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 Code 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	Kode
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	Kode
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 Gerinnungs-faktoren (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

Koagulopathien	Kode
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 (µg/ml)	< 1,0		1,0–5,0	> 5,0
Fibrinogen (g/l)	> 1,0	≤ 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	Kode
Hämatemesis	K92.0
Mallory-Weiss-Syndrom	K22.6
Ösophagus- und Magenvarizen bei andernorts klassifizierten Krankheiten, mit Blutung (s. u.)	I98.3*

Bezeichnung	Kode
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
Divertikulo <u>se</u> des Dickdarms ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	K57.31
Divertikulit <u>is</u> 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	Kode
Ulcus ventriculi	K25.-
Ulcus duodeni	K26.-
Ulcus pepticum, Lokalisation n. n. b.	K27.-
Ulcus pepticum jejuni (incl. Anastomosen-, gastrokolisch u. a.)	K28.-

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

Bezeichnung	Kode
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

Bezeichnung	Kode
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	Kode
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

Bezeichnung	Kode
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
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 (Antiphospholipid-syndrom, Lupus-Antikoagulans, Cardiolipin-Antikörper, Beta-2 Glykoprotein-Antikörper)	D68.6

Die Codes 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 o. n. A. 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 ZE 2022-97, OPS 8-810.-; 8-812.-). Die Gabe des Prothrombinkomplex bei Blutern erfolgt ebenfalls über das ZE 2022-97, eine gleichzeitige Abrechnung von ZE30 ist ausgeschlossen. Für die Applikation von Emicizumab bei Patient*innen mit Hämophilie A mit erworbenem Hemmkörper existiert der spezifische OPS Kode 6-00b.8 Applikation von Medikamenten, Liste 11 Emicizumab, parenteral, der zusätzlich zu 8-547.0 *Andere Immuntherapie mit nicht-modifizierten Antikörpern* anzugeben ist. Emicizumab kann nicht mittels ZE2022-97 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!

Seit 2020 gibt es einen neuen Kode für die Molekularbiologisch-mikrobiologische Diagnostik wie die Multiplex-PCR, FISH oder Sequenzierung bei Patient*innen 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 Kode für die Verdachtsdiagnose, z. B. der Kode

B99 Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten

verwendet. Alternativ können auch folgende Codes benutzt werden:

Bezeichnung		ICD-Code
Bakterielle Infektion, nicht näher bezeichnet	bei antibiotischer Therapie	A49.9
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 einer fiebernden Patient*in mit Neutropenie, kein Infektfokus nachweisbar, kein Keimnachweis, Patient*in erfüllt nicht die Sepsis-Kriterien (s. u.).

Bezeichnung	ICD-Code
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 [0103u]:

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

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 bezeichneter (Lokalisation)“	A49.8
Kode für Erreger, falls nicht im Infektionskode 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: Eine Patient*in 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/SIRS

Eine Sepsis wurde bis 2019 folgendermaßen kodiert:

- Sepsiskode und
- SIRS-Kode (Tabelle siehe unten) und
- Infektionskode, falls vorhanden und
- Erregerkode, falls nachgewiesen und
- Kodes für Organkomplikationen/Septischer Schock

Ab 2020 gilt als Änderung im Vergleich zu den bisherigen Kodiervorschriften, dass die Klassifikation der Sepsis den im Jahr 2016 publizierten Sepsis-3 Kriterien folgt.

Dabei gelten folgende Voraussetzungen:

Eine Sepsis wird anhand der SOFA-Kriterien diagnostiziert.

Ein SIRS ist keine Voraussetzung für den Nachweis einer Sepsis.

Ein SIRS mit Organdysfunktion kann als Sekundärkode zusätzlich zu einer Sepsis kodiert werden.

Ein SIRS ohne Organdysfunktion kann mit beliebigen anderen Infektionen, nicht jedoch mit einer Sepsis kodiert werden.

Organkomplikationen sind obligat zu verschlüsseln.

Für das initiale Screening auf das Vorliegen einer Sepsis sollte der Q-SOFA (Quick-SOFA) Score genutzt werden.

In diesen geht ein

Atemfrequenz 22/min

Verändertes Bewusstsein (GCS < 15)

Systolischer Blutdruck 100mmHg

Der qSOFA ist positiv, wenn mindestens 2 Kriterien erfüllt sind. Der qSOFA ist ein Screening Werkzeug, z. B. in der Notaufnahme oder auf der Normalstation. Nicht zu benutzen ist er bei Patient*innen, die bereits auf einer Intensivstation liegen. Ein qSOFA >1 bei Patient*innen mit einer Infektion legt den V. a. einer Sepsis nahe und sollte Anlass geben den SOFA Score zu kalkulieren. Es zählt das Ausmaß der Organdysfunktion.

Eine Sepsis ist bei einer Verschlechterung des SOFA Scores um mindestens zwei Punkte anzunehmen. Bei Patient*innen ohne vorbekannte Organdysfunktion ist der Ausgangs-SOFA-Score als 0 anzunehmen. Zur Kalkulation des Scores werden in 6 Organsystemen gemessene Einschränkungen mit Punkten bewertet. Der SOFA Score errechnet sich aus der Summe der Punkte.

Punkte	0	1	2	3	4
<i>Respiration</i> PaO ₂ /FiO ₂ , mmHg (kPa)	> 400 (> 53,2)	301–400 (39,9–53,1)	201–300 (26,6–39,8)	101–200 (13,3–26,5)	100 (< 13,3)
<i>Gerinnung*</i> Thrombozyten G/l	> 150	100 – 149	50–99	20–49	< 20
<i>Leber</i> Bilirubin, mg/ dl (mol/l)	<1,2 (< 20)	1,2–1,9 (20–32)	2,0–5,9 (33–101)	6,0–11,9 (102–204)	≥12 (≥205)
<i>Herz-Kreislauf</i> Hypotonie Katecholamine (g/kg/min)	MAD > 70 mmHg und keine Vasopressoren	MAD < 70 mm Hg und keine Vasopressoren	Dopamin 5 oder Dobutamin (jede Dosis)	Dopamin > und –15 oder (Nor)Adrenalin 0,1	Dopamin > 15 oder (Nor)Adrenalin > 0,1
<i>ZNS**</i> Glasgow Coma Scale	15	13–14	10–12	6–9	5

Punkte	0	1	2	3	4
Niere Kreatinin mg/dl (mol/l) Urinausscheidung ml/Tag	< 1,2 (< 110)	1,2–1,9 (110–170)	2,0–3,4 (171–299)	3,5–4,9 (300–400) oder Harn- ausscheidung < 500ml/ 24h	≥ 5 (≥ 440) oder Harn- ausscheidung < 200ml/ 24h

SOFA Score nach Vincent et al 1996.

- * Ein Abfall der Thrombozyten um $>30\%$ innerhalb der letzten 24 Stunden ist ebenfalls indikativ für eine Organdysfunktion. Eine akute Blutung oder immunologische Ursachen für die Thrombozytopenie ist auszuschließen.
- ** auch ohne Erhebung des GCS kann jede neu aufgetretene Verwirrtheit ebenfalls als indikativ für eine Organdysfunktion des ZNS

Zur Kodierung der Grundkrankheit Sepsis existieren Erreger assoziierte Codes aus den Kapiteln A und B des ICD-Katalogs (Sepsis Codes unter A40.- und A41.- und weitere Hinweise dort). Der Nachweis eines SIRS ist für die Diagnose Sepsis nicht erforderlich.

Ein SIRS kann mit einem Sekundärkode aus nachfolgender Tabelle kodiert werden, ist jedoch nicht mehr erforderlich zur Kodierung einer Sepsis.

Bezeichnung	Kode
Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese ohne Organkomplikationen	R65.0!
Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese mit Organkomplikationen (siehe SOFA Score)	R65.1!
Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] nichtinfektiöser Genese ohne Organkomplikationen	R65.2!
Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] nichtinfektiöser Genese mit Organkomplikationen	R65.3!

Bezeichnung	Kode
Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] nicht näher bezeichnet	R65.9!

SIRS-Kriterien:

- 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

Kode für Sepsis	z. B. A02.-; A32.7; A39.-, A40-A41.-B00.7; B37.7 B44.7
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	

Als Primärkode ist die die SIRS auslösende Grundkrankheit anzugeben. Dabei ist die Verknüpfung des Kodes R65.0! mit einer Sepsis nicht zulässig, da nach den Sepsis 3-Definitionen immer Organkomplikationen vorliegen. Stattdessen ist dieser Kode an eine Organinfektion wie z. B. eine Pneumonie oder eine Enteritis anzuhängen.

Tritt eine systemische Entzündungsantwort ohne Hinweis auf eine Infektion auf, besteht SIRS nichtinfektiöser Genese (R65.2!; R65.3!).

Septische Organkomplikationen sind gemäß DKR 0103u obligat zu kodieren. Beispiele für septische Organkomplikationen

Bezeichnung	Kode
Akutes Nierenversagen	N17.9-
Disseminierte intravasale Gerinnung (DIC) Verbrauchskoagulopathie	D65.1 ¹⁾
Azidose	E87.2
Septische Enzephalopathie	G93.32*
Atemnotsyndrom des Erwachsenen (ARDS)	J80.0-
Respiratorische Insuffizienz	J96.0-
Thrombozytopenie	D69.5-
Hyperbilirubinämie	K77.0* oder K72.0
Leberversagen	K72.0

¹ Zum Zwecke der Abrechnung der Zusatzentgelte ZE2022-97 bzw. ZE2022-137-139 muss zusätzlich die Schlüsselnummer, einer „dauerhaft erworbenen“ (U69.11!) oder „temporären“ (U69.12!) Blutgerinnungsstörung verschlüsselt werden.

Der septische Schock als schwerste Form der Organkomplikationen bei einer Sepsis wird **zusätzlich** mit

R57.2 Septischer Schock

verschlüsselt. Ein septischer Schock liegt vor, wenn trotz adäquater Volumengabe Vasopressoren notwendig sind, um einen mittleren Arteriellen Druck von 65 aufrecht zu erhalten.

Beispiel (Infektion ohne Organkomplikation):

Bronchopneumonie ohne septisches Kreislaufversagen, erfüllt aber SIRS-Kriterien:

J18.0 Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet

R65.0! SIRS infektiöser Genese ohne Organkomplikationen

Beispiel (Infektion mit Organkomplikation):

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

J18.0 Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet

A41.9+ Sepsis, nicht näher bezeichnet

R65.1! SIRS infektiöser Genese mit Organkomplikationen

R57.2 Septischer Schock

J96.00 Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch]

(zusätzlich ggf. OPS Codes für Intensivtherapie).

5.8.7 Aspergillose

Eine nachgewiesene invasive Aspergillose liegt dann vor, wenn histologisch eine Gewebsinvasion durch Pilzhypen 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 Patient*innen 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

Manifestation der Candida-Infektion	Kode
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
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 Zusammenchau 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 Sterncodes 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 Kode 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
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 Kode B95.6! für Staphylokokkus aureus angegeben.

MRSA-Infektion

Bezeichnung	Kode
Staphylokokkeninfektion, n. n. b.	A49.0

Bezeichnung	Kode
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 Kode 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 Kode 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 Patient*innen 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, Parainfluenza oder COVID19 zu verstehen. Diese Patient*innen können mit dem Code 8-98g „Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern“ verschlüsselt werden. Die Mindestmerkmale für diesen Code 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 Patient*innen im Krankenhaus erworben wurden.

Definitionsgemäß handelt es sich dabei um Pneumonien, welche frühestens 48 Stunden nach Aufnahme oder binnen 28 Tagen nach Entlassung auftreten. Seit 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 Qualitäts-

sicherung 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 Antibiotikaprophylaxe

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

Z29.28 Sonstige 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
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*

Paraneoplastisches Syndrom	Kode
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
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	

Paraneoplastisches Syndrom	Kode
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
Gynäkomastie	N62
Galaktorrhoe	N64.3

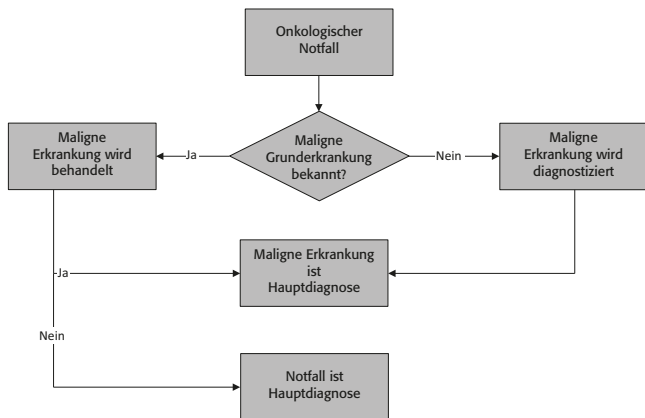
5.10.2 Onkologische Komplikationen

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-

Komplikation	Kode
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)	
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

Komplikation	Kode
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
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 Patient*innen, 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
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 $< 20 \text{ kg/m}^2$ und ein Gewichtsverlust von mehr als 2 % **oder**
- Nachweis einer Sarkopenie und ein Gewichtsverlust von mehr als 2 %.

Der Schlichtungsausschuss Bund hat am 30.9.2020 entschieden wann R64 Kachexie kodiert werden kann:

- Gewichtsverlust $\geq 5\%$ * in ≤ 12 Monaten bei Vorliegen einer Erkrankung **und Vorliegen von drei der folgenden Kriterien**
- Verringerte Muskelkraft (z. B. Handgriffstärke)
- Erschöpfung
- Appetitlosigkeit
- Niedriger Fettfreie Masse-Index (fettfreie Masse [kg]/Körpergröße²[m²])
- Abnorme Biochemie
 - Erhöhte Entzündungsmarker (CRP $> 5,0 \text{ mg/L}$, IL-6 $> 4,0 \text{ pg/mL}$, oder
 - Anämie (Hb $< 12 \text{ g/dl}$ bzw $7,4 \text{ mmol/L}$), oder
 - Niedriges Serumalbumin ($< 32 \text{ g/L}$)

* ohne Ödem, falls Gewichtsverlust nicht eruierbar, ist ein BMI $< 20,0 \text{ kg/m}^2$ für die Diagnose Kachexie ausreichend

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 der Patient*in um mindestens 50 % innerhalb der vorangehenden 7 Tagen oder
- Anstieg des Serumkreatinins über einem gemessenen Ausgangswert um mindestens $0,3 \text{ mg/dl}$ bzw. $26,5 \mu\text{mol/l}$ 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 gemessenen Ausgangswert oder anzunehmenden Grundwert innerhalb von 7 Tagen oder um mindestens 0,3 mg/dl bzw. 26,5 µmol/l gegenüber dem gemessenen Ausgangswert 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 gemessenen Ausgangswert oder anzunehmenden Grundwert 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 gemessenen Ausgangswert oder anzunehmenden Grundwert 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 Patient*innen 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

5.10.6 D90 Immunkompromittierung

Eine Ziffer, mit welcher der immununterdrückende Effekt vieler Therapien (auch der Immunkompromittierung nach allogener Transplantation) beschrieben werden kann, ist der Kode

D90	Immunkompromittierung nach Bestrahlung, Chemotherapie und sonstigen immunsuppressiven Maßnahmen
-----	---

- Kodierung nicht zusammen mit D70.- (siehe Exklusivum, D70)

- Kodierung bei Aufnahme wegen einer Folge der immunsupprimierenden Chemotherapie, z. B. einer Infektion
- Beeinflussung des Patient*innenmanagement nach D003I, z. B. durch breiteres und intensiveres Antibiotikumregime und/oder zusätzliche Überwachungsmaßnahmen wegen der Immunkompromittierung (Dokumentation!)

Ferner besteht die Möglichkeit der sachgerechteren Vergütung bestimmter Infektionen nach Stammzelltransplantation durch die Kodes aus Z94.8- (Näheres siehe Kapitel 6 Infektionen).

6. Kodierung von Prozeduren

6.1 Zytostatische Chemotherapie

Anmerkung: Eine systemische Chemotherapie 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.

Für die Kodierung der Chemotherapie stehen 3 OPS-Kodes mit ggf. Unterkodes zur Verfügung. Die bis 2021 gültigen Kodes und Definitionen hatten den Nachteil, dass sie teilweise widersprüchlich bzw. nicht klar definiert waren und auch nicht der Intension gerecht wurden, den unterschiedlichen Aufwand der infolge der Gabe dieser Medikamente eintritt zu differenzieren. So war es möglich, dass eine Induktionstherapie der Leukämie nach den Definitionen einem weniger komplexen Kode zuzuordnen war als eine ambulant durchführbare Therapie eines soliden Tumors. Anhand von Beispiellisten war versucht worden, die einzelnen Chemotherapien gemäß ihrem Aufwand einem der 3 Kodes zuzuordnen. Da jedoch immer wieder neue Therapieschemata eingeführt wurden und ältere Schemata nicht mehr genutzt wurden, waren die Beispiellisten seit langem nicht mehr auf dem neuesten Stand.

Der Aufwand einer Chemotherapie kann durch den personellen und substanzabhängigen Aufwand bei der Applikation der Medikamente bestimmt werden oder durch die Wirkungen und Nebenwirkungen, die die Chemotherapie auf die Patient*in hat.

Genau trennen kann man diese beiden Arten von Aufwand nicht; überwiegend kann man aber davon ausgehen, dass bei den Kodes 8-542.- und 8-543.- (nichtkomplex und mittelgradig komplex) überwiegend der personelle Aufwand und die Kosten der Zubereitung der Substanzen eine Rolle spielen, bei 8.544.-eher die Wirkung auf die Patient*in.

In der Neufassung 2022 wurden nun die Definitionen über Tage und Anzahl der Substanzen eindeutig zuordenbar festgelegt, dazu aufgelistet welche Substanzen damit gemeint sind. Zudem wurden dann einige der nun überflüssigen Unterkodes gestrichen. Bei der hochkomplexen Blockchemotherapie wurden Listen aufgestellt mit den gängigen Induktionstherapien bei Leukämien und hochmalignen Lymphomen, die analog zu Leukämietherapien angewandt werden. Die Listen wurden ergänzt und aktualisiert, so dass nun alle zur Zeit genutzten Induktionstherapien der Leukämiebehandlung unter diese Ziffer fallen, auch diejenigen die der Vorgabe 5 Tage, 2 Substanzen nicht entsprechen. Die Ziffer 8-544.1 wurde gestrichen, sie kann mit der zweimaligen Kodierung der 8.544 ersetzt werden.

Es sind die unterschiedlichen Begriffe Medikamente und Zytostatika ersetzt worden durch den Begriff Substanzen, so dass ein Medikament, das zwei Zytostatika enthält genau wie zwei einzelne Substanzen behandelt wird.

Zu Beginn des Kapitels 8-54 wird für alle drei Codes aufgeführt welche Substanzen gemeint sind und wie die Zählweise der Tage und Substanzen erfolgt.

Die folgenden Hinweise sind nur für die Kodes 8-542 ff., 8-543 ff. und 8-544 anzuwenden:

- Die Chemotherapie wird entsprechend der protokollgemäßen Dauer der während des stationären Aufenthaltes zu applizierenden subkutanen oder intravenösen Chemotherapie kodiert. Maßgeblich zur Bemessung der zu kodierenden Dauer der Chemotherapie sind die im Chemotherapieprotokoll gemachten Tagesvorgaben. Individuell notwendig werdende Verzögerungen bleiben unberücksichtigt
- Jeder stationäre Aufenthalt und jeder Block ist einzeln zu kodieren

Folgende Substanzen können gezählt werden:

- Alkylierende Substanzen
- Antimetaboliten
- Pflanzliche Alkaloide (mit Ausnahme von homöopathischen und anthroposophischen Mitteln und anderen pflanzlichen Mitteln)
- Zytotoxische Antibiotika und verwandte Substanzen
- Platin-haltige Verbindungen
- Methylhydrazine
- Amsacrin, Asparaginase und Derivate wie Pegaspargase, Pemtostatin, Topotecan, Irinotecan, Arsentrioxid, Denileukindiftitox, Bortezomib, Vorinostat, Romidepsin, Eribulin, Aflibercept, Carfilzomib, Belinostat und Talimogen laherparepvec sowie neue antineoplastische Substanzen mit unterjähriger Zulassung, die bisher noch nicht berücksichtigt werden konnten, mit Ausnahme von zellulären Therapien und unter Berücksichtigung der Inklusiva und Exklusiva
- Jede Substanz der o. a. Liste wird einzeln gezählt, auch wenn mehrere Substanzen in einem Medikament als Kombination enthalten sind
- Es werden die verwendeten Substanzen und nicht die Einzelapplikationen gezählt

- Fest an die Gabe von Substanzen gekoppelte Supportivmedikamente (z. B. Uromitexan nach Cyclophosphamid/Ifosfamid; Folinsäure nach Methotrexat), wirkungsverstärkende Substanzen (z. B. Leukovorin), Wachstumsfaktoren, Immunglobuline und Antikörper werden nicht als zusätzliche Substanzen gezählt

Der Kode 8-542.- nicht komplexe Chemotherapie wird definiert als Eintagestherapie mit 1 bis 2 Substanzen, der Kode 8-543.- mittelgradig komplexe Chemotherapie als eine Chemotherapie mit mindestens 1 Substanz an mindestens 2 Tagen oder als Eintagestherapie mit mindestens drei Einzelsubstanzen und der Kode 8-544 als eine Therapie über mindestens 5 Tage mit mindestens 2 Substanzen.

Mit dieser Definition entfallen viele Unterkodes und die Beispiellisten konnten gestrichen werden.

Unverändert bleibt der Kode für die intrathekale Chemotherapie bei 8-541.

6.1.1 Kodes für Chemotherapie

Die einzelnen Kodes stehen nun wie folgt zur Verfügung

6.1.1.1 Nicht-komplexe Chemotherapie:

Nicht komplexe Chemotherapie 1 Tag	8-542.1-
Nicht komplexe Chemotherapie 1 Tag 1 Substanz	8-542.11
Nicht komplexe Chemotherapie 1 Tag 2 Substanzen	8-542.12

Hinweis: Diese Kodes sind zu verwenden bei subkutaner oder intravenöser Chemotherapie mit 1-2 Substanzen (Zytostatika, Inhibitoren) als Eintages-Chemotherapie.

6.1.1.2 Mittelgradig-komplexe und intensive Chemotherapie

Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	8-543.-
--	---------

An 5. Stelle wird die Anzahl der Tage kodiert, an 6. Stelle die Anzahl der Substanzen.

Der Kode 8-543.12 wurde gestrichen, da eine Eintageschemotherapie mit 2 Substanzen nun genau der Definition des Kodes 8-542.12 entspricht. Ab 5 Tagen gibt es den Kode der mittelgradig komplexe Chemotherapie nur noch in der 6. Stelle mit 1, da alle Schemata mit mindestens 5 Tagen und mindestens 2 Substanzen der 8-544 zugeordnet werden.

Hinweis: Innerhalb des Chemotherapieblocks werden an mindestens 2 Tagen mindestens eine Substanz (Zytostatika, Inhibitoren) oder als Eintages-Chemotherapie mindestens 3 Substanzen subkutan oder intravenös verabfolgt oder es erfolgt eine komplexe und intensive Chemotherapie mit aufwendiger, messungsabhängiger Therapiesteuerung

Es zählen alle Substanzen, unabhängig davon, ob sie über alle zu berechnenden Tage verabreicht wurden oder über weniger Tage

6.1.1.3 Hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie

Hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	8-544
--	-------

Exkl.: Therapieblöcke mit 5-FU-Dauerinfusionen, Decitabin, Azacitidin und niedrig dosiertem ARA-C (8-543ff)

Hinweis: Es werden mindestens 2 Substanzen (Zytostatika, Inhibitoren) innerhalb eines Therapieblocks von mindestens 5 Tagen Dauer subkutan oder intravenös verabfolgt oder eines der folgenden Protokolle angewendet wird.

Bei Kindern und Jugendlichen:

Blöcke HR-1, HR-2, HR-3, F1, F2, R1, R2; Protokolle I, II oder III: Phase 1 oder 2 bei ALL

Blöcke SIA (F1 oder F2) oder SIB (Phase 1); SCA1 oder SCB1 (Phase 2), SCA2 oder SCB2 (Phase 3); SCA3-SCA7; SCB3 Part 1 oder 2, SCB4 Part 1 oder 2; Blöcke F1, F2, R1, R2; Protokoll II-Ida, Phase 1 oder 2; Clo/Cyc/Eto bei ALL-Rezidiven

Blöcke HAM, AIE, ADx (Induktion), AI, AI/2-CDA (Konsolidierungstherapie), HD-Ara-C/ETO (HAE), FLAG, FLAG-L-DNR, Ida-FLAG, ARAC/L-DNR bei AML

Kurs a, A4, A24, AA, AA24, AAZ1, AAZ2, AM, b, B4, B24, BB, BB24, BBZ1, BBZ2, BM, CC, Protokolle I, II oder III: Phase 1 oder 2 (a oder b) bei NHL

A1, A2, A3, B1, B2, B3, AV2, AV3, BV1, BV2, BV3, AM1, AM2, AM3, BM1, BM2, BM3, AMV2, AMV3, BMV1, BMV2, BMV3, CC, ICM und ICI bei NHL

Hochdosis-Methotrexat, mindestens 1,5 g/m² plus drei Tage Leucovorin-Rescue, auch ohne 2. Substanz

Bei Erwachsenen:

Induktionstherapie I oder II, Konsolidationstherapie I, Konsolidationstherapie II in high-risk oder very-high-risk ALL, Reininduktionstherapie I oder II bei ALL

Block A, B oder C bei B-ALL, aggressiven Lymphomen und ZNS-Lymphomen bei Patient*innen vor dem vollendeten 60. Lebensjahr („Bonner Protokoll“), BEAM, DEXA-BEAM bei NHL

CLAEg, Ida-FLAG oder Mito-FLAG bei AML oder ALL

AML-Induktion (A-EC, AIE, DA, LipDA, 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-Konsolidation (HAM, H-MAC, I-MAC, MAMAC, MHD-Ara-C/AMSA, MHD-Ara-C/Daunorubicin, MICE, NOVE)

Hochdosis-Cytarabin, mindestens 1 g/m² als Einzeldosis und mindestens 6 g/m² kumulativ, auch ohne 2. Substanz

Hochdosis-Methotrexat, mindestens 1,5 g/m² plus drei Tage Leucovorin-Rescue, auch ohne 2. Substanz

Dies ist nun keine Beispielliste mehr, sondern eine definitive Liste. Die Aufnahme neuer Schemata in diese Liste im Bereich der Leukämietherapie, die nicht den Vorgaben mindestens 5 Tage und mindestens 2 Substanzen entsprechen, müssen bei den jährlich stattfinden Revisionen des OPS beantragt werden.

Die im OPS bis 2021 aufgeführten Beispiellisten bei einigen soliden Tumoren und bei der Konditionierung vor Stammzelltransplantation fallen weg, hier gilt die Einordnung in einen der drei Codes nach Tagen und Substanzen. Die überwiegende Anzahl der Chemotherapieschemata erfüllen die Bedingung (mindestens 5 Tage und mindestens 2 Substanzen) bzw. sind nicht entscheidend für die Gruppierung in eine DRG.

Bei der Konditionierung vor Stammzelltransplantation werden, ggf. zusätzliche Codes für die Ganzkörperbestrahlung (8-523.4-) angegeben.

6.1.1.4 Erläuterung zur Anwendung der Codes

Durch die Revision der Codes für die Chemotherapien wurden bei den hochkomplexen Chemotherapien durch definitive Listen für einen großen Teil der Protokolle bei der Therapie von Leukämien und Lymphomen die Zuordnung festgelegt.

Neben diesen Listen der hochkomplexen Chemotherapien wurde für die Codes der nicht-komplexen und mittelgradig – komplexen Chemotherapie festgelegt, dass die Tage der Chemotherapie und Anzahl der Substanzen die Einordnung in die einzelnen Codes bestimmen. Für die Substanzen wurde nun neu genau definiert, welche Arzneimittel damit gemeint sind. Erläuterungen für die Zählung der Tage, wie sie in den früheren OPS-Katalogen erfolgt ist, fehlen im OPS-Katalog 2022. Die Definition eines Blockes ist nicht vorgenommen

worden, wird auch nur schwer umsetzbar sein, da doch in den verschiedenen Protokollen keine einheitlichen Vorgaben bestehen.

Bei der Überführung der OPS-Kodes von 2019 und 2020 in das DRG-System 2022 wurden die Kodes entsprechend der Definitionen überführt. Zum Beispiel wurden Fälle von 2020 mit einem Kode 8.543.52 (Mittelgradig komplexe Chemotherapie, 5 Tage, 2 Medikamente) mit dem Kode 8-544 (hochkomplexe Chemotherapie mit der Bedingung mindestens 5 Tage und mindestens 2 Substanzen) in die Kalkulation übernommen. Die Kodierung einer Chemotherapie mit 5 Tage Dauer und 2 Medikamenten hätte auch schon 2020 und früher mit dem Kode der hochkomplexen Chemotherapie erfolgen können, da dieser Hinweis schon bestand.

Wir empfehlen daher die Zählung der Tage wie in den Vorjahren vorzunehmen, da die Überführung der Kodes von 2020 in das DRG-System 2022 genau nach diesen Vorgaben erfolgte.

Regeln zur Berechnung der Therapietage (Beispiele siehe unter 6.1.2):

- Es zählen nur die Tage, an denen die Substanzen iv oder sc appliziert werden und einzelne Pausentage. Orale Medikamente zählen nicht!
- Tage der Vorspülung und Nachspülung zählen nicht.
- Protokollgemäße Pausen bis einen Kalendertag gelten weiterhin als ein Protokoll, werden auch mitgezählt (Diese Regelung war vor den neuen Definitionen erforderlich, kommt nun aber nicht mehr zur Anwendung bzw. extrem selten)
- Protokollgemäße Pausen ab zwei (Kalender)-Tagen führen dazu, dass ein neuer Kode 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)
- Bei Gabe von Hochdosis-Methotrexat unter $1,5\text{g}/\text{m}^2$ zählen die Tage mit Spiegelmessung zur Chemotherapie (Eine Chemotherapie mit Hochdosis-Methotrexat mit mindestens $1,5\text{g}/\text{m}^2$ plus 3 Tage Leukovorin-Rescue ist in der Liste der Protokolle, die mit 8-544 zu kodieren ist; eine Zählung der Tage ist daher bei der hohen Dosis nicht erforderlich).

6.1.1.5 Hyperthermie Chemotherapie

Das Verfahren wird verschlüsselt mit den Codes

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

Hinweis: HIPEC und HITOC sind Teil des nicht bewerteten Zusatzentgeltes ZE2022-49

6.1.1.6 Perkutane geschlossene Organperfusion (PGO) mit Chemotherapeutika inkl. 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 ZE2022-117

6.1.1.7 Druck-Aerosolchemotherapie (PIPAC)

Das Verfahren wird verschlüsselt mit dem Code

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

6.1.2 Beispiele für die Anwendung der Codes

6.1.2.1 Burkitt-Lymphom

Eine Patient*in mit einem Burkitt-Lymphom wird analog des ALL-Protokolls behandelt.

Im Block A1 erhält er am Tag 1 650 mg Rituximab, an Tag 2-6 Ifosfamid, an Tag 2 Methotrexat mit Leukovorin-Rescuean, Tag 5 und 6 Cytarabin und Etoposid und an Tag 8 6 mg Pegfilgrastim. An Tag 2 intrathekale Applikation von Methotrexat, Cytarabin und Dexamethason.

Dieser Therapieblock wird kodiert mit

8-547.0	Andere Immuntherapie: mit nicht modifizierte Antikörper (Datum Tag1)
6-001.h5	Rituximab , intravenös, 650 bis unter 750 mg (Datum Tag 1)
8-544	hochkomplexe und intensive Blockchemotherapie (Datum Tag 2)
8-541.0	Instillation von und lokoregionaler Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren: intrathekal (Datum Tag 2)
6-002.72	Pegfilgrastim, parenteral, 6 mg bis unter 12 mg (Datum Tag 8)

6.1.2.2 COPP-Protokoll:

Cyclophosphamid i. v. Tag 1 und 8

Vincristin i. v. Tag1 und 8

Procarbacin p. o. Tag 1 und 14

Prednisolon p. o. Tag 1 und 14

Der Kode für dieses Schema bleibt bei 8-542.12 und wird an Tag 1 und Tag 8 so kodiert.

6.1.2.3 Multiples Myelom

Bei einer Therapie eines fortgeschrittenen bzw. rezidivierenden Multilplen Myelom besteht ein Protokoll aus folgenden Bestandteilen.

Tag 1: Bendamustin i. v., Bortezomib s. c., Prednisolon p. o.

Tag 2: Bendamustin i. v., Prednisonol p. o.

Tag 4: Bortezomib s. c., Prednisolon p. o.

Tag 8: Bortezomib s. c., Prednisolon p. o.

Tag 11: Bortezomib s. c., Prednisolon p. o.

Tag 1, 2 und 4 werden zusammengefaßt mit dem Kode 8-543.42 angegeben

Tag 8 wird kodiert mit 8-542.11

Tag 11 wird kodiert mit 8-542.11

6.1.2.4 AML Konsolidierung

Eine Patient*in erhält zur Konsolidierung seiner AML das Hochdosis-Cytarbin Protokoll mit jeweils 3000 mg/m² an Tag 1,3 und 5.

Dieser Therapiezyklus wird kodiert mit

- 8-544 hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie.

Die Bedingung mindestens 5 Tage und 2 Substanzen wird zwar nicht erfüllt, jedoch die Bedingung:

Hochdosis-Cytarabin, mindestens 1 g/m² als Einzeldosis und mindestens 6 g/m² kumulativ, auch ohne 2. Substanz

6.1.2.5 AML Induktion

Eine ältere Patient*in, die nicht für eine intensive Chemotherapie geeignet ist, erhält als Induktionstherapie Dectabine über 6 Tage.

Dieser Therapiezyklus wird kodiert mit

- 8-543.61 mittelgradig-komplexe Chemotherapie: 6 Tage, 1 Substanz

Es ist zwar für ihn eine Induktionstherapie seiner AML, das Protokoll ist jedoch bei dem Code 8-544 ausgeschlossen

6.1.2.6 Methotrexat

Eine Patient*in mit einem NHL erhält zur Rezidivprophylaxe eines ZNS-Rezidivs bei Hochrisikopatient*innen R-MTX: er erhält Rituximab 650 mg, Methotrexat i. v. mit einer Dosierung von $3,5 \text{ g/m}^2$ mit mindestens 3 Tage Leukovorin-Rescue.

Dieser Therapiezyklus wird kodiert mit

8-547.0	Andere Immuntherapie: mit nicht modifizierten Antikörpern (Datum Tag 1)
6-001.h5	Rituximab , intravenös, 650 bis unter 750 mg (Datum Tag 1)
8-544	hochkomplexe und intensive Blockchemotherapie (Datum Tag 2)

Die Bedingung mindestens 5 Tage und 2 Substanzen wird zwar nicht erfüllt, jedoch die Bedingung:

Hochdosis-Methotrexat, mindestens $1,5 \text{ g/m}^2$ plus drei Tage Leukovorin-Rescue, auch ohne 2. Substanz

Bei einem Protokoll mit Therapie an 2 Tagen mit 2 Substanzen, wobei eine der Substanzen Methotrexat ist mit $0,5 \text{ g/m}^2$ mit Leukovorin-Rescue

Dieser Therapiezyklus wird kodiert mit

- 8-543.22 kodiert mittelgradig-komplexe Chemotherapie:
2 Tage, 2 Substanzen

6.1.2.7 Hodenkarzinom

Ein Patient mit Hodenkarzinom erhält das Protokoll PEI mit Etoposid, Ifosfamid und Cisplatin an den Tagen 1-5.

Dieser Therapiezyklus wird kodiert mit

- 8-544 hochkomplexe und intensive Blockchemotherapie
(Datum Tag 1)

Das Protokoll erscheint zwar nicht auf Liste der Chemotherapieprotokolle bei 8-544, aber die Bedingung mindestens 5 Tage und 2 Substanzen wird erfüllt.

6.2 Therapie mit Antikörpern oder Zytokinen

Therapie mit Antikörpern oder Zytokinen	Kode
Nicht modifizierte Antikörper (z. B. Rituximab, Alemtuzumab, Herceptin, Bevacizumab, 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 der Patient*in 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 Patient*innen 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 der Patient*in appliziert werden. Für die Bestrahlung steht kein OPS-Kode zur Verfügung. Bestrahlte Konserven sollten nicht automatisch als „patient*innenbezogen“ (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 Patient*innen 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.

Patient*innenbezogene Thrombozytenkonzentrate

Patient*innenbezogene 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 patient*innenbezogenen 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-
Patient*innenbezogene 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 Kode, 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 Intensivpatient*innen **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 Intensivpatient*innen) 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 in 2022 erstmals zusätzlich mit den

nach Tagen gestaffelten Codes anzugeben. Als medizinische Hauptbehandlung werden die Codes 8-015ff bzw. 8-016ff angewendet, die medizinische Nebenbehandlung (8-017ff oder 8-018ff) kann nur bei Nicht-ITS Patient*innen 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 Codes sind teilweise erlösrelevant (MRSA, Palliativmedizin usw.). Die genauen Bedingungen für die jeweiligen Codes 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 eine Patient*in mit einer Verweildauer von 6 Tagen (Belegungstage) durchaus eine Behandlungsdauer von 7 Tagen aufweisen.

2021 wurden in vielen Komplexcodes Änderungen vorgenommen. Es wird nun einheitlich unterschieden zwischen Strukturmerkmale und Mindestmerkmale, wobei das Krankenhaus die Strukturmerkmale durch den Medizinischen Dienst allgemein begutachten lassen muss; die Mindestmerkmale sich dann auf den zu prüfenden Fall beziehen und bei der Einzelfallprüfung erfüllt sein müssen.

6.5.1 Schmerztherapie

Neben Codes für die lokale Schmerztherapie gibt es einige Codes 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.

Komplexe 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.

Komplexe Diagnostik bei myeloischen und lymphatischen Neoplasien (ICD-10-GM C82-C88,C90-95; D46; D47)

Komplexe Diagnostik	1-941.0
niedrigauflösende HLA-Typsierung (Einfeldauflösung) mit Bestimmung von HLA-A, HLA-B, HLA-DR, differenziert nach Patient*in oder Verwandten	1-941.2-
hochauflösende HLA-Typsierung (Zweifeldauflösung) mit Bestimmung von HLA-A, HLA-B, HLA-DR und DQ, differenziert nach Patient*in oder Verwandten	1-941.3-

Bedingungen für die komplexe Diagnostik:

- Knochenmarkpunktion/Knochenmarkaspiration
- Durchführung folgender Zusatzuntersuchungen:

Morphologische Beurteilung, Immunphänotypisierung/FACS Analyse, mindestens ein molekular-oder zytogeneisches Verfahren

- alle Leistungen müssen im Rahmen desselben stationären Aufenthaltes erbracht werden.

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

Ab 2021 können durch die Abtrennung der HLA-Diagnostik und Schaffung eigener Codes diese auch getrennt kodiert werden (z. B. in einem anderen Aufenthalt oder im Bereich der Pädiatrie unabhängig der von anderer Seite finanzierten komplexen Diagnostik).

Die klassische Zytogenetik ist nicht mehr Bedingung für die Kodierung der komplexen Diagnostik.

Es ist möglich, die komplexe Diagnostik auch bei myeloproliferativen Erkrankungen und Lymphomen (ICD D47.- und C82-C88) zu kodieren.

Sowohl die komplexe Diagnostik (1-941.-) als auch das weiter unten aufgeführte Monitoring der Resttumorlast (1-991.-) weisen im OPS-Katalog den Hinweis auf, dass die Codes nur angegeben werden können, wenn die Untersuchungen nicht zu Lasten von Dritten erfolgen wie z. B. über die Referenzleistungsvereinbarung zwischen der GPOH und der GKV.

Wenn jedoch eine Untersuchung von einem Krankenhaus bei einem Anbieter angefordert wird, dort durchgeführt wird und das Krankenhaus die Kosten dem Anbieter erstattet (d. h. eine Rechnung bezahlt), ist es im Sinne des Ressourcenverbrauchs eine kodierbare Leistung. Im Gegensatz dazu wird bei der Referenzleistungsvereinbarung der GPOH mit der KBV keine Rechnung erstellt.

Molekulares Monitoring der Resttumorlast (MRD) und Genmutationsanalysen (diese Codes sind nur einmal während des stationären Aufenthaltes anzugeben)	Kode
Molekulargenetische Identifikation und Herstellung von patient*innenspezifischen Markern für die Bestimmung der Resttumorlast (Minimal Residual Diseases (MRD) (PCR- und Sequenzanalyse zur Markeridentifikation, Sensitivitäts- und Spezifitätstestung)	1-991.0
Patient*innenspezifischen molekulargenetische Quantifizierung der Resttumorlast (MRD-Monitoring) (mindestens 2 quantitative PCR pro Untersuchung),	1-991.1
Molekulargenetische Identifikation und Herstellung von krankheitsspezifischen Markern für die Bestimmung der Resttumorlast (Minimal Residual Diseases (MRD)	1-991.2
Krankheitsspezifische molekulargenetische Quantifizierung der Resttumorlast (MRD Monitoring)	1-991.3

Mit den 2022 neu eingeführten Codes 1-991.2 und 1-991.3 können die Untersuchungen bei z. B. AML als krankheits-spezifische Marker kodiert werden; die patient*innenspezifischen Marker bleiben der ALL vorbehalten.

Die Codes für molekulargenetische Untersuchung bei soliden Tumoren wurden umfassend 2021 neu gestaltet. Jede Ziffer ist in der 6. Stelle unterteilt nach Anzahl der untersuchten Zielstrukturen. Für die genauen Bestimmungen bei den Codes verweisen wir auf den OPS-Katalog. Es ist zu empfehlen mit den Molekularpathologen des Hauses Vereinbarungen zu treffen, welcher Code exakt für die durchgeführte Untersuchung anzuwenden ist.

Durchführung von Genexpressionsanalysen bei/in soliden bösartigen Neubildungen. (Analysen z. B. PCR-Analyse, hybridisierungs-basierte Verfahren)	1-992.-
Gezielte Analyse genetischer Veränderung in soliden bösartigen Neubildungen	1-995.–
Untersuchungen auf chromosomale Alterationen/Aberationen	1-955.0-
Untersuchung auf Genmutationen	1-995.1-
Untersuchung auf abnorme DNA-Methylierungsmuster	1-995.2-
Klonalitätsanalyse	1-995.3
Hochdurchsatz-Sequenzierungsverfahren (NGS) zur Analyse genetischer Veränderung bei/in soliden bösartigen Neubildungen	1-996.–
DNA-methylierungsspezifische Hochdurchsatzverfahren (Arra- oder NGS-basiert) zur Analyse epigenetischer Veränderungen bei/in soliden bösartigen Neubildungen	1-997.-

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 Code ist nur ein Zusatzcode und darf nur verwendet werden, wenn die Fluoreszenz nicht schon im Code enthalten ist.

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

Diagnostische Techniken ohne eigenen Code

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

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

6.6.2 Allgemeine diagnostische und therapeutische Prozeduren

Biopsien:

Art der Biopsie	Kode
Hautbiopsie (Stanze) ►	1-490.-↔

Art der Biopsie	Kode
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.-↔

↔ Angabe der Seitenlokalisation notwendig

► Die Lokalisation ist an der 5. Stelle anzugeben, ggf. auch die Seitenlokalisation

►► Die Art der Biopsie ist an 6. Stelle anzugeben

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

Art der Punktion	Kode
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 Code 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 Kodes 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 hyperthermen intraperitonealen bzw. intrathorakalen 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
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 Tumorpatient*innen

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 Code zur Verfügung und nicht für jeden Körperbereich ein eigener Code. Daher ist die superselektive Arteriographie als Zusatzcode 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 Zusatzcode 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 abdominellen Gefäße gelten folgende Codes (bei anderen Lokalisationen ist der entsprechende Code 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 Radiorezeptorthherapie 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). Die Anzahl der verwendeten Nadeln zur Destruktion ist gesondert zu kodieren (5-98 ff)	5-501.93
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 bei Patient*innen (Eigenspende)

HD ND	Z52.3 Knochenmarkspender*innen [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 bei Patient*innen (Eigenspende)

HD ND HD ND	Stationäre Aufnahme zur Stammzellentnahme: Z52.01 Stammzellspender ICD der Grundkrankheit oder Stationäre Aufnahme zur Behandlung der Grundkrankheit (mit oder ohne Chemotherapie) : ICD der Grundkrankheit Z52.01 Stammzellspender*innen
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-Code 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 Spender*innen (verwandt oder nicht-verwandt)

HD	Z52.3 Knochenmarkspender*innen
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 Spender*innen (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*innen sonstiger Blutbestandteile
Proz.	5-410.3- periphere Blutzellen 5-410.30 Autogen, T-Zellen zur Ex-vivo-Kultur und tumorspezifischen In-vitro-Aufbereitung Inkl.: 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. bei Leukostase kodiert werden.

Für den Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen oder Donorlymphozyten kann ein krankenhausindividuelles Zusatzentgelt (ZE 2022-35 bzw. ZE 2022-99) vereinbart werden.

7.2 Stammzelltransplantation

7.2.1 Allgemeine Hinweise zur Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen

Die Codes für die Konditionierungstherapie 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 eines 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	Kode
Art des Transplantates: allogen	5-930.2-
ABO-kompatibel	5-930.20
ABO-nichtkompatibel	5-930.21

Bei allen Stammzelltransplantationen muss ab 2020 eine Zusatzziffer aus Kapitel 5-936. ff (Verwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien) angegeben werden, wenn einer der drei OPS-Ziffern zutrifft

Verwendung von Arzneimitteln für neuartigen Therapien Inkl: Chondozyten-Präparate, CAR-T-Zellen	Kode
Nationale Genehmigung	5-936.0
Internationale Zulassung	5-396.1
Herstellungserlaubnis nach § 13 Abs. 4 Arzneimittelgesetz	5-936.2

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 Spender*innenauswahl für die allogene Stammzell-

transplantation (2014 veröffentlicht) und den Leitlinien zur Spender*innenauswahl der DAG-KBT (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Knochenmark- und Blutstammzelltransplantation als Fachgremium der DGHO), wird bei der Spender*innenauswahl 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*in:

HLA-A*0101, *1101; HLA-B*1501, *2705; HLAC***04**01, *0102
HLA-DRB1*0101, 0801; HLA-DQB1*0402, *0501

Spender*in:

HLA-A*0101, *1101; HLA-B*1501, *2705; HLAC***03**04, *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*in:

HLA-A*0201; HLA-B*0702; HLA-Cw*0702, *0501
HLA-DRB1*0701, *1501; HLA-DQ1*0202, ***06**02

Spender*in:

HLA-A*0201; HLA-B*0702; HLACw*0702, *0501
HLA-DRB1*0701, 1501; HLA-DQB1*0202, ***06**03

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

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

Patient*in:

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

Spender*in:

HLA-A*0301, *2402;HLA-B*3501, *5201; HLA-Cw*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 Spender*innen-auswahl 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 Immunadsorption/Plasmapherese eingesetzt werden. Diese sind dann mit Codes aus den Kapitel 8-820.- *therapeutische*

Plasmapherese bzw. 8-821.- Immunadsorption 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, verwandte Spender*innen	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	5-411.24
Art der in-vitro-Aufbereitung der transplantierten oder transfundierten hämatopoetischen Stammzellen	5-411.7-
Nach In-vitro-Aufbereitung bei Differenz in 2–3 Antigenen (haploident)	5-411.25
Art der in-vitro-Aufbereitung der transplantierten oder transfundierten hämatopoetischen Stammzellen	5-411.7-

Allogen, nicht HLA-identisch, nichtverwandter Spender*innen	Kode
Ohne In-vitro-Aufbereitung	5-411.30

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

Allogen, HLA-identisch, verwandte Spender*innen	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, nichtverwandte Spender*innen	Kode
Ohne In-vitro-Aufbereitung	5-411.50
Nach In-vitro-Aufbereitung Art der In-vitro-Aufbereitung der transplantierten oder transfundierten hämatopoetischen Stammzellen	5-411.52 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 Art der in-vitro-Aufbereitung der transplantierten oder transfundierten hämatopoetischen Stammzellen	8-805.03 5-411.7-

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

Allogen, nicht-HLA-identisch, nichtverwandte Spender*innen	Kode
Ohne In-vitro-Aufbereitung	8-805.30
Nach In-vitro-Aufbereitung Art der in-vitro-Aufbereitung der transplantierten oder transfundierten hämatopoetischen Stammzellen	8-805.32 5-411.7-

Allogen, HLA-identisch, nichtverwandte Spender*innen	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 ZE2022-44 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 Aufenthalts_periphere 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 Codes:

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

Seit 2019 stehen für die Gabe von Lymphozyten neue, differenzierte Codes 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 von gleichen Spender*innen, nach Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen	8-802.4-
Lymphozyten nach erneuter Gewinnung von gleichen Spender*innen, nach Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen	8-802.7-
Lymphozyten nach erneuter Gewinnung von anderen Spender*innen, nach Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen	8-802.8-

Die Differenzierung der Codes an 6. Stelle betrifft die Aufbereitung, neu ab 2021 steht auch ein Unterkode für die depletierende Aufbereitung zur Verfügung

7.3.2 Gabe von Lymphozyten unabhängig der Stammzelltransplantation (z. B. CAR-T-Zellen)

Die Gabe von Lymphozyten konnte schon in den vergangenen Jahren differenziert nach einer eventuellen In-Vitro-Aufbereitung (tumorspezifisch, virusspezifisch usw.) kodiert werden. Seit 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

Ab 2020 sind auch Lymphozyten mit gentechnischer in –Vitro Aufbereitung spezifisch zu kodieren.

Lymphozyten ohne erneute Gewinnung von gleichen Spender*innen, nach Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen, mit gentechnischer in-vitro-Aufbereitung, Inkl.: allogene, genetisch modifizierte T-Zellen mit HSV-TK Mut2	8-802.45
Lymphozyten nach erneute Gewinnung von gleichen Spender*innen, nach Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen, mit gentechnischer in-vitro-Aufbereitung, Inkl.: allogene, genetisch modifizierte T-Zellen mit HSV-TK Mut2	8-802.74

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 klinischen 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 Zusatzkode 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
--	---------

Zusätzliche Kodes für die beiden zugelassenen CAR-T-Zell-Präparate im Kapitel 6 sind noch nicht vorhanden.

Weitere, allgemeinere Kodes 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 178.8 *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-Krankheit		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-cGvHD, 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, < 3x/Tag Augentropfen, asymptomatische Keratokonjun. – sicca	moderate symptomatische Keratokonjunktivitis, > 3x/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) (Bilirubin < 3 mg/dl bzw. 51 µmol/l)	Bili > 3mg/dl (> 51 µmol/l) oder Bilirubin und ALAT, ASAT, AP 2-5× oberer NW	Bili (> 110 µmol/l, > 5,5 mg/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 Kontrakturen	leichte Steifheit der Arme und Beine, leichte Bewegungseinschränkung ohne Beeinträchtigung der Aktivitäten des täglichen Lebens	Steifheit der Arme und Beine oder Gelenkkontrakturen oder Erythem durch Fasciitis, moderate Beeinträchtigung der Beweglichkeit, (milde Beeinträchtigung der ATL)	Schwere Gelenkkontrakturen 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 2022-131) 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 keine spezifischen Codes existieren.

7.4.5.1 Zytokin freisetzendes Syndrom (CRS)

Dieses Syndrom kann ab 2020 mit dem Kode D76.4 Zytokinfreisetzungssyndrom (cytokine release syndrome) kodiert werden, allerdings ohne Aufteilung in die jeweiligen Schweregrades. Die Schwere des Krankheitsbildes kann mit dem zusätzlichen Ausrufekode *R65.2! Systemisches inflammatorisches Response Syndrom (SIRS) nichtinfektiöser Genese ohne Organkomplikationen* bzw. *R65.3 mit Organkomplikationen* kodiert werden. Jede Manifestation sollte mit einem organspezifischen Kode (falls vorhanden) angegeben werden

Für die Therapie dieses Syndroms ist u. U. die Gabe von Tocilizumab notwendig. 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

Ab 2021 kann die Neurotoxizität nach der CAR-T-Zelltherapie mit *G92.0 toxische Enzephalopathie unter Immuntherapie* kodiert werden.

7.4.6 Weitere im Bereich der Transplantation verwendete 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*in mit AML zur Stammzelltransplantation mit HLA-identem, nicht verwandte Spender*in mit u. a. akuter GvHD der Haut > 50 % der Hautoberfläche	
Diagnosen	ICD-10
Akute myeloische Leukämie ohne Angabe einer Remission	C92.00
Zytostatika-induzierte Anämie	D61.10
Therapie-induzierte Granulopenie (weniger als 500 Neutrophile/ μ l 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, allogenen, 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	8-544
Methotrexat an Tag 1 und 3	8-543.31
Methotrexat an Tag 6	8-542.11
Ciclosporin i. v.	8-547.30
Transfusion von Erythrozytenkonzentraten	8-800.c-
Transfusion von Apherese-Thrombozytenkonzentraten	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 krankenhausindividuell 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 Code für die der Patient*in gegebene Menge des Medikamentes zu suchen und zu verschlüsseln. Bei vielen Medikamenten gibt es niedrige Einstiegsdosierungen für die Pädiatrie, die für erwachsene Patient*innen nicht abrechenbar sind. Wir empfehlen diese Codes trotzdem auch für erwachsene Patient*innen zu benutzen, um den Gebrauch des Medikamentes anzuzeigen.

Die OPS Codes sind im Kapitel 6 „Medikamente“ des OPS Katalogs des BfArM 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. Die Tabellen wurden neu gestaltet: auf Wunsch vieler Leser wurde eine Spalte mit den Handelsnamen eingefügt, allerdings sind nur die aufgeführt, die den Medikamentennamen nicht im Handelsnamen enthalten.

8.1 Zusatzentgeltfähige Medikamente

8.1.1 Zytostatika und Tyrosinkinaseinhibitoren

Medikament	ZE Nummer	Handelsname	Kode
Abirateronacetat, oral	ZE 2022-112	Zytiga [®]	6-006.2-
Aflibercept, intravenös	ZE 2022-142	Zaltrap [®]	6-007.3-
Asparaginase, nicht pegyliert, parenteral	ZE 2022-128	Spectrila [®]	6-003.n-
Asparaginase, pegyliert, parenteral	ZE 2022-129	Oncospar [®]	6-003.p-
L- Asparaginase aus Erwinia chrysanthemi, parenteral	ZE 2022-127	Erwinase [®]	6-003.r-
Azacitidin, parenteral	ZE 2022-180	Vidaza [®]	6-005.0-
Bortezomib, parenteral	ZE 2022-147	Velcade [®]	6-001.9-
Busulfan, parenteral	ZE 2022-150	Busilvex [®]	6-002.d-
Cabazitaxel, parenteral	ZE 2022-113	Jevtana [®]	6-006.1-
Carfilzomib, parenteral	ZE 2022-162	Kyprolis [®]	6-008.9-
Carmustin-Implantat, intrathekal	ZE 96	Gliadel	6-003.3-
Clofarabin, parenteral	ZE 2022-171	Evoltra [®]	6-003.j-
Cytarabin, liposomal, intrathekal	ZE 2022-174	DepoCyt [®]	6-002.a-
Dasatinib oral	ZE 2022-162	Sprycel [®]	6-004.3-
Decitabine, parenteral	ZE 2022-156	Dacogen [®]	6-004.4-
Docetaxel, parenteral	ZE 80	Bendadocel [®] , Doce onkovis [®] , Ribocel [®] , Taxceus [®] , Taxotere [®] ,	6-002.h-
Doxorubicin, liposomal, parenteral	ZE 52	Myocet [®]	6-001.b-
Doxorubicin, pegyliert, liposomal, parenteral	ZE 72	Caelyx [®]	6-002.8-
Enzalutamid, oral	ZE 2022-141	Xtandi [®]	6-007.6

Medikament	ZE Nummer	Handelsname	Kode
Gemcitabin, parenteral	ZE 17	Bendacitabin [®] , Ribozar [®] , Gemzar [®]	6-001.1-
Ibrutinib, oral	ZE 2022-145	Imbruvica [®]	6-007.e-
Imatinib, oral	ZE 2022-122	Glivec [®]	6-001.g-
Irinotecan, liposomal	ZE 2022-169	Onivyde [®]	6-009.3
Irinotecan, parenteral	ZE 19	Riboirino [®] , Camppto [®]	6-001.3-
Lenalidomid, oral	ZE 2022-122	Revlimid [®]	6-003.g-
Midostaurin	ZE 2022-192	Rydapt [®]	6-00a.b
Mifarmutid, parenteral	ZE 2022-101	Mepact [®]	6-005.g-
Nab-Paclitxel, parenteral	ZE 2022-111	Abraxane [®]	6-005.d-
Nelarabin, parenteral	ZE 2022-79	Atriance [®]	6-003.e-
Paclitaxel, parenteral	ZE 63	Abraxane [®] , Aritaxe [®] I, Bendatax [®] , Ribotax [®] , Taxomedac [®]	6-001.f-
Palifermin, parenteral	ZE 2022-155	Kepivance [®]	6-003.2-
Pemetrexed, parenteral	ZE 2022-120	Alimta [®]	6-001.c-
Pixantron, parenteral	ZE 2022-157	Pixuvri [®]	6-006.e-
Sorafenib, oral	ZE 2022-75	Nexavar [®]	6-003.b-
Sunitinib, oral	ZE 2022-74	Sutent [®]	6-003.a-
Temozolomid, oral	ZE 78	Temodal [®] , Temomedac [®]	6-002.e-
Temsirolimus	ZE 2022-85	Torisel [®]	6-004.e
Thiotepa, parenteral	ZE 2022-132	Tepadina [®]	6-007.n-
Topotecan, parenteral	ZE 44	Hycamtin [®]	6-002.4-
Trabectedin, parenteral	ZE 117	Yondelis [®]	6-004.a-
Venetoclax	ZE 2022-186	Venclyxto [®]	6-00a.k-
Vinflunin, parenteral	ZE 135	Javlor [®]	6-005.b-

8.1.2 Antikörper

Medikament	ZE Nummer	Handelsname	Kode
Atezolizumab	ZE 2022-184	Tecentriq®	6-00a.1-
Bevacizumab, parenteral	ZE 2022-170	Avastin®	6-002.9-
Blinatumomab, parenteral	ZE 2022-159	Blinicyto®	6-008.7-
Brentuximabvedotin	ZE 2022-149	Adcetris®	6-006.b-
Cetuximab, parenteral	ZE 50	Erbitux®	6-001.a-
Daratumumab	ZE 2022-168	Darzalex®	6-009.a
Dinutuximab beta, parenteral	ZE 2022-191	Qarziba®	6-009.b-
Eculizumab, parenteral	ZE 154	Soliris®	6-003.h-
Elotuzumab, parenteral	ZE 2022-183	Empliciti®	6-009.d-
Infliximab, parenteral	ZE -149	Remicade®, Flixabi®, Inflectra®, Remsima®	6-001.e-
Ipilimumab, parenteral	ZE 168	Yervoy®	6-006.j-
Nivolumab, parenteral	ZE 2022-161	Opdivo®	6-008.m-
Obinutuzumab, parenteral	ZE 2022-144	Gazyvaro®	6-007.j-
Panitumumab parenteral	ZE 116	Vectibix®	6-004.7-
Pembrolizumab parenteral	ZE 2022-160	Keytruda®	6-009.3-
Pertuzumab parenteral	ZE 2022-158	Perjeta®	6-007.9-
Ramucirumab, parenteral	ZE 2022-146	Cyramza®	6-007.m-
Rituximab, intravenös	ZE 2022-151	MabThera®, Rixathon®, Truxima®	6-001.h-
Rituximab, subkutan	ZE 2022-153	MabThera®	6-001.j-
Tocilizumab	ZE 2022-157	RoActemra®	6-005.m-

Medikament	ZE Nummer	Handelsname	Kode
Trastuzumab, intravenös	ZE 2022-153	Herceptin [®] , Herzuma [®] , Kanjinti [®] , Ontruzant [®] , Trazimera [®] , Ogivri [®]	6-001.k-
Trastuzumab, subkutan	ZE 2022-104	Herceptin [®]	6-001.m-

8.1.3 Antimykotika

Medikament	ZE Nummer	Handelsname	Kode
Amphotericin B, liposomal, parenteral, (Ambisome [®])	ZE 110	Ambisome [®]	6-002.q-
Amphotericin-B-Lipid- komplex, parenteral (Abelcet [®])	ZE 2022-80	Abelcet [®]	6-003.1-
Anidulafungin, parenteral	ZE 2022-154	Ecalta [®]	6-003.k-
Caspofungin, parenteral	ZE 2022-123	Candidas [®]	6-002.p-
Itraconazol, parenteral	ZE 113	Sempera [®]	6-002.c-
Micafungin, parenteral	ZE 2022-196	Mycamine [®]	6-004.5-
Posaconazol, oral, Suspension	ZE 2022-172	Noxafil [®]	6-007.0-
Posaconazol, oral, Tabletten	ZE 2022-173	Noxafil [®]	6-007.p-
Posaconazol, parenteral	ZE 2022-156	Noxafil [®]	6-007.k-
Voriconazol, oral	ZE 2022-154	Vfend [®]	6-002.5-
Voriconazol, parenteral	ZE 2022-125	Vfend [®]	6-002.r-
Isavuconazol, parenteral	ZE 2022-164	Cresemba [®]	6-008.g-
Isavuconazol, oral	ZE 2022-167	Cresemba [®]	6-008.h-

8.1.4 Wachstumsfaktoren

Medikament	ZE Nummer	Handelsname	Kode
Eltrombopag, oral	ZE 2022-143	Revolade [®]	6-006.0-

Medikament	ZE Nummer	Handelsname	Kode
Filgrastim, parenteral	ZE 2022-175	Neupogen [®] , Nivestim [®] , Ratiograstim [®]	6-002.1-
Lenograstim, parenteral	ZE 2022-174	Granocyte [®]	6-002.2-
Lipegfilgrastim, parenteral	ZE 2022-178	Lonquex [®]	6-007.7-
Pegfilgrastim, parenteral	ZE 2022-177	Neulasta [®] , Pelmeg [®] ; Ziextenzo [®]	6-002.7-
Plerixafor, parenteral	ZE 143	Mozobil [®]	6-005.e-
Romiplostim, parenteral	ZE 144	Nplate [®]	6-005.9-
Sargramostim, parenteral	ZE 2022-33		6-001.4-

8.1.5 Immunmodulatoren und sonstige Medikamente

Medikament	ZE Nummer	Handelsname	Kode
Aldesleukin, parenteral	ZE 48	Proleucin [®]	6-001.8-
Anti-Human-T-Lymphozy- ten-Immunglobulin, parenteral (ATG vom Kaninchen, parenteral)	ZE 2022-46	Thymoglobine [®] , Grafalon [®]	8-812.3
Anti-Human-T-Lymphozy- ten-Immunglobulin, parenteral (ATG vom Pferd, parenteral)	ZE 2022-46	Atgam [®]	8-812.4
Interferon alfa-2a, nicht pegylierte Form, parenteral	ZE 2022-59	Roferon [®]	8-812.1-
Interferon alfa-2b, nicht pegylierte Form, parenteral	ZE 2022-60	IntronA [®]	8-812.2-
Defibrotid, parenteral	ZE 2022-131	Defitelio [®]	6-005.k-

8.2 Blut und Blutprodukte (einschl. Stammzellen, DLI)

Bezeichnung	ZE Nummer	Kode
Erythrozytenkonzentrat	ZE 107	8-800.c-
Thrombozytenkonzentrat	ZE 146	8-800.g-
Thrombozytenkonzentrat	ZE 164	8-800.h-
Patient*innenbezogenes Thrombozytenkonzentrat	ZE 108	8-800.6-
Apherese-Thrombozytenkonzentrat	ZE 147	8-800.f-
Apherese-Thrombozytenkonzentrat	ZE 165	8-800.d-
Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen	ZE 2022-35 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen über Spender*innendateien bei nicht-verwandten Spender*innen oder Bezug von hämatopoetischen Stammzellen von außerhalb Deutschlands bei Familienspendern	
Fremdbezug von Donor-Lymphozyten	ZE 2022-99 Fremdbezug von Donor-Lymphozyten über Spender*innendateien bei nicht-verwandten Spender*innen oder Bezug von Donor-Lymphozyten von außerhalb Deutschlands bei Familienspendern	
Stammzellboost	ZE 2022-44 Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen: Stammzellboost nach erfolgter Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen: Nach In-vitro-Aufbereitung	8-805.62
Antithrombin III, parenteral	ZE 47	8-810.g-

Bezeichnung	ZE Nummer	Kode
Prothrombinkomplex, parenteral	Nicht abrechenbar wenn ZE 2019-97 (Bluter) abgerechnet wird.	8-812.5-
Gabe von Granulozyten-konzentrate	ZE 2022-34	8-802.6-
Human-Immunglobuline, spezifisch gegen Zytomegalie-Virus (CMV), parenteral	ZE 64	8-810.s-
Human-Immunglobuline, polyvalent, parenteral	ZE 93	8-810.w-
Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Varicella-Zoster-Virus (VZV), parenteral	ZE 67	8-810.t-
Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Hepatitis-B-surface-Antigen, parenteral	ZE 51	8-010.q-
Behandlung mit Blutgerinnungsfaktoren	ZE 2022-97: Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren: an bestimmte ICD-Diagnosen gebunden, in der Regel angeborene Gerinnungsstörungen (siehe FP-Katalog)	8-810.–
Behandlung mit Blutgerinnungsfaktoren	ZE 2022-137: Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII	8-810.6-
Behandlung mit Blutgerinnungsfaktoren	ZE 2022-138 Gabe von Fibrinogenkonzentrat	8-810.j
Behandlung mit Blutgerinnungsfaktoren	ZE 2022-139 Gabe von Gerinnungsfaktoren	mehrere

8.3 Radioimmuntherapeutika

Bezeichnung	ZE Nummer	Kode
Radiorezeptorthherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga, intravenös, aus patient*innenindividueller Eigenherstellung	ZE 2022-71	8-530.61
Radiorezeptorthherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga, intravenös, aus nichtpatient*innenindividueller Herstellung		8-530.62
Radiorezeptorthherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga intraarteriell		8-530.a0
Radioimmuntherapie mit 90Y-Ibritumomab-Tiuxetan, parenteral	ZE 2022-70	6-003.6
Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie (SIRT) mit Yttrium-90-markierten Mikrosphären	ZE 2022-65	8-530.a5
Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie (SIRT) mit Rhenium-188-markierten Mikrosphären		8-530.a6

8.4 Sonstige

Bezeichnung	ZE Nummer	Kode
Molekulares Monitoring der Resttumorlast [MRD]: Molekulargenetische Identifikation und Herstellung von patient*innenspezifischen Markern	ZE 2022-115	1-991.0
Molekulares Monitoring der Resttumorlast [MRD]: Patient*innenspezifische molekulargenetische Quantifizierung	ZE 2022-116	1-991.1
Molekulares Monitoring der Resttumorlast [MRD]: Molekulargenetische Identifikation von krankheitsspezifischen Markern	ZE2022-198	1-991.2
Molekulares Monitoring der Resttumorlast [MRD]: Krankheitsspezifische molekulargenetische Quantifizierung	ZE2022-199	1-991.3

Bezeichnung	ZE Nummer	Kode
Palliativmedizinische Komplexbehandlung, mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage	ZE 60.01	8-982.1
Palliativmedizinische Komplexbehandlung, mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage	ZE 60.02	8-982.2
Palliativmedizinische Komplexbehandlung, mindestens 21 Behandlungstage	ZE 60.03	8-982.3
Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung, mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage	ZE 145.01	8-96e.1
Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung, mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage	ZE 145.02	8-96e.2
Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung, mindestens 21 Behandlungstage	ZE 145.03	8-96e.3
Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen externen Palliativdienst, (gestaffelt nach Stunden)	ZE 2022-134	8-98h.1-
Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst, (gestaffelt nach Stunden)	ZE 2022-133	8-98h.0-
Zellapherese (therapeutisch)	ZE 2022-15	8-823
Spezielle Zellaphereseverfahren	ZE 2022-15	8-825.-
Extrakorporale Photopherese	ZE 37	8-824
Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen,	ZE 130	9-200.-
Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patient*innen (FPkatalog, Anhang 1, Tabelle 1)	ZE 162	9-984.-
Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patient*innen (FPkatalog, Anhang 1, Tabelle 2)	ZE 163	9-984.-
Perkutane geschlossene Organ-perfusion mit Chemotherapeutika: Leber: mit externem Blutfilter	ZE 2022-117	8-549.01

8.5 Hämatologisch und onkologisch wichtige NUB

Wirkstoff	Handelsname	Kode OPS 2022	Status 2021	2021 als Antrag für 2022 empfohlen
Abemaciclib	Verzenio [®]	6-00b.0	1	X
Acalabrutinib	Calquence [®]	6-00d.1	1	x
Alectinib	Alecensa [®]	6-00a.0	1	X
Alpelisib	Piqray [®]	6-00d.2	1	x
Andexanet alfa	Ondexxya [®]	6-00c.0	1	x
Apalutamid	Erleada	6-00c.1	1	x
Asciminib	Scemblix [®]	n. n. d.	neu	x
ARAC Dauno, liposomal	Vyxeos [®]	6-00b.6	1	X
Arsentrioxid, parenteral	Trisenox [®]	6-005.5	1	X
Avapritinib	Ayvakyt [®]	6-00d.3	1	x
Avatrombopag	Doptelet	n. n. d.	4	x
Avelumab	Bavencio [®]	6-00a.2	1	X
Axicaptagene Ciloleucel	Yescarta [®]	n. n. d.	1	X
Axitinib, oral	Inlyta [®]	6-006.g	1	X
Azacytidin, oral	Onereg [®]	n. n. d.	neu	x
Belantamab Mafodotin	Blenrep	6-00d.4	1	x
Bezlotoxumab	Zimplava [®]	6-00b.1	1	X
Bimetinib	Metkovi [®]	n. n. d.	neu	x
Bosutinib, oral	Bosulif [®]	6-007.4	1	X
Brexucabtagene autoleucel	Tecartus	n. n. d.	1	x
Brigatinib	Alunbrig [®]	6-00b.3	1	x
Cabozantinib	Cometriq [®]	6-008.8	1	X
Caplacizumab	Cablivi [®]	6-00b.5	1	X
Capmatinib	Tabrecta [®]	n. n. d.	neu	x
Cemiplimab	Libtavo [®]	6-00c.3	1	x
Cefiderocol	Fetcroja	n. n. d.	2	x
Certinib	Zykadia [®]	6-008-a	1	X
Ciltacabtagen	n. n. b	n. n. d.	neu	x
Cobimetinib	Cotellic [®]	6-008-c	1	X
Crizanlizumab	Adakveo	6-00d.7	1	x
Crizotinib, oral	Xalkori [®]	6-006.c	1	X
Dabrafenib, oral	Tafinlar [®]	6-007.5	1	X
Dacomitinib	Vizimpro [®]	6-00c.5	1	x
Darolutamid	Nubequa	6-00d.8	1	x
Denileukin Diftitiox, parenteral	Ontak [®]	6-005.6	1	X
Duvelisib	Copiktra [®]	n. n. d.	2	x
Dostarlimab	Jemperli [®]	n. n. d.	neu	x

Wirkstoff	Handelsname	Kode OPS 2022	Status 2021	2021 als Antrag für 2022 empfohlen
Durvalumab	Imfinzi [®]	6-00b.7	1	X
Emicizumab	Hemlibra [®]	6-00b.8	1	X
Encorafenib in Komb. mit Binimetinib	Braftovi [®] / Mektovi [®]	6-00b.9, 6-00b.2	1	X
Entrectinib	Rozlytrek [®]	6-00d.9	2	x
Eribulin	Halaven [®]	6-006.5	1	X
Everolimus bei Neplasie	Afinitor [®]	6-005.8	1	X
Fedratinib	Inrebic	n. n. d	2	x
Fostamatinib	Tavlesse	6-00d.a	1	x
Gemtuzumab-Ozogamicin	Mylotarg [®]	6-00b.a	1	X
Gilteritinib	Xospata [®]	6-00c.7	1	x
Glasdegib	Daurismo	6-00d.c	1	x
Glucarpidase	Voraxaze	n. n. d	2	x
Idarucizumab	Praxbind [®]	6-008.f	1	X
Idecabtagene vicleucel	n. n. b	n. n. d	1	x
Idelalisib	Zydelig [®]	6-007.f	1	X
Inotuzumab-Ozogamicin	Besponsa [®]	6-00a.8	1	X
Isatuximab	Sarclisa [®]	n. n. d	4	x
Ixazomib	Ninlaro [®]	6-00a.9	1	X
Larotrectinib	Vitrakvi [®]	6-00c.9	1	x
Lenvatinib	Lenvima [®]	6-008.j	1	X
Letermovir	Prevymis [®]	6-00b.c, 6-00b.d	1	x
Lisocabtagene maraleucel	n. n. b	n. n. d	1	x
Lorlatinib	Lorviqua	6-00c.a	1	x
Lu-177 Vipivotide Tetraxetan	n. n. b	n. n. d	neu	x
Luspartercept	Reblozyl [®]	6-00d.f	1	x
Mogamulizumab	Poteligeo	6-00d.g	1	x
Neratinib	Nerlynx [®]	6-00c.b	1	x
Nilotinib	Tasigna [®]	6-004.6	1	X
Niraparib	Zejula [®]	6-00a.c	1	X
Olaparib	Lynparza [®]	6-009.0	1	X
Osimertinib	Tagrisso [®]	6-00b.f	1	X
Palbociclib	Ibrance [®]	6-009.j	1	X
Panobinostat	Farydak [®]	6-009.2	1	X
Pazopanib	Votrient [®]	6-005.a	1	X
Pegcetacoplan	Empaveli [®]	n. n. d	neu	x
Pemigatinib	Pemazyre [®]	n. n. d	neu	x
Polatuzumab Vedotin	Polivy [®]	6-00c.c	1	x

Wirkstoff	Handelsname	Kode OPS 2022	Status 2021	2021 als Antrag für 2022 empfohlen
Pomalidomid, oral	Imnovid [®]	6-007.a	1	X
Ponatinib, oral	Idclusig [®]	6-007.b	1	X
Pralsetinib	Gavreto [®]	n. n. d	neu	x
Ravulizumab	Ultormis [®]	6-00c.d	1	x
Ribociclib	Kisqali [®]	6-00a.f	1	X
Ripretinib	Qinlock [®]	n. n. d	neu	x
Ropeginterferon alfa 2b	Besremi [®]	6-00c.f	1	x
Rucaparib	Rubraca [®]	6-00c.g	1	x
Ruxolitinib	Jakavi [®]	6-009.4	1	X
Sacituzumab Govitecan	Trodelyv [®]	n. n. d	neu	x
Selinexor	Nexpovio [®]	n. n. d	2	x
Selpercatinib	Retsevmo [®]	n. n. d	neu	x
Selumetinib	Koselugo [®]	n. n. d	neu	x
Situximab	Sylvant [®]	6-008.1	1	X
Sonidegib	Odomzo [®]	6-00c.h	1	X
Sotorasib	Lumykras [®]	n. n. d	neu	x
Streptozocin	Zanosar [®]	6-00b.h	1	X
Tafasitamab	Minjuvi [®]	n. n. d	neu	x
Tagraxofusp	Elzonris [®]	6-00d.h	1	x
Talazoparib	Talzenna	6-00d.j	1	x
Talimogen Laherparepvec	Imlygic [®]	6-00b.j	1	X
Temozolamid i. v.	Temodal [®]	6-005.c	1	X
Tepotinib	n. n. b	n. n. d	neu	x
Tisagenlecleucel	Kymriah [®]	n. n. d.	1	X
Tivozanib	Fotivda [®]	6-00a.j	1	X
Trametinib	Mekinist [®]	6-009.7	1	X
Trastuzumab-Emsantin, parenteral	Kadcyla [®]	6-007.d	1	X
Trastuzumab-Deruxtecan	Enhertu [®]	n. n. d	neu	x
Treosulfan, parenteral, zur Konditionierung	Trecondi [®]	6-00c.j	1	x
Trifluridin – Tipiracil	Lonsurf [®]	6-009.n	1	X
Tucatinib	Tukysa [®]	n. n. d	neu	x
Vandetanib	Caprelsa [®]	6-009.8	1	X
Vemurafenib, oral	Zelboraf [®]	6-006.f	1	X
Vismodegib	Erivedge [®]	6-00c.k	1	X

Wirkstoff	Handelsname	Kode OPS 2022	Status 2021	2021 als Antrag für 2022 empfohlen
Übertragung von virusspezifischen Spender*innen-Immunzellen nach allogener Stammzelltransplantation (SZT)		8-802.–	1	X

9. Index

- A**
ABO-Kompatibilität 174
Adnexe 80
Agranulozytose 91, 97, 99
ALK-pos 62
Alkoholinjektion 168
ALL 60, 67
Allogen 178
AML 67, 72
Ampulla Vateri 77
Analkarzinom 76
Anämie 90
 aplastisch 91
 arzneimittelinduzierte 91
 autoimmunhämolytische 93
 Blutungs- 93
 Eisenmangel 92
 Evans-Syndrom 94
 Fanconi 94
 Folsäure-Mangel 92
 hämolytisch 93
 paroxysmale nächtliche
 Hämoglobinurie 94
 refraktär 71
 Sichelzell 93
 Tumor 91
 Vitamin-B12-Mangel 92
 zytostatika induziert 91, 94
Angiosarkom 84
Anti-Human-T-Lymphozyten 151
Antibiotikaprophylaxe 125
Antikoagulanzen 101
Antikörper 139, 151, 197
 Panitumumab 151
 radioaktiv markiert 151
 Rituximab 151
Antikörpermangel 125
Antikörpertherapie 38
Antimykotika 98, 198
Antiphospholipidsyndrom 105
 Beta-2 Glykoprotein-
 Antikörper 105
 Cardiolipin-Antikörper 105
 Lupus-Antikoagulans 105
Antithrombin III 105
APC-Resistenz 105
Apherese 173
Apherese-
 Thrombozytenkonzentrat 153
Arteriographie 167
Arthropathie bei Hämophilie 100
Aspergillose 116
Aszites 47, 49
Aszitespunktion 165
Aufbereitung 170, 173
Aufbereitung, virusspezifisch 184
Augen 83
Ausrufezeichen-Kode 28
Autolog 177
autonomes Nervensystem,
 Sarkom 85
- B**
B-ALL 60, 67
Bakteriämie 109
bakterielle Infektion 109
Basis-DRG 33, 55
Basisassessment 158
Behandlung 50
 geplant 50
 nicht durchgeführt 50
Bestrahlung 38, 40, 64, 89
Bestrahlung, Blutprodukte 152
Beurlaubung 23
Bezugsdatum OPS-Kode 30
Bindegewebesarkom 84
Biopsie 159, 163
Blutgerinnungsstörung
 angeboren 100
 dauerhaft erworben 102
 temporär 102
Bluttransfusionen 152
Blutung 99
 Arterielle Arrosionsblutung 100
 gastrointestinale 102-103
 hämorrhoidale 103

- intracerebrale 100
 - Meläna 102
 - Netzhaut 100
 - pathol. vaginale 100
 - spinale, nicht-traumatische 100
 - spinale, postoperative 100
 - subarachnoidale 100
 - subdurale 100
 - Blutungsneigung 99
 - BNPNAS 85
 - Bronchialkarzinom 78
 - Budd-Chiari Syndrom 105
 - Bundesschlichtungsausschuss 37, 55
 - Burkitt-Lymphom 60
 - Burkitt-Typ, ALL 67
- C**
- Candidainfektion 117
 - Capillary-leak-Syndrom 184
 - CAR-T-Zellen 183
 - Cauda equina-Syndrom 130
 - CD34-Selektion 173
 - Chemotherapie 36, 139, 181
 - mittelgradig komplex 142
 - nicht komplex 142
 - Chlamydien 110
 - Chondrosarkom 84
 - chronische myeloische Leukämie 71
 - chronische myelomonozytäre Leukämie 71
 - CLL 59, 65
 - Clostridium difficile 123
 - CML 71
 - CMML 71
 - CMV 118
 - CMV-Gastritis 119
 - Covid 19 27
 - CUP 38-39, 86
- D**
- Defibrotide 191
 - Dendritische Zellen 155
 - DIC (disseminierte intravasale Gerinnung) 101-102
 - Dickdarm 76
 - Diffus großzelliges B-Zell-Lymphom 60
 - DIMDI 18
 - Divertikulitis 103
 - Divertikulose 103
 - Donorlymphozyten 173, 182
 - Dünndarm 75-76
 - Dünndarmkrankheit, immunoproliferativ 60
- E**
- EBV nach TX 63
 - Eigenanamnese 41
 - Einzelspenderkonzentrat 153
 - Eisenmangel 92
 - Embolisation 168
 - Endokrine Tumore 81
 - Engraftment-Syndrom 184
 - Enzephalopathie, toxisch 131
 - Eosinophilenleukämie 71
 - Epistaxis 100
 - ernährungsmedizinische Komplexbehandlung 156
 - Ernährungstherapie 156
 - Erythrozytendepletion 170, 173
 - Evans-Syndrom 96
 - Ewingsarkom 84
 - Ex-vivo-Zellkultursystem 163
- F**
- Faktor-V-Leiden-Mutation 105
 - Faktorenmangel 100-101
 - Fallpauschalenkatalog 19
 - Fallpauschalensystem 16
 - Fallpauschalenvereinbarung 55
 - Fallpauschalenverordnung 18
 - Fancon 94
 - Feinnadelpunktion, endosonographisch 165
 - Fibrosarkom 84
 - Fieber 53, 108
 - Follikuläres Lymphom 59
 - Folsäure-Mangelanämie 92
 - Fremdbezug
 - Hämatopoetische Stammzellen 173

G

Gallenblase 77
Gallengangskarzinom 77
Gallenwege 77
Ganzkörperbestrahlung 38, 181
Gastrointestinaltrakt 75
Gehirn 86
Genexpressionsanalyse 162
GIST 84
Gliome 86
Graft-versus-Host-Disease,
GvHD 185
Gramfärbung 120
Granulozytenkonzentrate 155
Grenzverweildauer 34, 55

H

Haarzellenleukämie 59
Haemophilus influenzae 110
Hämatemesis 102
Hämatom, Muskel 100
hämolytisch-urämisches
Syndrom 91, 94
Hämophilie
A-Faktor VIII Mangel 101
B-Faktor IX Mangel 101
Hämoptye 100
Hand-Fuß-Syndrom 132
haploid 177
Harnblase 80
Harnwegsinfekt 28
Hauptdiagnose 28, 31, 38, 54, 89
Hauptdiagnose, Malignom 36
Haut 82
Hemmkörperhämophilie 101
heparin-induzierte
Thrombozytopenie 96
Hepatitis, CMV 119
Herz 78
Hirnfarkt 105
Histiozyt 84
Histiozytose 70
HLA-Identität 174
HLA-Typisierung 160
HNO 74
Hoden 81
Hodgkin-Lymphom 58

Hyperkalziämie 131
Hypersplenismus 97
Hyperthermie 147, 165
Hyperviskosität 131

I

ICD-10-GM 26
Ileus 132
Immunkompromittierung 137, 190
Immunmodulatoren 151
immunproliferative
Dünndarmkrankheit 60
Immunsuppression 107, 120, 190
Immunthrombozytopenie (ITP, M.
Werlhof) 96
In-vitro-Aufbereitung 170-172
Induktionstherapie 70
InEK 18
infektiologisches Monitoring 107
Infektionen 106
Isoliereinheit 123
Isolierung 109-110, 121
ITP 96

K

Kachexie 134
Kaposi 85
Karzinoidsyndrom 130
Keimzelltumor 40, 81
Knochen(mark)herde bei malignen
Lymphomen 64
Knochenfraktur 89, 130
Knochenfraktur (Neubildungen) 64
Knochenmark Biopsie 159
Knochenmarkentnahme 170
Knochenmarkpunktion 90, 160
Knochensarkom 83
Kodierrichtlinie 30
Kolonkarzinom 76
Komplement freisetzendes Syndrom
(CRS) 191
Komplexbehandlung 29, 122, 158
bei MRE 122
Komplexbehandlung,
ernährungsmedizinisch 156
Komplexes Staging 159
Komplexe Staging 159
Komplexe Staging 159

Komplikation 37
Komplikationen 34, 36, 54, 56, 63,
128, 133
Kopfschmerz 43
Kreuz-Stern-System 27
Kryptokokkose 118
kutane T-Zell Proliferation 62
Kutanes Lymphom 59
Kyphoplastie 165

L

Lambert-Eaton 128
Langerhans-Zell-Histiozytose 72
Larynx 74-75
Leber 77, 84, 147
Leberperfusion 169
Leberpunktion 164
Leberzellkarzinom 77
Leiomyosarkom 84
Leukämie 59
 akut, lymphatisch 67
 akut, myeloisch 67
 Chlorom 68
 Promyelozytenleukämie 67
 refraktär 66, 69, 73
Leukenzephalopathie 129
Leukostase 131, 173
Leukozyten nach ex-vivo-Kultur 155
Liposarkom 84
Liquorpunktion 165
Lungenarterienembolie 105
Lymphangiosis carcinomatosa 48
Lymphknotenmetastasen 87
Lymphom
 anaplastisch 62
 Burkitt 60
 diffus großzellig 60
 follikuläres NHL = Keimzentrum
 NHL 59
 Hodgkin 58
 HTLV-1 62
 kutan 59
 Malt-Lymphom 60
 Mantelzelllymphom 59
 Marginalzonenlymphom 59
 mediastinales 60
 Meningeosis lymphomatosa 64

Mykosis fungoides 61
Non-Hodgkin-Lymphom 58
Sezary-Syndrom 61
Lymphom, Pleuraerguss 47
Lymphozyten
 Entnahme von 172
Lymphocyten, Gabe von 182

M

M. Moschkowitz 94, 96
Magen 75
Malignom in der Eigenanamnese 41
Malignom, Hauptdiagnose 36
Malignome, gleichzeitig 48
Malignomnachweis, fehlend 48
Mallory-Weiss-Syndrom 102
MALT-Lymphom 60
Mammabiopsie 164
Mammakarzinom 79
Mangelernährung 128
Mastozytose 72
Mastzellenleukämie 72
MDS 70
Melanom 82
Meningeosis carcinomatosa 49, 86
Meningeosis lymphomatosa 64
Meningitis, Candida 117
mesenchymale Stammzellen 180
Mesenterialvenenthrombose 105
Mesenterium 85
Mesotheliom 85
Metastase 73, 87
 als Hauptdiagnose 38
 als Nebendiagnose 40
 Brustdrüse 88
 Dickdarm 76, 87
 Dünndarm 76, 87
 Gallenwege 88
 Gehirn 86, 88
 Harnblase 80, 88
 Haut 82, 88
 Herz 88
 Knochen 84
 Leber 77, 88
 Lunge 78, 87
 Mediastinum 87
 Meningeosis carcinomatosa 86

Nebenniere 82, 88
 Niere 80, 88
 Ovar 80, 88
 Perikard 78, 88
 peritoneal 88
 Pleura 78
 retroperitoneal 80, 88
 ZNS 88
 Metastase, Knochen 88
 Metastasenkode
 bei Leukämie 89
 MGUS 61
 mismatch 176
 Moschkowitz 91
 MPNET 85
 MRD 161
 MRE 121
 MRSA 121
 Mukormykose 118
 Mukosa-assoziiert 60
 Mukositis 132
 Mund 74
 Myelodysplasie 71
 Myelofibrose 68, 71
 Myelom 89
 multiples 61
 myeloproliferative Erkrankungen 70
 Mykoplasmen 110
 Mykose 109
 Mykosis fungoides 61

N
 nachstationär 21
 Nase 74-75
 Nebendiagnose 32, 38, 40, 54
 Nebenhoden 81
 Nebenniere 81
 Nebenschilddrüse 81
 Nebenwirkungen, unvermeidbar 35,
 56
 Neoplasie
 multiple endokrine 81
 Neurofibrosarkom 85
 Neurotoxizität 192
 Neutropenie 97, 109
 NHL 58
 Niere 80, 88

Niereninsuffizienz 128
 Niereninsuffizienz (Multiples
 Myelom) 64
 Nierenversagen 115, 132, 135
 NK-Zellen 155
 Non-Hodgkin-Lymphom 58
 Notfälle 133
 NUB 29, 204

O
 OPS 29
 Organperfusion der Leber 169
 Ösophagitis, CMV 119
 Ösophagitis; Candida 117
 Ösophagus 75
 Ösophagusblutung o.n.A 102
 Osteolyse 64, 89
 Osteomyelofibrose 71
 Osteonekrose 130
 Osteoporose 89
 Osteoporose (Multiples Myelom) 64
 Osteosarkom 84
 Ovar 80, 88

P
 Palliativmedizin 158
 Panitumumab 151
 Pankreas 77, 81
 Paraneoplasie 128
 Paravasat 133
 Paresen 130
 Paroxysmale nächtliche Hämoglobi-
 nurie (PNH) 94
 Penis 81
 Perikardpunktion 164
 peripheren Nerventumor 85
 Peritonealkarzinose 49
 perkutan-transluminale
 Gefäßintervention 167
 permissive mismatch 176
 Pflegepersonalkosten 16
 Pfortaderthrombose 105
 Pharynx 74
 Phlebitis 104
 Photopherese 169, 192
 Plasmazellenleukämie 61
 Pleura 78, 87

Pleuraerguss 46, 87
 Pleurapunktion 164
 Pleurodese 46
 PNET
 maligner peripherer neuroektoder-
 maler Tumor 85
 Pneumonie bei Mykosen 116
 Pneumonie, CMV 119
 Pneumonie, im Krankenhaus
 erworben 124
 Polycythämia vera 71
 Positivanreicherung 170, 173
 postthrombotisches Syndrom 105
 Posttransplant lymphoproliferative
 disorder 63, 192
 Primärkode 27
 Primärtumor 38
 Prolymphozytenleukämie 59
 Prophylaxe 125
 Prostata 81
 Protein C 105
 Protein S 105
 Prothrombingen-Mutation 105
 Prozedur, nicht durchgeführt 51
 PTLD 62
 Punktion 164
 Aszites 164
 endosonografische FNP 165
 Leber 164
 lumbal, Liquor 165
 Perikard 164
 Pleura 164
 Schilddrüse 164

Q

Q-SOFA 111

R

Radiofrequenzablation 168
 Rasburicase 127
 Refraktäre Anämie 71
 Remissionsstatus 64, 68
 Restaging 41
 Retinitis, CMV 119
 Retransplantation 180
 Retroperitoneum 85
 Rezidiv 47

Rhabdomyosarkom 84
 Rituximab 151

S

Sarkom 83-85
 Sarkom, Leber 77
 Schilddrüse 81
 Schilddrüsenpunktion 164
 Schlichtungsausschuss 31, 40
 Schmerz 44, 131
 Schmerzkode 44
 Schmerztherapie 157
 Schwannom 85
 Schwerkettenkrankheit 60
 Seitenlokalisation 29
 Sekundärkode 27
 Sepsis 111
 septischer Schock 115
 Sézary-Syndrom 61
 Sinusvenenthrombose 105
 SIRS 114
 SIRT 168
 SOFA-Kriterien 111
 Speicheldrüsen 74
 Sphärozytose 93
 Staging 36
 Stammzellboost 180
 Stammzellenspender 172
 Stammzellentnahme 171
 Stammzellgewinnung 170
 Stammzelltransplantation 173
 Staphylokokkeninfektion 110
 Stomatitis, Candida 117
 Strahlenpneumonitis 131
 Strahlentherapie 38
 Streptokokkeninfektion 110
 Symptom 33, 43, 53-54
 Synovialsarkom 84
 Szintigraphie 169

T

T- und B-Zell-Depletion 170, 173
 T-Zell-Lymphom 60, 62
 T-Zellen 155
 TACE 167
 teilstationär 19, 21
 Thalassämie 93

Thrombophilie 104, 106
 Thrombophlebitis 104
 Thrombophlebitis migrans 105
 Thrombose 104
 Thrombozytenaggregations-
 hemmer 101
 Thrombozytenkonzentrat
 Apherese 153
 gepoolt 153
 pathogeninaktiviert 154
 patient*innenbezogen 153
 Thrombozythämie 71
 Thrombozytopathie 96
 Thrombozytopenie 91, 95
 heparin-induziert 96
 transfusionsrefraktär 97
 Thymus 78
 Tocilizumab 191
 Trachea 74-75
 TRALI 131
 Transfusion 90
 Granulozyten 155
 Transfusionen 152
 transfusionsrefraktär 97
 Transplantat-Versagen 185
 Transplantation 173
 TTP 91
 Tuben 80
 Tumorlyse 126
 Tumorschmerz 44
 Tyrosinkinaseinhibitoren 195

U

Ureter 80
 Urethra 80
 Uterus 79

V

Vagina 79
 Veno-occlusive Disease 191
 Verbringung 24
 Verdachtsdiagnose 43, 52
 Verlegung 23, 53
 Vertebroplastie 165
 Virus-Nukleinsäurebestimmung 107
 Virusinfektion 109
 virusspezifische Aufbereitung 184
 vollstationär 21
 von Willebrand-Syndrom
 angeboren 101
 erworben 101
 vorstationär 21
 Vulva 79

W

Wachstumsfaktoren 99, 139, 198
 Waldenström 59
 Weichteilsarkom 84
 Werlhof 96
 Wiederaufnahmeregelung 33, 55
 Wirbelkörperkompression 64, 89
 Wiskott-Aldrich Syndrom 96

Z

Zellapherese 173
 Zielstruktur 162
 Zusatzentgelt 18, 20
 ZVK-Wechsel 107
 Zytogenetik 160
 Zytokine 151



Der Kodierleitfaden der DGHO hat sich bewährt und erscheint jetzt in seiner 17. Auflage. Ziel dieses Buches ist es, den Kolleginnen und Kollegen für hämatologische und onkologische Behandlungsfälle Kodierhinweise zu geben, die leicht verständlich sind und es jeder und 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 2022 und unter Anwendung der ICD-10-GM Version 2022 und des OPS Version 2022 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 978-3-9821204-2-3