



Kodierleitfaden

Hämatologie, Onkologie und Stammzelltransplantation

Version 2011



Ein Leitfaden für die klinische Praxis

Herausgegeben von



Deutsche Gesellschaft für
Hämatologie und Onkologie e. V.



Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Knochenmark-
und Blutstammzelltransplantation (DAG-KBT e. V.)

in Zusammenarbeit mit der
DRG Research-Group, Universitätsklinikum Münster





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

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

**Arbeitsgemeinschaft für Knochenmark- und
Blutstammzelltransplantation (DAG-KBT)**



7. aktualisierte Auflage 2011
Berlin, DGHO e. V.
ISBN 978-3-00-033304-0

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





Diesen Kodierleitfaden haben erstellt.

Für die DGHO e. V. und die DAG-KBT e. V.

Frau Dr. C. Haag, MBA

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
Cornelie.Haag@uniklinikum-dresden.de

Frau Dr. A. Haas, MBA

GKV-Spitzenverband Abteilung Krankenhäuser
Mittelstraße 51
10117 Berlin
Antje.Haas@gkv-spitzenverband.de

Herr Prof.Dr. S. Krause

Medizinische Klinik 5 Uniklinik Erlangen
Krankenhausstraße 12
91054 Erlangen
stefan.krause@uk-erlangen.de

Herr Dr. M. Krych, MBA

Abt. VII für Patienten- und Servicemanagement
Klinikum der Universität München
Marchioninistraße 15
81377 München
m.krych@med.lmu. de

Herr Dr. C. Lotze

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





Herr Dr. P. Lütkes

Medizinisches Controlling und Qualitätsmanagement
Universitätsklinikum Essen
Hufelandstraße 55
45122 Essen
peter.luetkes@uk-essen.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

Medizinische Klinik III – Großhadern
Klinikum der Universität München
Marchioninistraße 15
81377 München
helmut.ostermann@med.uni-muenchen.de

Herr Dr. A. Reckmann

III.Medizinische Klinik
Universitätsmedizin Mainz
Langenbeckstraße 1
55131 Mainz
achim.reckmann@unimedizin-mainz.de

Herr Dr. M. Thalheimer

Abteilung Innere V – Med. Klinik der Universität Heidelberg
Am Neuenheimer Feld 410
69120 Heidelberg
Markus.Thalheimer@med.uni-heidelberg





Für die DRG Research Group, Münster

Herr Prof. Dr. N. Roeder

Ärztlicher Direktor
Universitätsklinikum Münster
Domagkstraße 20
48129 Münster

Herr Dr. Dominik Franz

DRG-Research-Group
Universitätsklinikum Münster
Domagkstraße 20
48129 Münster
dominik.Franz@ukmuenster.de

Wir danken für die Mitarbeit:

C. Hopfe
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden
Fetscherstraße 74
01307 Dresden

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	11
1. ZUSAMMENFASSUNG DER NEUERUNGEN 2011	13
2. Fallpauschalensystem 2011	14
2.1 Das G-DRG-System 2011	14
2.1.1 G-DRG 2011 Hämato-onkologische Aspekte	15
2.1.2 Teilstationäre Leistungen	17
2.2 Weiterentwicklung des Systems	17
2.3 Fallpauschalenkatalog 2011	18
2.3.1 Eingruppierung	18
2.3.2 Splittkriterien	18
2.3.3 Zusatzentgelte	20
2.3.4 Begriffsbestimmungen	20
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	28
3.3 Regeln zur medizinischen Dokumentation	30
3.3.1 Hauptdiagnose	30
3.3.2 Nebendiagnose	31
4. SPEZIELLE KODIERRICHTLINIEN ONKOLOGIE	33
4.1 Auswahl und Reihenfolge der Codes [0201j]	33
4.2 Metastase als Hauptdiagnose [0201j]	34
4.3 CUP-Syndrom	35
4.4 Metastasen als Nebendiagnosen	36
4.5 Spezialfälle [0201j]	36
4.5.1 Malignom in der Eigenanamnese, Restaging [0209d]	36
4.5.2 Symptombehandlung	38
4.5.3 Behandlung eines Rezidivs	43



4.5.4	Fehlender Malignomnachweis [0201j]	43
4.5.5	Mehrere Malignome gleichzeitig	44
4.5.6	Lymphangiosis carcinomatosa	45
4.5.7	Wachstum per continuitatem [0206a]	45
4.5.8	Ungenau bezeichnete Lokalisationen	46
4.6	Die geplante Behandlung kann nicht durchgeführt werden	46
4.7	Verdachtsdiagnosen [D008b]	48
4.8	Komplikationen	49
4.8.1	Wiederaufnahmeregelung – Bedeutung für die Onkologie	50
5.	KODIERUNG VON DIAGNOSEN	52
5.1	Lymphome, Myelome, CLL	52
5.1.1	Histologie	52
5.1.2	Lokalisation/Ausbreitung/Komplikationen	57
5.1.3	Remissionsstatus	58
5.1.4	Refraktäre Erkrankung	60
5.2	Akute Leukämien	60
5.2.1	Klassifikation	60
5.2.2	Remissionsstatus	61
5.2.3	Refraktäre Erkrankung	63
5.3	Myeloproliferative Neoplasien, MDS und Histozytosen	63
5.3.1	Klassifikation	63
5.3.2	Remissionsstatus	65
5.3.3	Refraktäre Erkrankung	66
5.4	Neubildung solider Organe	66
5.4.1	Tumoren aus dem HNO Bereich	66
5.4.2	Gastrointestinaltrakt	68
5.4.3	Hepatobiliäres System und Pankreas	70
5.4.4	Lunge/Mediastinum/Pleura – Tumoren	72
5.4.5	Gynäkologische Tumoren	73
5.4.6	Urogenitale Tumoren	74
5.4.7	Endokrine Organe	76
5.4.8	Tumore der Haut	77

5.4.9	Augentumoren	78
5.4.10	Sarkome	78
5.4.11	Kaposi-Sarkome	81
5.4.12	Bösartige Neubildung des Gehirns	82
5.4.13	CUP – Syndrom	82
5.5	Metastasen einschließlich Lymphknotenmetastasen	83
5.6	Zytopenien	85
5.6.1	Anämien	85
5.6.2	Thrombozytopenie	91
5.6.3	Neutropenie und Agranulozytose	93
5.7	Hämostaseologie	95
5.7.1	Blutungen und Blutungsneigungen	95
5.7.2	Thrombosen und Thrombophilie	99
5.8	Infektionen	101
5.8.1	Infekt-Diagnostik	102
5.8.2	Fieber unklarer Ursache (FuO)	103
5.8.3	FuO bei Neutropenie mit Erregernachweis	104
5.8.4	Sepsis	105
5.8.5	Aspergillus	109
5.8.6	Candida-Infektionen	110
5.8.7	Weitere Pilzinfektionen	111
5.8.8	CMV-Infektion	112
5.8.9	Resistente Keime und MRSA	113
5.8.10	Im Krankenhaus erworbene Pneumonie	116
5.8.11	Antibiotikaprophylaxe	116
5.9	Tumorlyse-Syndrom	117
5.10	Paraneoplasien, Notfälle, Schmerzsyndrome und Paravasat	119
5.10.1	Paraneoplasien	119
5.10.2	Onkologische Notfälle, Schmerzsyndrome	122
5.10.3	Paravasat	125
6	KODIERUNG VON PROZEDUREN	126
6.1	Zytostatische Chemotherapie	126
6.1.1	Nicht komplexe Chemotherapie (ein- oder mehrtägig)	129

6.1.2	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	132
6.1.3	Hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	134
6.1.4	Konditionierungsprotokolle	136
6.2	Therapie mit Antikörpern oder Zytokinen	137
6.3	Transfusionen	137
6.3.1	Transfusion von Erythrozyten	138
6.3.2	Transfusion von Thrombozyten	138
6.3.3	Transfusion von Leukozyten/Transfusion von Granulozyten	140
6.4	Schmerztherapie und Palliativmedizin	141
6.4.1	Schmerztherapie	141
6.4.2	Palliativmedizin	142
6.5	Diagnostik und Arbeitstechniken	143
6.5.1	Spezifische Diagnostik bei hämatologisch – onkologischen Erkrankungen	143
6.5.2	Allgemeine diagnostische und therapeutische Prozeduren	146
6.5.3	Hyperthermie	149
6.5.4	Radiologische Prozeduren bei Tumorpatienten	151
6.5.5	Sonstige Techniken	153
7	STAMMZELLTRANSPLANTATION (KNOCHENMARK UND PERIPHERE BLUTSTAMMZELLEN)	155
7.1	Stammzellgewinnung	155
7.1.1	Knochenmarkentnahme beim Patienten (Eigenspende)	155
7.1.2	Periphere Stammzellentnahme beim Patienten (Eigenspende)	156
7.1.3	Knochenmarkentnahme bei einem Spender (verwandt oder nicht-verwandt)	157
7.1.4	Periphere Stammzellentnahme bei einem Spender (verwandt und nicht-verwandt)	157
7.1.5	Entnahme von Lymphozyten	158



7.2 Stammzelltransplantation	158
7.2.1 Allgemeine Hinweise zur Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen	158
7.2.2 HLA-Identität	159
7.2.3 Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark	161
7.2.4 Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen	162
7.2.5 Stammzellboost nach erfolgter Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen	163
7.3 Komplikationen nach KMT/SZT	163
7.3.1 Graft-versus-Host-Disease (GvHD)	163
7.3.2 Immunkompromittierung nach Transplantation	170
7.3.3 Veno-occlusive Disease	170
7.3.4 Weitere im Bereich der Transplantation benützte Codes	170
8 ANHANG	172
8.1 Zusatzentgeltfähige Medikamente	172
8.1.1 Zytostatika und Tyrosinkinaseinhibitoren	172
8.1.2 Antikörper	178
8.1.3 Antimykotika	181
8.1.4 Wachstumsfaktoren	183
8.1.5 Immunmodulatoren	185
8.2 Blut und Blutprodukte	186
8.3 Radioimmuntherapeutika	190
8.4 Sonstige	190
8.5 Hämatologisch und onkologisch wichtige NUB	191
9 INDEX	193





Vorwort

Der jetzt in der siebten Auflage vorliegende Kodierleitfaden für die Leistungsdarstellung bei Patienten mit hämatologischen und onkologischen Erkrankungen wurde wiederum durch den Arbeitskreis DRG der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO) und der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Knochenmark- und Blutstammzelltransplantation (DAG-KBT) in Zusammenarbeit mit der DRG-Research-Group des Universitätsklinikums Münster erstellt.

Der Fallpauschalenkatalog des Jahres 2011 weist erstmals seit Einführung des DRG-Systems eine rückläufige Zahl an DRGs auf. Dies zeigt, dass die Entwicklung weitgehend abgeschlossen ist. In diesem Jahr sind auch im Bereich der Zusatzentgelte nur wenige Änderungen für die Hämatologie und Onkologie zu verzeichnen.

Der Leitfaden soll den mit der Kodierung befassten klinisch tätigen Kollegen sowie den Kodierern für die tägliche Routine umfassende Informationen und Hilfen bieten, um mit dem DRG-System 2011 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 onkologischer Fälle zu ermöglichen. Bei kontroversen Fragen haben wir versucht, eine möglichst einfache, rationale Entscheidungshilfe zu geben. Textpassagen, die aus den offiziellen Katalogen übernommen wurden, sind kursiv gedruckt. Bei Bezug auf die Kodierrichtlinien wird die entsprechende Ziffer in eckige Klammer gesetzt.

Für den schnellen Einstieg haben wir ein Kapitel „Zusammenfassung der Neuerungen in 2011“ dem Kodierleitfaden vorangestellt.





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
Medizinische Klinik III
Marchioninstr. 15
81377 München
Helmut.ostermann@med.uni-muenchen.de

Frau 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 Neuerungen 2011

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.

Änderungen der speziellen Kodierregeln:

- Regelung bezüglich Hauptdiagnose und Nebendiagnose beim CUP jetzt wie bei allen anderen Malignomen.

ICD-Katalog:

- Die Nomenklatur der hämatologischen Neoplasien im ICD-10 wurde unter Mitarbeit des AK DRG der DGHO komplett überarbeitet und dem „blauen Buch“ der WHO-Klassifikation angeglichen.

Fallpauschalenkatalog 2011

- Komplexe Diagnostik bei Leukämien wird Splitkriterium.
- Unspezifische Codes bei Sepsis sind nicht mehr gruppierungsrelevant
- GVHD mit Aufenthalt auf Intensivstation und entsprechenden Komplexpunkten wird in die neu gesplittete DRG A36A gruppiert.

Kodierleitfaden 2011

- Beispiele für HLA-Identität bei Stammzelltransplantation





2. Fallpauschalensystem 2011

Diagnosebezogene Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups) sind ein System zur ökonomischen Bewertung stationärer Behandlungsfälle. Jede Fallpauschale ist nach dem durchschnittlichen Ressourcenverbrauch bewertet und bildet den Preis für eine stationäre Behandlung.

Es sollen alle Krankenhausleistungen vergütet werden, die nach der Vorgabe des Sozialgesetzbuches für die Behandlung eines Patienten „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ sind (§ 39 SGB V). Dabei handelt es sich insbesondere um ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln sowie die Unterkunft und Verpflegung. Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehören auch die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter (z. B. die eines externen Pathologen).

Jeder Behandlungsfall wird über eine DRG-Fallpauschale und, falls zutreffend, über additive Vergütungskomponenten (Zusatzentgelte oder neue Untersuchungs- und Behandlungsverfahren – NUB's), z. B. für verschiedene onkologische Medikamente, vergütet.

2.1 Das G-DRG-System 2011

Zuständig für das G-DRG-System ist das DRG-Institut InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH). Die Klassifikationen für Diagnosen und Prozeduren werden durch das Deutsche Institut für Dokumentation und Medizinische Information (DIMDI) weiterentwickelt.

Das G-DRG-System 2011 besteht aus:

- Fallpauschalenvereinbarung (FPV) 2011 mit den Abrechnungsbestimmungen und den Anlagen (Fallpauschalenkataloge für Haupt- und Belegabteilungen; teilstationäre DRG's; nicht bewertete, krankenhausindividuell zu verhan-





- delnde voll- und teilstationäre DRG's; bewertete Zusatzentgelte; nicht bewertete, krankenhausindividuell zu verhandelnde Zusatzentgelte).
- Kodierrichtlinien 2011 mit Regelungen zur Anwendung der medizinischen Klassifikationen ICD-10-GM und OPS Version 2011.
 - Definitionshandbücher mit Auflistungen der gruppierungsrelevanten Parameter.
 - Zertifizierte Grouper-Programme zur automatisierten Ermittlung der Fallpauschalen aus den Fall-Datensätzen

2.1.1 G-DRG 2011 Hämato-onkologische Aspekte

Die wichtigste Änderung für das Jahr 2011 betrifft die Änderung der Einteilung der Leukämien und Lymphome im ICD-10-GM Version 2011 (damit sind v.a. die Codegruppen C81 bis C96 gemeint). Diese Änderung war notwendig, um die aufgrund der mangelnden Übereinstimmung mit den aktuellen Klassifikationen bestehenden Kodierprobleme zu verringern. Die genauen Änderungen für das Ergebnis eines einzelnen Krankenhauses können allerdings erst unter Nutzung des Groupers 2011 analysiert werden. Darüber hinaus ist es zu weiteren Überarbeitungen und Veränderungen im Detail gekommen. Wie in den Vorjahren kann allerdings keinesfalls davon ausgegangen werden, dass die methodischen Verbesserungen des G-DRG-Systems 2011 auch immer zu einer Erlös-Verbesserung einer hämato-onkologischen Abteilung führen.

Auch wenn vom InEK nicht besonders herausgestellt, sind die Überarbeitungen der Basis-DRG A04 (Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion, allogene) wieder sehr deutlich. Nachdem im Vorjahr die Gruppierungssystematik nicht verändert wurde, sind in diesem Jahr sowohl Verschiebungen als auch teils deutliche Neubewertungen zu verzeichnen:



Während die DRG A04A und A04B ohne Änderung des Gruppierungsergebnisses „nur“ abgewertet wurden, wurden Fälle aus den DRG A04C und A04D teilweise umsortiert. Dies ist durch einen komplexen Umbau der Basis-DRG A36 mit Split der DRG A36Z anhand der Diagnose „Graft-versus-host-Krankheit“ und Hochsortierung der neuen DRG A36A bedingt, was gleichzeitig zu einer deutlichen Abwertung der verbleibenden Fälle in der A04C und A04D sorgt, aber auch zu einer Migration von Fällen aus der R36Z in die A36A führt.

DRG 2010	Bew. Rel. 2010	DRG 2011	Bew. Rel. 2011	Differenz
A04A	32,346	A04A	31,641	- 0,705
A04B	23,589	A04B	22,158	- 1,431
A04C	22,154	A04C	20,229	- 1,925
		A36A	21,796	- 0,358
A04D	17,959	A04D	12,773	- 5,186
		A36A	21,796	3,837
		R36Z	14,094	- 3,865
A36Z	9,883	A36A	21,796	+11,913
		A36B	9,466	- 0,417
R36Z	14,308	R36Z	14,094	- 0,214
		A36A	21,796	+ 7,488

Die Basis-DRG R60 (akute myeloische Leukämie) und R61 (Lymphom und nicht akute Leukämie) wurden in zahlreichen Details überarbeitet. Die endgültigen Auswirkungen der neuen hämatologischen ICD 10 Codes werden allerdings erst nach einer Veränderung des Kodierverhaltens, also frühestens 2013, in den DRG sichtbar werden. Erfreulicherweise sind einige der seltenen Erkrankungen aus der myeloischen Reihe (z. B. Chlorom, akute Myelofibrose) nun auch



der Basis-DRG R60 (akute myeloische Leukämien) und nicht mehr der R61 zugeordnet. Neu ist auch, dass die komplexe Diagnostik bei Leukämien (I-941.-) in der Basis-DRG R61 gruppierungsrelevant ist und dadurch Fälle in höher bewertete DRGs der Basis-DRG R61 wandern. Beachtenswert ist, dass es zu einer Streichung der Diagnosen für „nicht näher bezeichnete Sepsis“ bzw. „SIRS ohne Organkomplikation“ und „n. n. bez. SIRS“ aus der Tabelle „Sepsis, schwere Infektionen“ der Basis-DRGs R60, R61, R62 und R63 gegeben hat. Dies führt zu einer Abwertung bei Nutzung unspezifischer Codes.

2.1.2 Teilstationäre Leistungen

Teilstationäre Leistungen der Onkologie sind nach wie vor nicht als DRG definiert. Gründe hierfür liegen wie in 2010 in einer mangelnden Pauschalierbarkeit auf Basis des vorhandenen Datenmaterials.

2.2 Weiterentwicklung des Systems

Für die Anpassung des Fallpauschalensystems werden auf Basis einer Stichprobe von 247 Krankenhäusern die Bewertungsrelationen kalkuliert. Dabei besteht eine zeitliche Latenz, da die Kalkulationsgrundlage die Kosten- und Leistungsdaten des jeweils vorletzten Jahres sind. Die Bewertungsrelationen des Jahres 2011 beruhen also auf Kostendaten aus dem Jahr 2009, z. T. ergänzt durch spezifische Nacherhebungen für spezielle Leistungsbereiche.

Aktuelle medizinische Entwicklungen, die nach dem Jahr 2009 eingeführt wurden, werden damit in den DRG 2011 nicht auf dem „normalen“ Wege berücksichtigt. Um diese Innovationslücke zu schließen, können krankenhausesindividuelle Anträge zur Berücksichtigung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) eingereicht werden. Die hämato-onkologisch relevanten NUB-Entgelte sind im Anhang





dieses Kodierleitfadens aufgeführt. Zu den jeweils aktuellen Vorschlägen siehe auch www.dgho.de (Informationspool → Dokumente der Arbeitskreise, jeweils ab Anfang Oktober). Die medizinischen Fachgesellschaften, andere Verbände, aber auch Einzelpersonen können darüber hinaus in einem strukturierten Vorschlagswesen Anträge zur Berücksichtigung spezieller medizinischer Sachverhalte an das InEK richten.

2.3 Fallpauschalenkatalog 2011

Der Fallpauschalenkatalog ist in 23 organsystem-bezogene Hauptdiagnosegruppen (Major Diagnostic Category, MDC), eine Sondergruppe für besonders aufwändige Leistungen und eine Fehlergruppe eingeteilt. Der Fallpauschalenkatalog 2011 umfasst 1.194 DRG's für Hauptabteilungen, sechs weniger als im Vorjahr. Davon sind 1.149 bundeseinheitlich bewertet, die unbewerteten DRG's müssen bezüglich der Vergütungshöhe krankenhausesindividuell verhandelt werden.

2.3.1 Eingruppierung

Die Eingruppierung eines stationären Falles erfolgt auf Basis von Informationen zu Diagnosen, Prozeduren, Geschlecht, Alter, Entlassungsgrund, Verweildauer, Urlaubstage, Aufnahmegewicht, Status der Verweildauer, ein Belegungstag sowie Dauer einer maschinellen Beatmung. Berücksichtigt werden bis zu 50 Diagnosecodes und bis zu 100 Prozedurenkodensatz.

2.3.2 Splitkriterien

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



medizinische Behandlung oder bestimmte Maßnahmen (z. B. Art der Chemotherapie) bzw. Operationen gehören können. Seit der Systemversion 2009 existiert das G-DRG-Differenzierungskriterium „Komplizierende Konstellationen“, welches aus den „komplizierenden Prozeduren“ der Vorversionen abgeleitet wurde und innerhalb des G-DRG-Systems in vier verschiedenen Varianten auftritt. „Komplizierende Konstellationen“ sind für die Bereiche Onkologie/Hämatologie in den beiden G-DRGs *B66A Neubildungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter < 10 Jahre oder mit komplizierender Konstellation* und *R61A Lymphom und nicht akute Leukämie, mit Sepsis oder komplizierender Konstellation oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre, mit hochkomplexer Chemotherapie* gruppierungsrelevant. Es handelt sich um eine multifaktoriell aufgebaute globale DRG-Funktion, die unterschiedliche Kombinationen sowohl von ICD- als auch OPS-Kodes (z. B. Dialyse) als auch Daten wie z. B. Beatmungstunden von > 48 bis 96 Stunden oder das Patientenalter berücksichtigen. Besonders relevant für hämatologisch/onkologische Fallkonstellationen sind die Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren (OPS-Kode-Gruppe 8-541.-), die hypertherme Chemotherapie (OPS-Kode-Gruppe 8-546.-), die Implantation (5-399.5) bzw. der Wechsel eines Ports (5-399.6), bestimmte Drainagen, Strahlentherapie, Reanimation, sowie die Gabe von Blutprodukten oder Zellapheresen und Photopheresen. Eine genaue Auflistung der relevanten Kodes findet sich im DRG-Definitionshandbuch Band 4 (Download unter www.g-drg.de).

Aufgrund der komplexen Struktur der „komplizierenden Konstellationen“ wird in den meisten Kliniken nur eine begrenzte Zahl von Fällen aufgrund dieser DRG-Funktion entsprechenden G-DRGs zugeordnet werden. Diese sehr kom-



plexen und sehr aufwendigen Fälle profitieren dann jedoch von deutlich höheren DRG-Bewertungen. Wesentliche Voraussetzung für Fallkonstellationen, die Kriterien der „komplizierenden Konstellationen“ zu erfüllen, sind eine hohe Dokumentations- und Kodierqualität.

Eine weitere globale Funktion mit Relevanz in hämato-onkologischen DRG (insbesondere R60, R62 und R63) stellt die Durchführung von Dialysen dar, die neben dem entsprechenden Zusatzentgelt für eine besser vergütete Fallpauschale sorgt.

2.3.3 Zusatzentgelte

Neben dem DRG-Erlös können Zusatzentgelte nach einem in der FPV 2011 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.

Nicht alle Zusatzentgelte konnten durch das InEK kalkuliert und mit festen Preisen belegt werden. Die Zusatzentgelte werden über OPS-Kodes dokumentiert.

Die Erlöse sind dabei strikt abhängig von der kumulierten Applikationsmenge des jeweiligen Wirkstoffes bzw. der Anzahl der verabreichten Blutprodukte während des gesamten stationären Aufenthaltes des Patienten (einschließlich evt. Wiederaufnahmen). Hinzuweisen ist für das DRG-System 2011 insbesondere auf die neu definierten Zusatzentgelte mit hämato-onkologischer Relevanz (siehe Kapitel Zusatzentgelte).

2.3.4 Begriffsbestimmungen

Stationäre Behandlung von Patienten und deren Abgrenzung

Eine Krankenhausbehandlung kann vollstationär, teilstationär, vorstationär, nachstationär sowie ambulant (gem. § 115a) erbracht werden (siehe hierzu § 39 SGB V). Die Entscheidung über die Art der Behandlung obliegt dem aufnehmen-



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

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

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

Beispiel

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



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

Entlassung, Verlegung, Beurlaubung, Verbringung

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

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

Beispiel:

Ein Patient erhält eine allogene Stammzelltransplantation bei Plasmozytom und es wird die Fallpauschale A04D abgerechnet (Bewertungsrelation 12,773 = ca. 35.700 €). Nach 30 Tagen Aufenthalt wird der Patient in ein externes Krankenhaus zur weiteren Betreuung verlegt. Die mittlere Verweildauer beträgt bei der Fallpauschale 32 Tage. Es werden ca. 2.200 € abgezogen (2 Tage \times 0,390 Punkte = 0,780 Punkte, diese multipliziert mit dem Basisfallwert ergeben den Eurobetrag).

Einzelne Fallpauschalen sind von dieser Regelung ausgenommen (sog. Verlegungs-Fallpauschalen), so z. B. die A04A-C, A36, R61A und R61B.



**Beispiel:**

Ein Patient wird nach erfolgter Chemotherapie am Donnerstag, um 17:00 Uhr entlassen. Er muss wegen Fieber am Freitag, um 14:00 Uhr in einem heimatnahen Krankenhaus aufgenommen werden. Es handelt sich für beide Häuser um eine Aufnahme aus bzw. Verlegung in ein externes Krankenhaus mit der Konsequenz, dass u. U. Verlegungsabschlüsse hingenommen werden müssen.

Beurlaubung: Eine Beurlaubung liegt nach § 1 Abs. 7 FPV 2010 vor, wenn ein Patient 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:*

Ein Patient 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.

In den offiziellen Klarstellungen zur FPV 2011 wird die Anwendung der Beurlaubungsregelung kommentiert: 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:

Ein Patient 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 der Patient nach der Leistungserbringung in der jeweiligen Institution in das aufnehmende bzw. die Hauptleistung erbringende Krankenhaus zurückverlegt wird. Der Patient 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:

Ein Patient 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 der Patient 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 2011 ist die vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegebene „German Modification“ der Version 2011 maßgebend. ICD-10-Kodes sind alphanumerische Kodes mit drei bis fünf Stellen, die vollständig (endlich) verwendet werden müssen.

Jeder Diagnosekode besteht aus drei Teilen:

Beispiel: Kode für Mammakarzinom des oberen inneren Quadranten

Kapitel	Krankheitsgruppe	Spezifikation
C	50.	2

Der führende Buchstabe gibt das Kapitel an. Die ersten beiden Kapitel mit den Kennzeichen „A“ und „B“ behandeln Infektionen, die Kapitel „C“ und „D“ bösartige und gutartige Neubildungen. Die folgenden Kapitel „E bis P“ sind nach Organsystemen gegliedert. Im „R“-Kapitel werden Symptome aufgelistet; das „Z“-Kapitel fasst besondere Konstellationen und Kontaktanlässe zum Gesundheitswesen zusammen, die keinem der anderen Kapitel zugeordnet werden können (z. B. Nachsorge oder Verdachtsfälle). Im abschließenden „U“-Kapitel sind Kodes für besondere Zwecke (z. B. SARS,





Funktionseinschränkungen, HIV-Kategorien, Antibiotikaresistenzen) aufgeführt.

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

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

3.1.1 Kreuz-Stern-System (†*)

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

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





Zum Beispiel wird eine Nephropathie bei Typ-1-Diabetes mit *E10.20† Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus 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 Kodes zusammen die vollständige Information übermitteln.

3.1.2 Ausrufezeichen-Kode (!)

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

Zum Beispiel sollte bei der Kodierung eines Harnwegsinfektes (N39.0) der Erreger durch einen Ausrufezeichen-Kode mit angegeben werden (z. B. B96.2! für *E. coli*). Weitere wichtige Beispiele für Ausrufezeichen-Kodes neben den Kodes B95! – B98! sind resistente Infektionserreger in Kapitel U des ICD-10-GM.

3.2 Prozedurenklassifikation OPS

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





renschlüssel) in der Version 2011 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 Kode 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 Kode 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 Kode zu verwenden.

Seit dem Jahr 2005 müssen die OPS-Kodes, 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 Medikamente wurden bis 2007 im Kapitel 8 des OPS-Kataloges als nicht-





operative therapeutische Maßnahmen aufgelistet. Seit der Version 2008 werden zusatzentgeltfähige Medikamente in einem eigenen Kapitel 6 im OPS-Katalog geführt.

3.3 Regeln zur medizinischen Dokumentation

Die Diagnosen- und Prozedurenklassifikationen müssen so angewendet werden, dass sie vergleichbare Krankenhäufälle 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 sind in Anlehnung an die australischen Regeln entwickelt worden und bei der Verschlüsselung von Krankenhäufällen grundsätzlich zu beachten.

Seit ihrer Einführung wurden die 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 Prozedurenklassifikationen. 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.

3.3.1 Hauptdiagnose

Die Hauptdiagnose ist nach der DKR D002f definiert als die „Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes der Patientin/des Patienten verantwortlich ist.“ Hierbei sind alle zur Abrechnung relevanten Befunde –





auch solche, die ggf. erst nach der Entlassung des Patienten eingehen (z. B. histologische Befunde), zu berücksichtigen. Die Wahl der korrekten Hauptdiagnose ist im G-DRG-System für einen sachgerechten Gruppierungsprozess von wesentlicher Bedeutung. Für onkologische Fallkonstellationen existieren hierzu spezielle Kodierrichtlinien, auf die nachfolgend ausführlich eingegangen wird.

3.3.2 Nebendiagnose

Eine Nebendiagnose ist gemäß der DKR D003i „eine Krankheit oder Beschwerde, die gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt.“ Nebendiagnosen werden dann kodiert, wenn durch sie diagnostische oder therapeutische Maßnahmen oder erhöhter Pflege- oder Überwachungsaufwand erforderlich werden.

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

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

Wirken einzelne Maßnahmen auf mehrere Grunderkrankungen des Patienten, so dürfen alle individuell vorhandenen In-





dikationen auch als Nebendiagnosen kodiert werden. Dies trifft zum Beispiel dann zu, wenn ein Wirkstoff gegen mehrere Komorbiditäten wirksam ist (z. B. ein Beta-Blocker gegen Hypertonus und gegen Herzrhythmusstörungen). Sofern bei einem Patienten sowohl die Komorbiditäten Hypertonus und Herzrhythmusstörungen vorliegen, dürfen beide als Nebendiagnosen aufgrund der Gabe des Beta-Blockers kodiert werden.

Die Regelung zur Kodierung von Symptomen als Nebendiagnosen wurde in der DKR 2010 geändert. Hierbei ging es um die Kodierung von Symptomen als Nebendiagnosen bei bekannter Grunderkrankung. Bis 2009 konnten Symptome nur dann zusätzlich zur bekannten Grunderkrankung als Nebendiagnose kodiert werden, wenn die Symptome ein „eigenständiges wichtiges Problem für die medizinische Betreuung“ darstellten. Seit 2010 wurde dieser Passus modifiziert. Es gilt für die Kodierung von Symptomen als Nebendiagnose ausschließlich die Regelungen zur Kodierung von Nebendiagnosen (s. o.). 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 modifizierten Regelung unter korrekter und vollständiger Berücksichtigung der Regelung zur Kodierung von Nebendiagnosen. Weder den Leistungserbringern vor Ort noch dem Kostenträger, noch dem DRG-System wird gedient, sofern künftig Symptome inflationär zur 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.





4. Spezielle Kodierrichtlinien Onkologie

In den letzten Jahren erfolgten eine Reduktion und Vereinfachung der Kodierregeln sowie an einigen Stellen Klarstellungen. Das Kapitel 3 (Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems) ist nicht besetzt.

Die wesentliche Neuerung für 2011:

Bei CUP-Syndromen wird bei systemischer Chemo- oder Strahlentherapie analog den soliden Tumoren nun ebenfalls das CUP-Syndrom als Hauptdiagnose kodiert, die Metastase(n) sind Nebendiagnosen. Damit wird eine Ausnahme abgeschafft, die umstritten war.

4.1 Auswahl und Reihenfolge der Kodes [0201j]

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 gelten andere Regeln, siehe unten!), Aplasieüberwachung usw. Weiteres siehe bei Definition der Komplikationen.

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



**Beispiel:**

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

HD: C18.2 *Karzinom des Kolon ascendens*
 Proz: 8-542.- *Nicht-komplexe Chemotherapie*

Beispiel:

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

HD: C83.3 *NHL, diffus großzellig*
 ND: Z45.20 *Anpassung und Handhabung Portsystem*
 Proz: 5-399.5 *Implantation und Wechsel Portsystem*

Beispiel:

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

HD: C50.- *Mammakarzinom*
 ND: Z42.1 *Nachbehandlung plastische Chirurgie Mamma*
 Proz: 5-885.- *Rekonstruktion der Mamma*
 oder 5-886.- *And. Rekonstruktion der Mamma*

4.2 Metastase als Hauptdiagnose [0201j]

Metastasen werden 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 immer Nebendiagnose.





Bei **systemischer** Chemotherapie und/oder **systemischer** Strahlentherapie ist immer der Primärtumor die Hauptdiagnose, wenn die Aufnahme **primär** zur systemischen Therapie erfolgte. Dies gilt auch für CUP-Syndrome (neu ab 2011) und für Lymphome und Leukämien mit Hirn- oder Knochenbefall.

Sonderfall:

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

Beispiel:

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

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

ND: C83.3 *Diffus großzelliges NHL*

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

4.3 CUP-Syndrom

Beim CUP-Syndrom gibt es folgende Szenarien:

Ist eine systemische Chemo- oder Strahlentherapie die Veranlassung des stationären Aufenthaltes, wird das CUP-Syndrom bezüglich Haupt- und Nebendiagnosezuordnung genau wie solide Tumore kodiert.

Wird ein Patient zur (erfolglosen) Suche des Primärtumors stationär aufgenommen, ist das CUP (C80.0) die Hauptdiagnose, Metastasen, wo vorhanden, werden nach Aufwand kodiert. Das gleiche gilt, wenn ein Patient mit einer Metastasierung zur Abklärung aufgenommen wird und kein Prima-





rius gefunden werden kann (Erstdiagnose eines CUP). Dies gilt auch, wenn im gleichen Aufenthalt noch eine Chemo- oder Strahlentherapie erfolgt, da die Veranlassung der stationären Behandlung zählt.

4.4 Metastasen als Nebendiagnosen

Wichtig ist die Kodierung der Metastasen (siehe dazu 5.5 Fernmetastasen) als Nebendiagnosen, da diese oft den Patientenschweregrad erhöht. Hier besteht allgemeiner Konsens: Generell ist jeder eigenständige Aufwand, z. B. Diagnostik, Bestrahlung oder andere lokale Maßnahmen, bei Metastasen Grund zu deren Kodierung.

Bei systemischer Chemo- und 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 Nebendiagnosendefinition ist dann nicht mehr erforderlich.

4.5 Spezialfälle [0201j]

4.5.1 Malignom in der Eigenanamnese, Restaging [0209d]

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, also nach Heilung (klinische Beurteilung) verwendet werden. Die Codes sind also frühestens bei der ersten stationären Behandlung nach dem Abschlussstaging verwendbar, wenn dort eine komplette Remission festgestellt wurde. Die Ziffern können auch verwendet werden, wenn die Behandlung aus





einem ganz anderen Grund erfolgte und zusätzlich das Restaging durchgeführt wurde.

Beispiel:

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

HD: Z08.- Nachuntersuchung nach Behandlung wegen bösartiger Neubildung
ND: Z85.- Bösartige Neubildung in der Eigenanamnese

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

Z08.- Nachuntersuchung nach Behandlung wegen bösartiger Neubildung

wird 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 Kombinations-therapie 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 Kombinations-
therapie bei bösartiger Neubildung*

C50.- *Mammakarzinom*

Beispiel:

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

HD: I50.13 *Herzinsuffizienz NYHA III*

ND: Z08.0 *Nachuntersuchung nach Kombinations-
therapie bei bösartiger Neubildung*

Z85.8 *Bösartige Neubildung sonstiger Organe
in der Eigenanamnese*

4.5.2 Symptombehandlung

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

Beispiele:

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





Zusätzlich gelten die allgemeinen Regeln zur Kodierung von Symptomen:

Ein Symptom wird nicht kodiert, wenn es im Regelfall als eindeutige und unmittelbare Folge mit der zugrunde liegenden Krankheit vergesellschaftet ist. [D003i] Beispiele: Fieber, Husten und Luftnot werden nicht kodiert, wenn eine Lungenentzündung kodiert wird. Kopfschmerz wird nicht kodiert, wenn eine Migräne kodiert wird.

Verursacht ein Symptom Aufwand im Sinne der Nebendiagnosendefinition, wird es zusätzlich zur Grunderkrankung kodiert. [D003i] Beispiele: Krampfanfall bei Hirntumor, Sauerstoffgabe bei Lungenentzündung.

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 4.7.

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

Schmerz [1806g]

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

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





Auswahl von lokalisierten Schmerzkodes:

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

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

Bezeichnung	Kode
Akuter Schmerz	R52.0
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 als Hauptdiagnosen zugeordnet werden. Nur wenn diese Schmerzkodes die Bedingung der Hauptdiagnose aufgrund der Fallkonstellation nicht erfüllen, darf letztlich die zugrunde liegende 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. Die Regeln in diesem Kapitel gelten nur, wenn ausschließlich die Schmerzen behandelt werden.

Beispiel:

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

HD: M54.5 Kreuzschmerz

ND: C79.5 Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens

C61 Bösartige Neubildung der Prostata

Beispiel:

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

HD: C79.5 Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens

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

Proz: 8-52 Strahlentherapie

Der Schmerz wird hier nicht eigens kodiert!





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

HD: R52.1 Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz

Pleuraerguss

Der maligne Pleuraerguss wird mit folgender Kombination kodiert:

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

Diese **Kodierung** trennt die Situationen Pleurametastasierung und Pleurametastasierung **mit** Erguss voneinander ab. Der Metastasenkode kann wie in Kapitel 4.2 und 4.4 beschrieben kodiert werden.

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

Bei Aufnahme allein zu Punktion oder Pleurodese eines malignen Ergusses ist C78.2 die Hauptdiagnose, der Kode J91* und der Primärtumor Nebendiagnosen. J91* kann als Sternkode nicht Hauptdiagnose sein.

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





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

Bezeichnung	Kode
Pleuraerguss, andernorts nicht klassifiziert	J90

Aszites

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

Maligner Aszites wird bei der Hauptdiagnose Malignom oder bei einem 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.

4.5.3 Behandlung eines Rezidivs

Ein Rezidiv wird wie ein Primärtumor kodiert.

4.5.4 Fehlender Malignomnachweis [0201j]

Selbst bei fehlendem pathologischem Nachweis (z. B. positiver Schnellschnitt/positive Biopsie ohne Nachweis im OP-Präparat) bleibt das Malignom Hauptdiagnose.





4.5.5 Mehrere Malignome gleichzeitig

Erfüllt mehr als ein Malignom das Kriterium der Hauptdiagnose, wird ergänzend als Nebendiagnose Folgendes 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). Der Kode 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.)

Bezeichnung	Kode
Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen	C97!

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





4.5.6 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.

4.5.7 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) 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)*.

4.5.8 Ungenau bezeichnete Lokalisationen

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

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

4.6 Die geplante Behandlung kann nicht durchgeführt werden

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

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

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





Nichtdurchführung der Maßnahme aufgrund einer Krankheit oder einer Komplikation, die nach der Aufnahme aufgetreten ist:

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

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

Beispiel:

Ein Patient soll bei einem Weichteilsarkom der rechten Schulter plangemäß zur Fortsetzung der Chemotherapie aufgenommen werden. Bei der Aufnahmeuntersuchung wird eine Infektion der Nasennebenhöhlen diagnostiziert, der Patient wird antibiotisch behandelt und bis zur Ausheilung wieder entlassen:

HD	C49.1	<i>Bösartige Neubildung Bindegewebe und andere Weichteilgewebe der oberen Extremität, einschließlich Schulter</i>
ND	Z53	<i>Personen, die Einrichtungen des Gesundheitswesens wegen spezifischer Maßnahmen aufgesucht haben, die aber nicht durchgeführt wurden</i>
ND	J01.0	<i>Akute Sinusitis maxillaris</i>





Wurde die geplante Behandlung, z. B. die Chemotherapie, bereits begonnen, wird sie auch bei Abbruch kodiert. Dann wird der Kode Z53 nicht verwendet. Für bestimmte nicht vollendete und abgebrochene Prozeduren, vor allem aus dem operativen Bereich, gibt es eigene Regeln zur Kodierung [P004f].

4.7 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.

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

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

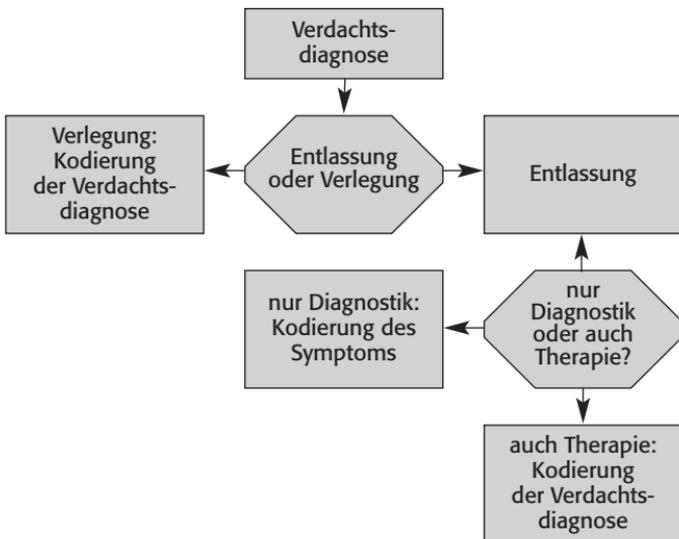
Bei Entlassung:

Verdachtsdiagnose therapiert oder nicht therapiert?

- a. Wurde nur untersucht, aber nicht behandelt:
Symptom kodieren
- b. 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.



4.8 Komplikationen

Reihenfolge der Codes für Komplikationen und Malignome

Wenn sich ein Patient mit einer Komplikation (als Symptom) vorstellt und die maligne Grunderkrankung (als die zugrunde liegende Krankheit) zum Zeitpunkt der Aufnahme bekannt ist und behandelt wird bzw. während des Krankenhausauf-



enthaltet neu diagnostiziert wird, wird **das Malignom als Hauptdiagnose** kodiert (DKR D002f). Die Komplikation wird als Nebendiagnose kodiert, wenn es sich bei der Komplikation nicht um ein grundsätzlich mit dem Malignom vergesellschaftetes Symptom handelt (Symptome, die im Regelfall als eindeutige und unmittelbare Folge mit der zugrunde liegenden Krankheit vergesellschaftet sind, werden nicht kodiert). Die Komplikation ist grundsätzlich als ein eigenständiges, wichtiges Problem für die medizinische Betreuung anzusehen und sollte kodiert werden.

Wenn sich ein Patient mit einer Komplikation (als Symptom, 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 die Komplikation behandelt wird, wird **die Komplikation als Hauptdiagnose** kodiert. Die zugrunde liegende maligne Grunderkrankung wird anschließend als Nebendiagnose angegeben (DKR D002f).

4.8.1 Wiederaufnahmeregelung – Bedeutung für die Onkologie

Die Zusammenführung einzelner stationärer Aufenthalte zu einem Gesamtfall wird in den Abrechnungsbestimmungen der FPV 2011 (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 lösbar sind. Hier gibt es keine Besonderheiten der Kodierung. Die dritte Konstellation (§ 2 Satz 3) besagt, dass bei Patienten, die wegen einer Komplikation im Zusammenhang mit der durchgeführten Leistung innerhalb der oberen Grenz-



verweildauer der ersten DRG aufgenommen werden, eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorgenommen wird.

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

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

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

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

5. Kodierung von Diagnosen

5.1 Lymphome, Myelome, CLL

Für die Kodierung von Malignomen in der Eigenanamnese gibt es ein eigenes Kapitel (Z85.-). Diese Codes werden daher in den einzelnen Kapiteln, die die Kodierung der Malignome betreffen, nicht aufgeführt.

5.1.1 Histologie

Bei Hodgkin- und Non-Hodgkin-Lymphomen erfolgt die Kodierung in der Regel nach der Histologie. Für das Jahr 2011 wurde endlich erreicht, dass sich die Nomenklatur des ICD-10 weitgehend dem „blauen Buch“ der WHO angleicht, allerdings beziehen sich die Begriffe überwiegend noch auf Stand von 2001. Da möglichst viele ICD-10 Codes unverändert gelassen werden sollten, orientiert sich die Reihenfolge der Codes weiterhin an der vorangegangenen Version des ICD-10. Da im Thesaurus vermutlich noch fehlerhafte Zuordnungen vorhanden sind, sollte man sich im Zweifel immer am Text und Interpretationshinweisen des systematischen Verzeichnisses orientieren.

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

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

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

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

Bezeichnung	Kodes
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 MALT-Lymphom (auch Lunge, Haut etc.)	C88.4-
Sonstige bösartige immunproliferative Krankheit (auch PTLD, s. u.)	C88.7-
Bösartige immunproliferative Krankheit, nicht näher bezeichnet	C88.9-

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

Bezeichnung	Kodes
Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom (incl. Varianten, auch plasmablastisches)	C83.3
Lymphoblastisches Lymphom (nodale Variante der B- und T-Vorläufer ALL)	C83.5
Burkitt-Lymphom (incl. Burkitt-like) (aber: reifzellige B-ALL → C91.8)	C83.7
Mediastinales (thymisches) großzelliges B-Zell-Lymphom	C85.2
Sonstige nicht folliculäre Lymphome (incl. Lymphomatoide Granulomatose, Ergusslymphom, intravasculäres Lymphom)	C83.8



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

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

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

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



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

Bezeichnung	Kodes
peripheres T-Zell-Lymphom, nicht spezifiziert (= NOS)	C84.4
Sonstige reifzellige T/NK-Zell-Lymphome	C84.5
Anaplastisches großzelliges Lymphom ALK-pos	C84.6
Anaplastisches großzelliges Lymphom ALK-neg.	C84.7
Reifzelliges T/NK-Zell-Lymphom, n. n. bezeichnet	C84.9
Extranodales NK/T-Zell-Lymphom, nasal 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

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 (assoziiert mit rheumatoider Arthritis)	C91.7-



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

Bezeichnung	Kode
PTLD (Posttransplant lymphoproliferative disorder)	C88.7

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

Bezeichnung	Kode
Reaktivierung einer EBV-Infektion nach Transplantation	B27.0

Diese Codes sollten in Kombination mit einem Kode aus Z.94.- *Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation* 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. Bei einigen Lymphomtypen (z. B. kutanen Lymphomen) geht indirekt die Lokalisation mit hervor.





Lokalisationsdiagnosen und andere ausgewählte Nebendiagnosen

Bezeichnung	Kodes
Nebendiagnose Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute (Meningeosis lymphomatosa)	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 beim Multiplen Myelom ▶	M82.0-*
Nebendiagnose (Sternkode) Knochenfraktur bei Neubildungen (aller Art) ▶	M90.7-*
Nebendiagnose (Sternkode) Wirbelkörperkompression bei Neubildungen ▶	M49.5-*

Es wird empfohlen C79.3 als Nebendiagnose auch bei primären ZNS-Lymphomen (i. d. R. in Ergänzung zu C83.3 zu verwenden)

- ▶ Zur Lokalisation siehe Tabelle am Anfang von Kapitel M im ICD 10 Katalog.

5.1.3 Remissionsstatus

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





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

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

Kriterien für das Vorliegen einer kompletten Remission bei CLL:

- Keine Lymphknoten
- keine Organmanifestationen
- neutrophile Granulozyten größer als 1,5/nl
- Lymphozyten weniger als 4/nl
- Hb über 11 g/dl bzw. 6,8 mmol/l (ohne Transfusionen)
- Knochenmark weniger als 30% Lymphozyten (nach Cheson, NCI Guidelines, Am J Hemat 1988)

Kriterien für das Vorliegen einer CR bei Multiplem Myelom

- In der Immunfixation ist keine monoklonale Gammopathie mehr nachweisbar (weder Serum noch Urin)
- weniger als 5% Plasmazellen im Knochenmark
- Verschwinden von Weichteilplasmozytomen (bei extra-medullärem Befall)
- Keine Zunahme in Größe und Zahl von Osteolysen (Durie et al. Leukemia 2006)





5.1.4 Refraktäre Erkrankung

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

Eine auf Standard-Induktionstherapie refraktäre Leukämie wird mit einem zusätzlichen Code verschlüsselt. Leukämie, refraktär auf Standardinduktionstherapie C95.8!

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.

5.2 Akute Leukämien

5.2.1 Klassifikation

Bei Leukämien erfolgt die Kodierung nach der Histologie. Für das Jahr 2011 wurde endlich erreicht, dass sich die Nomenklatur des ICD-10 weitgehend dem „blauen Buch“ der WHO angleicht, allerdings beziehen sich die Begriffe überwiegend noch auf Stand von 2001. Da möglichst viele ICD-10 Kodes unverändert gelassen werden sollten, orientiert sich die Reihenfolge der Kodes weiterhin an der vorangegangenen Version des ICD-10. Da im Thesaurus vermutlich noch fehlerhafte Zuordnungen vorhanden sind, sollte man sich im Zweifel immer am Text und Interpretationshinweisen des systematischen Verzeichnisses orientieren.

Bezeichnung	Kodes
Akute lymphatische Leukämie (ALL) vom B- oder T-Vorläufer Typ	C91.0-
Reifzellige B-ALL vom Burkitt Typ (aber: Burkitt-Lymphom → C83.7)	C91.8-



Bezeichnung	Kodes
Akute Myeloische Leukämie (AML M0-M2 oder nicht nach FAB zugeordnet, auch mit t(8;21))	C92.0-
AML M3 (= Akute Promyelozytenleukämie, t(15;17) und Varianten)	C92.4-
AML M4, 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 (MLL Gen Veränderung)	C92.6-
AML mit Dysplasie oder AML aus MDS	C92.8-
Akute Panmyelose mit Myelofibrose	C94.4-
Myelosarkom (Chlorom, tumoröse Manifestation einer AML)	C92.3-
Mastzellenleukämie	C94.3-
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 2011 überwiegend noch nicht ab. C95.0 wird wie eine ALL nach R63 gruppiert.

5.2.2 Remissionsstatus

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

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

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

Kriterien für das Vorliegen einer CR bei der ALL:

- weniger als 5% Blasten im Knochenmark
 - kein Nachweis von Blasten im peripheren Ausstrich
 - mindestens 15% bzw. 25% normale Erythro- und Granulopoese
 - neutrophile Granulozyten > 1,5/nl
 - Thrombozyten > 100/nl
 - Hb > 10g/dl bzw. 6,2 mmol/l
- (Quelle: GM-ALL 07/03-Protokoll)

Kriterien für das Vorliegen einer CR bei AML:

- im Knochenmark: < 5% Myeloblasten
 - im peripheren Blut:
 - neutrophile Granulozyten > 1,0/nl
 - Thrombozyten > 100/nl
- (Quelle: Cheson, JCO 2003. N.B.: die AML-CG fordert neutrophile Granulozyten > 1,5/nl nach CALGB-Kriterien).



5.2.3 Refraktäre Erkrankung

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

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

5.3 Myeloproliferative Neoplasien, MDS und Histozytosen

5.3.1 Klassifikation

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

Bezeichnung	Kodes
Chronische myeloische Leukämie (inklusive Blastenschub)	C92.1-
Zusatzkode für Blastenschub bei CML	C94.8!
Polycythämia vera	D45
Essentielle Thrombozythämie	D47.3

Bezeichnung	Kodes
Primäre (Idiopathische) oder sekundäre Myelofibrose, Osteomyelofibrose	D47.4
Chronische Eosinophilenleukämie, auch hypereosinophiles Syndrom	D47.5
Unklassifizierte myeloprolif. Erkrankung, auch chronische Neutrophilenleukämie	D47.1



Bezeichnung	Kodes
Refraktäre Anämie (RA, ohne Ringsideroblasten)	D46.0
RA mit Ringsideroblasten (ohne Blastenüberschuss)	D46.1
Refraktäre Anämie mit Mehrlinien-Dysplasie (RCMD)	D46.5
5q-minus-Syndrom	D46.6
RA mit Blastenüberschuss (> 5% – 20% Blasten im Knochenmark), RAEB I und II	D46.2
sonstige myelodysplastische Syndrome	D46.7
Refraktäre Anämie, nicht näher bez.	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 Krankheit, nicht klassifizierbar	C94.6-

Seit 2008 werden RAEB (D46.2) wie AML gruppiert. Die willkürliche Trennung zwischen RAEB und AML bei intensiver Therapie fällt damit weg.

Bezeichnung	Kodes
Kutane Mastozytose	Q82.2
Indolente systemische Mastozytose	D47.0
Aggressive systemische Mastozytose, auch Mastzellsarkom	C96.2
Mastzellenleukämie	C94.3

Bezeichnung	Kodes
Unifokale Langerhans-Zell-Histiozytose, Eosinophiles Granulom	C96.6
Multifokale unisystemische Langerhans-Zell-Histiozytose (Hand-Schüller-Christian)	C96.5
Multizentrische, multisystemische Langerhans-Zell-Histiozytose (Abt-Letterer-Siwe)	C96.0
Langerhans-Zell Sarkom	C96.4
Histiozytisches Sarkom	C96.8

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 die zytogenetische Remission (d. h. die Elimination von philadelphiapositiven Metaphasen in der konventionellen Zytogenetik) empfohlen. Ein alleiniger 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) nachgewiesen wird.



5.3.3 Refraktäre Erkrankung

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

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

5.4 Neubildung solider Organe

Die Hinweise des Kapitel II, Abs. 3 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. Metastasen werden grundsätzlich als „sekundäre bösartige Neubildungen“ bezeichnet. Für Neubildungen unsicheren oder unbekanntem 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 C33 kodiert. Für eine exakte Klassifikation verweisen wir auf den ICD-10-GM Katalog in der aktuellen Version.



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

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

Nase, Larynx und Trachea	Kodes
Nasenhöhle	C30.0
Sinus maxillaris	C31.0
Glottis	C32.0
Larynx, mehrere Teilbereiche überlappend	C32.8
Larynx, unsicheres Verhalten	D38.0
Trachea	C33
Trachea, unsicheres Verhalten	D38.1

5.4.2 Gastrointestinaltrakt

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

>: Zwei alternative Subklassifikationen stehen zur Auswahl:

Bezeichnung	4. Stelle
nach der anatomischen Lage	.0-2
nach dem Drittel	.3-5

Magen	Kodes
Kardia	C16.0
Fundus	C16.1
Corpus	C16.2
Antrum pyloricum	C16.3
Pylorus	C16.4
Kleine Krümmung, nicht näher bezeichnet	C16.5
Große Krümmung, nicht näher bezeichnet	C16.6

Magen	Kodes
Magen, mehrere Teilbereiche überlappend	C16.8
Magen, unsicheres Verhalten	D37.1

Dünndarm	Kodes
Duodenum	C17.0
Jejunum	C17.1
Ileum	C17.2
Meckel-Divertikel	C17.3
Dünndarm, mehrere Teilbereiche überlappend	C17.8
Metastase des Dünndarms	C78.4
Dünndarm, unsicheres Verhalten	D37.2

Dickdarm	Kodes
Zökum inklusive Ileozökalklappe	C18.0
Appendix vermiformis	C18.1
Appendix, unsicheres Verhalten	D37.3
Kolon ascendens	C18.2
Flexura coli dextra [hepatica]	C18.3
Kolon transversum	C18.4
Flexura coli sinistra [lienalis]	C18.5
Kolon descendens	C18.6
Kolon sigmoideum	C18.7
Kolon, mehrere Teilbereiche überlappend	C18.8
Kolon, unsicheres Verhalten	D37.4

Dickdarm	Kodes
Rektosigmoid, Übergang	C19
Rektum	C20
Metastase des Dickdarms und des Rektums	C78.5
Rektum, unsicheres Verhalten	D37.5
Anus, exkl. Analkanal	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 Codegruppen C22 bis C24, die des Pankreas mit den Codegruppen C25 kodiert.

Leber und intrahep. Gallengänge	Kodes
Leberzellkarzinom (HCC)	C22.0
Intrahep. 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

Leber und intrahep. Gallengänge	Kodes
Metastasen der intrahepatischen Gallengänge	C78.7
Leber, unsicheres Verhalten	D37.6

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

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



5.4.4 Lunge/Mediastinum/Pleura – Tumoren

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

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



5.4.5 Gynäkologische Tumoren

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

Brust, incl. Sarkom der Brust	Kodes
Brustwarze und Warzenhof	C50.0
Zentraler Drüsenkörper	C50.1
Oberer innerer Quadrant	C50.2
Unterer innerer Quadrant	C50.3
Oberer äußerer Quadrant	C50.4
Unter äußerer Quadrant	C50.5
Recessus axillaris	C50.6
Mamma, mehrere Teilbereiche überlappend	C50.8
Brustdrüsenmetastase exkl. Haut	C79.81

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

Uterus	Kodes
Endozervix	C53.0
Ektozervix	C53.1
Cervix uteri, mehrere Teilbereiche überlappend	C53.8

Uterus	Kodes
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

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

5.4.6 Urogenitale Tumoren

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

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

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

Männliche Genitalorgane	Kodes
Praeputium penis	C60.0
Glans penis	C60.1
Penisschaft	C60.2
Penis, mehrere Teilbereiche überlappend	C60.8
Prostata	C61
Prostata, unsicheres Verhalten	D40.0
Dystoper Hoden (ektopisch; retiniert)	C62.0
Deszendierter Hoden	C62.1
Hoden, unsicheres Verhalten	D40.1
Nebenhoden [Epididymis]	C63.0
Samenstrang	C63.1
Skrotum und Skrotalhaut	C63.2

Männliche Genitalorgane	Kodes
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 sollte primär der Organbezug (z. B.: mediastinal, retroperitoneal) kodiert werden.

5.4.7 Endokrine Organe

Organ	Kodes
Endokriner Drüsenanteil des Pankreas	C25.4
Schilddrüse	C73
Schilddrüse, unsicheres Verhalten	D44.0
Nebenschilddrüse	C75.0
Nebenschilddrüse, unsicheres Verhalten	D44.2
Nebennierenrinde	C74.0
Nebennierenmark	C74.1
Multiple endokrine Neoplasie (zusätzlich zu den eigentlichen Neoplasien kodieren)	D44.8
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 aufteilen werden. Für eine exakte Klassifikation verweisen wir auf den ICD-10-GM Katalog in der aktuellen Version.

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

Sonstige bösartige Neubildung der Haut (nicht Melanom)	Kodes
Lippe	C44.0
Augenlid, incl. Kanthus	C44.1
Ohr, incl. äußerer Gehörgang	C44.2
Gesicht	C44.3
behaarte Kopfhaut und Hals	C44.4
Rumpf	C44.5



Sonstige bösartige Neubildung der Haut (nicht Melanom)	Kodes
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.

5.4.10 Sarkome

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

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



Neubildung Knochen und Gelenkknorpel – nicht Extremität	Kodes
Kraniofazial Hirn- und Gesichtsschädel	C41.01
Maxillofazial Hirn- und Gesichtsschädel	C41.02
Unterkieferknochen	C41.1
Wirbelsäule	C41.2
Rippen	C41.30
Sternum	C41.31
Klavicula	C41.32
Becken Kreuzbein Steißbein	C41.4
Knochen und Gelenkknorpel, mehrere Teilbereiche überlappend	C41.8
Knochenmetastase	C79.5

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

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

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

Diese Ausnahmen sind in der folgenden Tabelle aufgeführt:

Ausnahmen bei Bindegewebsneubildungen (i. W. Sarkom)	Kodes
Angiosarkom der Leber	C22.3
Sonstige Sarkome der Leber	C22.4
Sarkom Brust	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

Ausnahmen bei Bindegewebsneubildungen (i. W. Sarkom)	Kodes
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 peripherer neuroektodermaler Tumor (MPNET).

5.4.11 Kaposi-Sarkome

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

5.4.12 Bösartige Neubildung des Gehirns

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

5.4.13 CUP – Syndrom

CUP	Kodes
Cancer of Unknown Primary	
(offizieller Text des ICD-10: <i>Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet</i>) Bösartige Neubildung, nicht näher bezeichnet	C80.0
(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
Kopf, Gesicht und des Hals	C77.0
Intrathorakal	C77.1
Intraabdominal	C77.2
Axilläre Lymphknoten und obere Extremität	C77.3
Inguinale Lymphknoten und untere Extremität	C77.4
Intrapelvine Lymphknoten	C77.5
Mehrere Regionen	C77.8

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

Metastasen an sonstigen Lokalisationen	Kode
Niere und Nierenbecken	C79.0
Harnblase und Harnorgane	C79.1
Haut	C79.2
Gehirn und Hirnhäute	C79.3
ZNS	C79.4



Metastasen an sonstigen Lokalisationen	Kode
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
Metastase nicht näher bezeichneter Lokalisation ►	C79.9

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

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

C79.3 ist bei Lymphomen und Leukämien, also allen Diagnosen aus C81-C96 kodierbar, wenn ein Befall der Hirnhäute oder des Gehirns vorliegt.

Der Knochenbefall (C79.5) kann **nur bei Lymphomen** der Codes C81 bis C88 kodiert werden, also bei Hodgkin- und Non-Hodgkin-Lymphomen. Der Kode kann nicht bei Multiplem Myelom oder Leukämien verwendet werden!

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

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

M89.5-	<i>Osteolysen</i>
M90.7-*	<i>Knochenfraktur bei Neubildung</i>
M49.5-*	<i>Wirbelkörperkompression bei Neubildung</i>
M82.0-*	<i>Osteoporose bei Plasmozytom</i>

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 [D003i Beispiel 7]. Die Kodierung sollte dann erfolgen, wenn eine weiterführende Diagnostik oder eine therapeutische Konsequenz ersichtlich sind. Einige Beispiele hierfür sind nachfolgend aufgeführt.

Beispiele für eine weiterführende Diagnostik:

- Bestimmung von anti-erythrozytären Antikörpern bzw. Coombs-Test
- Bestimmung von Hämolyseparametern oder Spezialuntersuchungen
- Suche nach einer Blutungsquelle
- Knochenmarkpunktion
- Engmaschige Kontrollen des Hb Wertes: Hb Abfall > 2 g/l bzw. >1,2 mmol/l in 24h oder Hb Abfall auf Werte <8 g/dl bzw. <5,0 mmol/l mit dokumentiertem Überwachungs- und Betreuungsaufwand

Beispiele für therapeutische Konsequenz:

- Gabe von Erythropoietin
- Transfusion
- Stillung einer Blutung



Anämien bei Malignomen

Die Anämie aufgrund von zytostatischer Therapie wurde 2006 mit D61.10 definiert. Der Code *D63.0* Anämie bei Neubildungen* bezieht sich somit jetzt eindeutig auf die Tumoranämie, die nicht in erster Linie durch eine Zytostase oder andere Ursache bedingt ist. Als Sterndiagnose kann D63.0* nur als Nebendiagnose verwendet werden. Wir empfehlen die Verwendung von D63.0* bei klassischer Tumoranämie und bei Anämie durch Infiltration des Knochenmarks mit Tumorzellen (da D63.0* nicht Hauptdiagnose sein kann, ist hier immer der die Anämie verursachende Tumor Hauptdiagnose). Anämien spezifischer 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 zugrunde liegenden Erkrankung kodiert werden. Der gleiche Code D63.8* wird auch für die renale Anämie verwendet.

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 Code D61.3 verwendet werden, auch wenn ein medikamentöser Auslöser nicht sicher ausgeschlossen ist. Der Code *D61.1- Arzneimittelinduzierte aplastische Anämie* wird nur für eindeutig medikamentenbedingte Anämien empfohlen. Die Untergruppierung von D61.1- erlaubt eine Unter-



scheidung zwischen einer Anämie infolge einer zytostatischen Therapie und anderen arzneimittelinduzierten Anämien. Wenn, z. B. in Folge einer zytostatischen Therapie, eine Thrombozytopenie oder eine Agranulozytose vorliegen, sollen diese ebenfalls kodiert werden, wenn sie die Kriterien der Nebendiagnosen erfüllen. Dies wurde im ICD-10 2010 eindeutig klargestellt. 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.	D50.9



Alimentäre Anämien	Kode
Vitamin-B12 Mangelanämie (Vitamin B12 Mangel ohne Anämie – E53.8)	D51.-
Vitamin-B12 Mangelanämie durch Mangel an Intrinsic Faktor (perniziöse Anämie)	D51.0
Sonstige Vitamin-B12 Mangelanämien (Resorptionsstörung u. a, ohne alimentär)	D51.8
Folsäure-Mangelanämien	D52.-
Sonstige megaloblastäre Anämien o. n. A.	D53.1
Weitere alimentäre Anämien	D53.-
Akute Blutungsanämie (s. auch Kapitel 5.7.1 zu Blutungen, die zusätzlich spezifisch zu kodieren sind)	D62.0

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 (außer Hydrops fetalis)	D56.0
Beta-Thalassämie (major u. intermedia)	D56.1
Delta-Beta-Thalassämie	D56.2
Thalassämie-Erbanlage	D56.3
Heredit. Persistenz fetalen Hämoglobins (HPFH)	D56.4
Sonstige Thalassämien	D56.8
Thalassämien n. n. b. (auch gemischte Thalassämien, Thalassämia minor. Kombination mit HbS – D57.2)	D56.9
Sichelzellanämie mit Krisen	D57.0





Hämolytische Anämien	Kode
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
Angeborene aplastische Anämie (Fanconi, Diamond-Blackfan u. a.)	D61.0
Kongenitale dyserythropoetische Anämie	D64.4



Erworbene hämolytische Anämien	Kode
Arzneimittelinduzierte autoimmunhämolytische Anämie (AIHA)	D59.0
Sonstige AIHA (Wärme- und Kälteautoantikörper, siehe aber Ausnahmen unten)	D59.1
Evans-Syndrom (Immunthrombopenie plus Immunhämolyse)	D69.3
Hämoglobinurie durch Hämolyse infolge sonstiger äußerer Ursachen: Marschhämoglobinurie, Belastungshämoglobinurie und auch Paroxysmale Kältehämoglobinurie	D59.6
Arzneimittelinduzierte nicht-autoimmunhämolytische Anämie	D59.2
Hämolytisch-urämisches Syndrom	D59.3
Thrombotisch-thrombozytopenische Purpura (M. Moschkowitz)	M31.1





Erworbene hämolytische Anämien	Kode
Sonstige nicht-autoimmunhämolytische Anämien (mechanisch, toxisch, mikro-angiopatisch, wenn nicht TTP/HUS)	D59.4
Paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie	D59.5
Sonstige erworbene hämolytische Anämien	D59.8
Erworbene hämolytische Anämie, n. n. b.	D59.9

Aplastische und sonstige Anämien	Kode
Erworbene isolierte aplastische Anämie (PRCA)	D60.-
Aplastische Anämie infolge zytostatischer Therapie	D61.10
Anämie infolge einer bösartigen Neubildung (z. B. Tumoranämie, Anämie bei KM-Infiltration, nur als Nebendiagnose)	D63.0*
Sonstige arzneimittelinduzierte aplastische Anämie	D61.18
Arzneimittelinduzierte aplastische Anämie, n. n. b.	D61.19
Aplastische Anämie infolge sonstiger äußerer Ursachen	D61.2
Idiopathische aplastische Anämie	D61.3
Sonstige näher bezeichnete aplastische Anämien	D61.8
Aplastische Anämie, n. n. b.	D61.9
Anämie chronischer (andernorts klassifizierter) Erkrankungen (z. B. renale Anämie; nur Nebendiagnose)	D63.8*
Sideroachrestische Anämien (sehr selten, nur wenn kein MDS vorliegt)	D64.0 bis D64.2
Sonstige Anämie, n. n. b.	D64.9





5.6.2 Thrombozytopenie

Im Unterschied zu Anämie und Leukopenie 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 003i 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
Hämolytisch-urämisches Syndrom	D59.3
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
Sonstige sekundäre Thrombozytopenien (auch zytostatika- oder tumorinduziert), transfusionsrefraktär (s. u.)	D69.57
Sonstige sekundäre Thrombozytopenien (auch zytostatika- oder tumorinduziert), nicht 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 nur dann bezeichnet werden, wenn 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-gematchten 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 in D70.1- kodiert und nach Schweregrad getrennt.

Ein Grenzwert, bei dessen Unterschreiten von einer Agranulozytose bzw. Neutropenie gesprochen werden kann, ist in der ICD-10 nur für die arzneimittelinduzierte Agranulozytose in D70.1- definiert. Wir empfehlen, diesen Grenzwert von Neutrophilen unter 0,5 G/l (oder Leukozyten < 1,0 G/l, falls kein Diff-BB verfügbar) für alle Formen der Agranulozytose zu übernehmen.

2010 wurde die Unterteilung der Dauer der Agranulozytose weiter verfeinert (s. u.).

Agranulozytosen, die direkt durch eine bösartige Neubildung (z. B. Leukosen) verursacht werden, sind dagegen mit D70.3 zu kodieren. Liegt lediglich eine leichtere Neutropenie infolge der bösartigen Neubildung vor, so sollte die Nebendiagnose *D70.6 Sonstige Neutropenie* verwendet werden.

Kriterien zur Kodierung von D70.-

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



wird seit 2011 zwischen systemischer und lokaler Chemo-
prophylaxe unterschieden.

Die Kodierung der Neutropenie d.h. Neutrophile noch
> 0,5 G/l sollte nur dann erfolgen, wenn eine weiter-
führende 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
Neutropenie ohne Angabe zu Schwere und Dauer	D70.19

Neutropenie, Leukozytopenie	Kode
Agranulozytose (Neutrophile < 0,5 G/l) o. n. A. zu Ursache und Dauer. Auch wenn direkt durch Malignom induziert.	D70.3
Sonstige Neutropenie (Neutrophile > 0,5 G/l). (u. a. bei Hypersplenismus). Auch 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 Blutungsneigungen

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 Blutungsneigungen muss in der Kodierung zwischen angeborenen und erworbenen Blutungsneigungen unterschieden werden, da häufig nur für die angeborenen Faktorenmängel im Rahmen von Landesblutervereinbarungen bzw. auch einrichtungsspezifischen Regelungen Sondervergütungen für die verwendeten Gerinnungspräparate vereinbart sind. Die Hämophilie mit Arthropathie kann als Kreuz-Stern-Diagnose D66 - D68.- mit M36.2* verschlüsselt werden.

Blutung nach Lokalisation	Kodes
Blutung, andernorts nicht klassifiziert (nur bei fehlender Lokalisation verwenden, z. B. Weichteilblutungen, sonst spezifizieren!)	R58
Epistaxis	R04.0
Blutung aus dem Rachen	R04.1
Hämoptye	R04.2
Blutungen aus sonstigen Lokalisationen in den Atemwegen	R04.8
Subarachnoidalblutung	I60.-
Intrazerebrale Blutung	I61.-
Subduralblutung (nicht traumatisch!)	I62.-
Netzhautblutung	H35.6
pathol. vaginale Blutungen (s. Kapitel im ICD)	N92.- bis N95.-

Koagulopathien	Kodes
Disseminierte intravasale Gerinnung (DIC)	D65.1
Hereditärer Faktor VIII Mangel (Hämophilie A)	D66
Hereditärer Faktor IX Mangel (Hämophilie B)	D67
Willebrand-Jürgens-Syndrom (angeboren und erworben)	D68.0
Angeborener Mangel von F XI	D68.1
Angeborener Mangel von F I, II, V, VII, X, XII, XIII	D68.2
Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen	D68.30
Hämorrhagische Diathese durch Antikörper gegen Faktor VIII (Hemmkörperhämophilie)	D68.31

Koagulopathien	Kodes
Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen sonstige Gerinnungsfaktoren (IX, X, XI, von Willebrand)	D68.32
Dauerantikoagulation ohne Blutung	Z92.1
Erworbener Faktorenmangel (Lebererkrankung, Vitamin K-Mangel, nicht Neugeborene)	D68.4
Koagulopathie, n. n. b, erworbene Blutungsneigung n. n. b.	D68.9

Diagnosen bei gastrointestinalen Blutungen

Es gibt eine Reihe von Kodes aus dem Bereich der Gastroenterologie, die Blutungen beschreiben (siehe anschließende Tabellen). Wenn es bei Erkrankungen im Gastrointestinaltrakt keinen spezifischen Kode „mit Blutung“ gibt, so ist der Kode und zusätzlich *K92.1 Meläna* oder *K92.2 Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet* anzugeben.

Bezeichnung	Kodes
Hämatemesis	K92.0
Mallory-Weiss-Syndrom	K22.6
Ösophagus- und Magenvarizen bei andernorts klassifizierten Krankheiten, mit Blutung (s. u.)	I98.3*
Akute hämorrhagische erosive Gastritis	K29.0
Angiodysplasie des Magens und des Duodenums mit Blutung	K31.82
Angiodysplasie des Kolons mit Blutung	K55.22
Divertikulose des Dickdarms ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	K57.31



Bezeichnung	Kodes
Divertikulitis des Dickdarms ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	K57.33
Innere Hämorrhoiden mit sonstigen Komplikationen (Blutung, u. a.)	I84.1

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

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 Leberzirrhose und die Schistosomiasis, aber kein Exklusivum, so dass der Kode auch bei Varizen in Folge einer Thrombose im Portalkreislauf verwendet werden kann.

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

5.7.2 Thrombosen und Thrombophilie

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

Bezeichnung	Kodes
Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis	I80.-
– oberflächlicher Gefäße der unteren Extremitäten (nicht Varizen, s. u.)	I80.0
– V. femoralis	I80.1
– sonstige tiefe Gefäße untere Extremitäten (z. B. Beckenvenenthrombose)	I80.2
– untere Extremität, n. n. b.	I80.3
– sonstige Lokalisationen (z. B. Arm)	I80.8
– ohne Angabe der Lokalisation	I80.9
Pfortaderthrombose	I81
Budd-Chiari Syndrom	I82.0
Mesenterialvenenthrombose und -infarkt	K55.0
Thrombophlebitis migrans	I82.1

Bezeichnung	Kodes
Embolie und Thrombose der V. cava	I82.2
Embolie und Thrombose der Nierenvene	I82.3
Embolie und Thrombose sonst. Venen (z. B. Milzvenenthrombose)	I82.8
Lungenarterienembolie, akutes Cor pulmonale, massive o. fulminante Lungenembolie	I26.0
Lungenarterienembolie ohne Cor pulmonale	I26.9
Sinusvenenthrombose, Thrombose sonstiger intracranieller Venen	I67.6
Hirninfarkt durch arterielle Thrombose oder Embolie zerebraler oder präzerebraler Gefäße (spezifizieren im ICD!)	I63.-



Bezeichnung	Kodes
Postthrombotisches Syndrom	I87.0-
Primäre Thrombophilie (Mangel an Antithrombin, Protein C, Protein S, Prothrombin-Gen-Mutation, FV-Leiden bzw. APC-Resistenz)	D68.5
Sonstige Thrombophilien (Antiphospholipidsyndrom, Lupus Antikoagulans, Antikardiolipin-Antikörper)	D68.6

Die Kodes I82.8 und I80.8 konkurrieren um die „sonstigen“ Thrombosen, eine eindeutige Zuordnung ist nicht möglich, ebenso I82.9 und I80.9. Die Kodierung I82.9 für eine Thrombose onA sollte vermieden werden, da damit auch nicht gesondert aufgeführte Thrombophilien kodiert werden können. Dieser Hinweis auf eine Thrombophilie ergibt sich allerdings nur aus dem Thesaurus und nicht aus dem Text des ICD-10.

Seit 2010 ist im ICD-10-GM eine der unterschiedlichen Klinik entsprechende Trennung der Hemmkörperhämophilie (D68.31) von einem Antiphospholipidsyndrom (D68.6) möglich. Allerdings stellt die Gruppe D68 trotz der Neuaufnahme zweier Ziffern zur Thrombophilie 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.

5.8 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 der Ätiologie, d. h. nach dem Erreger.



Nach den Kodierrichtlinien wird eine Infektion in der Regel durch einen Kode für die Manifestation (Art und Lokalisation) der Infektion und einen zweiten Kode für den Erreger kodiert („Kreuz-Stern-Systematik“). Für einige wichtige und häufige Infektionen stehen Codes zur Verfügung, die Ort und Ursache der Infektion zugleich beschreiben (z. B. B37.0 Candidastomatitis).

5.8.1 Infekt-Diagnostik

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

Maßnahme	Kode
Klinische Untersuchung	nicht kodierbar
Blut- und Urinkulturen	
Rö-Thorax	
Sonographie des Abdomens ohne KM	
ZVK-Entfernung mit und ohne Bakteriologie (Einschicken der ZVK-Spitze)	
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 carinii* (jiroveci), *Toxoplasma gondii*, Aspergillus und andere Fadenpilze, *Candida*) mit speziellen Methoden (Nukleinsäurenachweis, Antigennachweis, Spezialkulturen) bei Immunsuppression ein. Mindestens 2 Erreger müssen untersucht werden!

5.8.2 Fieber unklarer Ursache (FuO)

Das unklare Fieber ohne Neutropenie ist wie folgt definiert: Körper-Temperaturen über 38,3 °C und Dauer länger als 1 Stunde oder Körper-Temperatur zweimalig in 12 Stunden über 38,0 °C und keine erkennbare Ursache (z. B. Transfusionen) und kein Keimnachweis und kein Fokus

Wenn das Fieber untersucht, aber nicht behandelt wird, dann wird der Code *R50.80 Fieber unbekannter Ursache* verwendet. Erfolgt eine, wie auch immer geartete Behandlung der vermuteten Infektion, wird ein Code für die Verdachtsdiagnose, z. B. der Code

B99 Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten

bei Verdacht auf Infektion und antimikrobielle Therapie, genommen. Alternativ kann bei antibiotischer Behandlung der Code

A49.9 Bakterielle Infektion, nicht näher bezeichnet,

bei antimykotischer Behandlung

B49 Nicht näher bezeichnete Mykose, bei antiviraler Behandlung

B34.9 Virusinfektion, nicht näher bezeichnet

verwendet werden.





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

Es wird bis zum Nachweis oder Ausschluss einer Infektion unterstellt, wenn (was bei neutropenischen Patienten zutrifft) die Verdachtsdiagnose Infektion therapiert wird.

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

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

5.8.3 FuO bei Neutropenie mit Erregernachweis

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

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



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

Diese Codes werden nicht mit den Ausrufezeichen-Codes B95 – B98 („Bakterien als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln aufgeführt sind“) kombiniert.

5.8.4 Sepsis

Eine Sepsis wird folgendermaßen kodiert:

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

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

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

Bezeichnung	Kode
SIRS infektiöser Genese ohne Organkomplikationen (= Sepsis)	R65.0!
SIRS infektiöser Genese mit Organkomplikationen (= schwere Sepsis, s. unten)	R65.1!
SIRS nichtinfektiöser Genese ohne Organkomplikationen	R65.2!
SIRS nichtinfektiöser Genese mit Organkomplikationen	R65.3!
SIRS, n. n. b.	R65.9!

SIRS-Kriterien (Definition der ACCP/SCCM):

- Körpertemperatur $\geq 38\text{ °C}$ oder $\leq 36\text{ °C}$
- Herzfrequenz $\geq 90/\text{min}$
- Atemfrequenz $\geq 20/\text{min}$ oder $\text{pCO}_2 \leq 33\text{ mmHg}$ (4,3 kPa)
- Leukozyten ≥ 12.000 oder $\leq 4.000/\mu\text{l}$ oder $\geq 10\%$ unreife Neutrophile

Der ICD-Kode SIRS kann dann verschlüsselt werden, wenn:
bei SIRS infektiöser Genese ohne Organkomplikationen (R65.0!) mindestens 2 Blutkulturpärchen abgenommen wurden und

- bei positiver Blutkultur mindestens 2 SIRS-Kriterien erfüllt sind
- oder
- bei negativer Blutkultur alle 4 SIRS-Kriterien erfüllt sind.

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

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



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

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

- Akute Enzephalopathie: eingeschränkte Vigilanz, Desorientiertheit, Unruhe, Delirium
- Hypotension, Schock (systolischer Blutdruck 90 mmHg oder weniger oder mittlerer arterieller Druck 70 mmHg oder weniger für mindestens 1 Stunde trotz adäquater Volumenzufuhr; andere Schockursachen ausgeschlossen **oder** für wenigstens 2 Stunden systolischer arterieller Blutdruck bei mind. 90 mmHg bzw. mittlerer arterieller Blutdruck 70 mmHg oder weniger oder notwendiger Einsatz von Vasopressoren um den systolischen arteriellen Blutdruck mind. 90 mmHg oder den arteriellen Mitteldruck mind. 70 mmHg zu halten. Die Hypotonie besteht trotz adäquater Volumenzufuhr und ist nicht durch eine andere Schockform zu erklären.
- Relative oder absolute Thrombozytopenie: Abfall der Thrombozyten um mehr als 30% innerhalb von 24 Stunden oder Thrombozytenzahl $100\,000/\text{mm}^3$ oder weniger. Eine Thrombozytopenie durch akute Blutung muss ausgeschlossen sein.
- Arterielle Hypoxämie: PaO_2 10kPa oder weniger (75 mmHg oder weniger) unter Raumluft oder ein $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ -Verhältnis von 33 kPa oder weniger (250 mmHg oder weniger) unter Sauerstoffapplikation. Eine manifeste Herz- oder Lungenerkrankung muss als Ursache der Hypoxämie ausgeschlossen sein.
- Renale Dysfunktion: Eine Diurese von 0,5 ml/kg/h oder weniger für wenigstens 2 Stunden trotz ausreichender





Volumensubstitution und/oder ein Anstieg des Serumkreatinins auf mehr als 2x oberhalb des lokal üblichen Referenzbereiches.

- Metabolische Azidose: Base Excess -5mmol/l oder weniger oder eine Laktatkonzentration über 1,5x oberhalb des lokal üblichen Referenzbereiches.

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

R57.2 Septischer Schock

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

Beispiel:

Bronchopneumonie ohne septisches Kreislaufversagen, erfüllt aber SIRS-Kriterien:

J18.0 Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet

A41.8+ Sonstige näher bezeichnete Sepsis

R65.0! SIRS infektiöser Genese ohne Organkomplikationen

Beispiel:

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

J18.0 Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet

A41.9+ Sepsis, nicht näher bezeichnet

R65.1! SIRS infektiöser Genese mit Organkomplikationen

R57.2 Septischer Schock
(zusätzlich ggf. OPS Codes für Intensivtherapie).





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

5.8.5 Aspergillus

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

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

Eine wahrscheinliche invasive Aspergillose ist folgendermaßen definiert:

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

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

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





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

Bezeichnung	Kode
Disseminierte Aspergillose	B44.7

Jede Aspergillus-Infektion in einem Organ außer der Lunge:

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

5.8.6 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
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!

5.8.7 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

5.8.8 CMV-Infektion

Für die exakte Erfassung von CMV-Infektionen fehlen v. a. im Bereich der allogenen Transplantation weiterhin einige Codes (z. B. CMV-Retinitis). Neue Codes für spezifische Infektionen des GI-Traktes wurden 2008 veröffentlicht. Diese sind ab 2011 auch mit CC-Wert versehen und damit ggf. erlösrelevant.

Manifestation der CMV-Infektion	Kode
Pneumonie	B25.0+ mit J17.1*
CMV-Bronchitis	J20.8
Hepatitis	B25.1+ mit K77.0*
Pankreatitis	B25.2+ mit K87.1*
CMV-Ösophagitis	B25.80+ mit K23.8*
CMV-Gastritis	B25.80+ mit K93.8*
CMV-Duodenitis, -ileitis, -kolitis	B25.80+ mit K93.8*
Sonstige (auch die therapiebedürftige symptomlose Reaktivierung nach allogener Transplantation)	B25.88
CMV-Retinitis	B25.88 mit H32.0*
Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis	B25.88 mit G05.1*



5.8.9 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.

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

MRSA/MRSE

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, Glykopeptid-Antibiotika, Chinolone, Streptogramine und Oxazolidinone	U80.0!
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
oder lokalisierte Staphylokokken-Infektion mit Kode aus entsprechenden Kapiteln A	
zusätzlich:	
Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Oxacillin, Glykopeptid-Antibiotika, Chinolone, Streptogramine und Oxazolidinone	U80.0!
Evt. zusätzlich: Isolierung als prophylaktische Maßnahme	Z29.0

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

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

Komplexbehandlung bei MRE

Seit 2006 existiert eine OPS-Kodegruppe 8-987.- Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern, (MRE). Die Mindestmerkmale, die vorliegen müssen, um diesen Code kodieren zu können, sind u. a.:

- 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



5.8.10 Im Krankenhaus erworbene Pneumonie

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

Definitionsgemäß handelt es sich dabei um Pneumonien, welche frühestens 48 Stunden nach Aufnahme oder binnen 28 Tagen nach Entlassung auftreten. Der Kode bedeutet nicht, dass ein kausaler Zusammenhang zur stationären Behandlung oder gar ein Verschulden des Krankenhauses vorliegt. Dies wird im ICD10 ausdrücklich erwähnt. Der Kode dient der externen Qualitätssicherung zur Abgrenzung von ambulant erworbenen Pneumonien.

Die Kodierung erfolgt wie bisher für die Pneumonie (also Pneumoniekode, ggf. ergänzt um Erregerkode), ergänzt um den Zusatzkode

U69.00! Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie bei Patienten von 18 Jahren und älter.

Dieser wird mit dem Pneumoniekode verknüpft.

5.8.11 Antibiotikaprophylaxe

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

*Z29.21 Systemische prophylaktische Chemotherapie
Prophylaktische Antibiotikaverabreichung*

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

*Z29.1 Immunprophylaxe
Verabreichung von Immunglobulin.*





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

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

5.9 Tumorlyse-Syndrom

Unter Tumorlyse versteht man einen raschen Zelluntergang vieler Tumorzellen mit metabolischen Veränderungen als Folge. Die Tumorlyse wird spontan, vor allem aber nach zytostatischer Therapie beobachtet. Üblicherweise wird ein nur laborchemisch erfassbarer erhöhter Tumorzerfall (sog. „Labortumorlyse“) unterschieden von einer zusätzlichen klinisch manifesten Tumorlyse.

Die Labortumorlyse ist nach Cairo et al. (2004) 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, Notfälle, Schmerzsyndrome und Paravasat

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	L98.2
Acanthosis nigricans (maligna)	L83
Acrodermatitis enteropathica	E83.2
Pemphigus erythematosis	L10.4
Dermatomyositis-Polymyositis	M36.0*
Polymyalgia rheumatica	M35.3
Karzinoidmyopathie	G72.88



Paraneoplastisches Syndrom	Kode
Kachexiemyopathie	G72.88
Paraneoplastische Neuromyopathie und Neuropathie	G13.0*
Nervensystem	
Polyneuropathie bei Neubildungen	G63.1*
Lambert-Eaton-Syndrom	G73.1*
Retinopathie bei Neubildungen	H36.8*
Limbische Enzephalitis	G13.1*
Zerebelläre Degeneration	G32.8*
Optikusatrophie	H48.0*
Guillain-Barré-Syndrom	G61.0
Serumpolyneuropathie, Sensorische Neuropathie bei Plasmazelldyskrasie	G61.1
Myasthenia gravis	G70.0
Stiff-man-Syndrome, Muskelstarre-Syndrom	G25.88
Restless-legs-Syndrom	G25.81
Myoklonus, Opsoklonus-Myoklonus-Ataxie	G25.3
Enzephalomyelitis, Enzephalitis, Myelitis	G05.8
Chorea	G25.5
Myotonie, Neuromyotonie (Isaacs-Mertens-Syndrom)	G71.1
Niere	
Glomerulonephritis bei Neubildungen	N08.1*

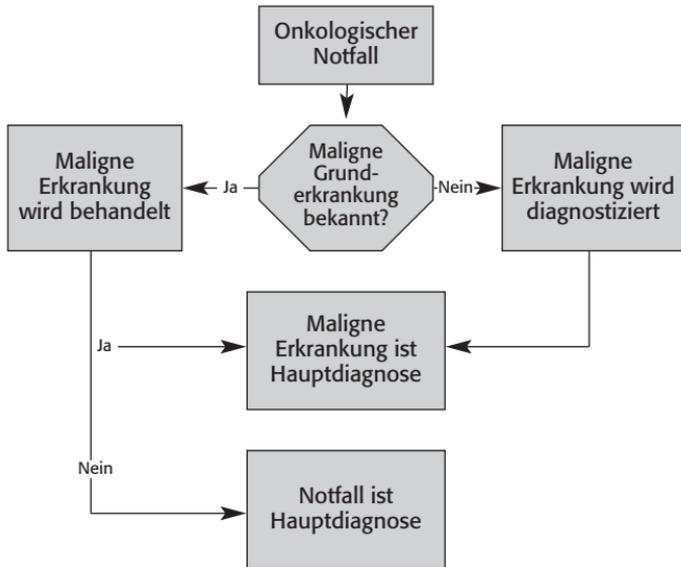
Paraneoplastisches Syndrom	Kode
Blut	
Autoimmunhämolytische Anämie (AIHA)	D59.1
Nicht-autoimmunhämolytische Anämie	D59.4
Sekundäre Polyglobulie	D75.1
Leukozytose, Lymphozytose, Monozytose, Plasmozytose, Lymphopenie, leukämoide Reaktion	D72.8
Eosinophilie	D72.1
Thrombotische Mikroangiopathie/TTP (Moschkowitz)	M31.1
Gerinnung – siehe Kapitel 5.7 Hämostaseologie	
Stoffwechsel	
Hypoglykämie, Hyperinsulinismus	E16.1
Hyperkalziämie, Hypokalziämie	E83.58
Flush, Gesichtsrötung	R23.2
Karzinoidsyndrom	E34.0
Intestinale Malabsorption, Protein-losing- Enteropathie	K90.8
Addison-Krankheit	E27.1
Addisonkrise	E27.2
Cushing-Syndrom	E24.3
SIADH	E22.2
Gynäkomastie	N62
Galaktorrhoe	N64.3

5.10.2 Onkologische Notfälle, Schmerzsyndrome

Notfall	Kode
Tetraparese, Tetraplegie, Paraparese, Paraplegie (zwei Ziffern zur näheren Beschreibung, s. ICD-10)	G82.—
Cauda equina-Syndrom, komplett	G83.40
Cauda equina-Syndrom, inkomplett	G83.41
Radikulopathie (5. Stelle entsprechende Lokalisationen)	M54.1-
Zervikalneuralgie	M54.2
Ischialgie	M54.3
Lumbo-Ischialgie	M54.4
Kreuzschmerz/Lumbago	M54.5
Schmerzen im Bereich der BWS	M54.6
Toxische Enzephalopathie (z. B. durch Ifosfamid)	G92
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	D72.8 und J96.0-
Leukostase mit Somnolenz, Sopor, Coma	D72.8 und R40.-
Hyperviskosität	R70.1
Lungenödem	J81
TRALI mit Lungenödem/ARDS	T80.8 und J70.8/ J80

Notfall	Kode
Perikarderguß (nichtentzündlich)	I31.3
Akute Strahlenpneumonitis	J70.0
Chronische Strahlenpneumonitis	J70.1
Vena cava (superior-, inferior-) Syndrom	I87.1
Hyperkalziämie, Hypokalziämie	E83.58
Hyperkaliämie	E87.5
Hyperphosphatämie, Tumorrachitis	E83.38
Hyperurikämie	E79.0
Akutes Nierenversagen	N17.9
Obstruktive Uropathie ohne Infektion	N13.-
Obstruktive Uropathie mit Infektion, Pyonephrose, ggf. mit B95 bis B97	N13.6
Mukositis (oral)	K12.3
Mukositis (generalisiert)	K91.80
Subileus, Ileus	K56.7
Mechanischer Ileus	K56.6
Blutungen – siehe Kapitel 5.7.1	

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





5.10.3 Paravasat

Die versehentliche paravasale Injektion und Infusion anti-neoplastischer 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





6 Kodierung von Prozeduren

6.1 Zytostatische Chemotherapie

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

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

Aufgrund großer Unschärfen in der Abgrenzung der verschiedenen Chemotherapiekodes kam es zu zahlreichen Nachfragen und inkonsistenter Kodierung, weshalb diese Codes bisher nicht als Kostentrenner ermittelt werden konnten. So sind identische Protokolle bei Erwachsenen und Kindern unterschiedlich eingestuft, die Definitionen der Codes überlappen sich teilweise. Die Chemotherapie-Kodes wurden daher 2010 überarbeitet. Zusätzlich zur Komplexität müssen nun bei den nicht komplexen (8-542.-) und mittelgradig komplexen (8-543.-) Chemotherapien noch die Anzahl der Zytostatika und die Anzahl der Tage kodiert werden. Bei den hochkomplexen Therapien ist die Kodierung unverändert zu den Vorjahren.

Auch wurden die Definitionen präzisiert:

Je nach protokollgemäßer Dauer und Komplexität gibt es verschiedene Codes. Maßgeblich sind die im Chemotherapieprotokoll gemachten Tagesvorgaben und nicht individuell notwendige Verzögerungen. Verkürzungen werden berücksichtigt, wenn sie zu einer niedrigeren Klassifizierung führen. Jeder stationäre Aufenthalt und jeder Block werden einzeln kodiert.





Berechnung der Therapietage:

- Es zählen nur die Tage, an denen Zytostatika iv oder sc appliziert werden.
- Protokollgemäße Pausen bis einen Kalendertag werden mitgezählt (Beispiel: AraC Tag 1, 3 und 5 entspricht 5 Tagen)
- Einzelne Pausentage wegen Therapieverzögerung, welche nicht zum Protokoll gehören, werden **nicht** mitgezählt!
- 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)
- Einzige Besonderheit: Bei Gabe von Hochdosis-Methotrexat zählen die Tage mit Spiegelmessung zur Chemotherapie.

Zählung der Zytostatika

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

Nicht gezählt werden:

- Orale Zytostatika
- Lokal applizierte Zytostatika (z. B. intrathekal, hierfür ein Kode aus 8.541.-)
- Steroide
- Antikörper (hierfür 8-547.-)
- Fest an Zytostatika gekoppelte Supportivmedikamente (Beispiele: Mesna nach Cyclophosphamid/Ifosfamid; Folin-säure nach Methotrexat).

Es zählen alle iv und sc applizierten zytostatischen Medikamente, unabhängig davon, ob sie über alle zu berechnenden Tage verabreicht wurden oder über weniger Tage. Gezählt





werden die verwendeten Zytostatika und **nicht** die einzelnen Applikationen.

Die Systematik ist selbsterklärend:

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

- .1X 1 Tag
- .2X 2 Tage
- .3X 3 Tage usw.
- .X1 1 Zytostatikum
- .X2 2 Zytostatika
- .X3 3 Zytostatika usw.

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

5. Ziffer: Anzahl
der Tage

6. Ziffer:
Anzahl der
Medikamente

8-543.34

Komplexität der
Chemotherapie

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

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





Instillation von zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren

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

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

6.1.1 Nicht komplexe Chemotherapie (ein- oder mehrtägig)

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

Neu seit 2010: An 5. Stelle werden die Anzahl der Tage, an 6. Stelle die Anzahl der Zytostatika kodiert (s. o.).

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



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

Hinweise zur Verwendung dieses Kodes lt. Deutsche Kodierrichtlinien: Richtlinien zur Chemotherapie sind in der speziellen DKR 0201j festgehalten. Insbesondere die Auswahl von Haupt- und Nebendiagnosen bezüglich systemischer Chemotherapie wird hier geregelt. Näheres siehe Kapitel „Spezielle Kodierregeln“.

Beispiele für nicht komplexe Chemotherapien
(Auflistung im OPS Version 2011).

Chemotherapie	Indikation
BEACOPP, CHOP, MCP, VACOP-B, COP-BLAM, Fludarabin, Fludarabin/Cyclophosphamid, Cladribin, COP, FCM, Bendamustin, 2-CDA, Alkeran i. v., Cyclophosphamid/Pentostatin, TAD	Lymphome, Plasmozytom
Cloretazine, AT-Erhaltungstherapie	AML
Azacytidin	MDS
„Bonner Protokoll“: Block B. Block C (>60 Jahre)	ZNS-Lymphom
CE, Epi-CE, Epi-CO, CEV, ACO, ACE	Bronchialkarzinom (SCLC)
Taxol/Carboplatin, Topotecan, Gemcitabin-mono, Docetaxel, Vinorelbine, Doxorubicin/Docetaxel, Gemcitabin/Pemetrexed, Gemcitabin/Irinotecan, ACO (ADM, VCR, CTX)	NSCLC

Chemotherapie	Indikation
5-FU/Carboplatin, Mitomycin/5-FU	HNO-Tumoren
5-FU-Mono, 5-FU/Folinsäure, Irinotecan-Mono, Gemcitabinmono, Vinorelbin, ELF, FLP, Octreotid, Tomudex/Oxaliplatin, Gemcitabin/5-FU/Folinsäure (GFF), Oxaliplatin/Capecitabin	Gastrointestinale Tumore
Gemcitabin/Oxaliplatin, OFF	Pankreaskarzinom
CMF, FAC, AC, EP, Docetaxel, Vinorelbin, Gemcitabin-mono, Doxorubicin/Docetaxel, Taxol mono, Bendamustin, Docetaxel/Capecitabin, Docetaxel/Gemcitabin, Navelbine/Mitomycin, Ifosfamid/Carboplatin	Mammakarzinom
Carboplatin mono, Cyclophosphamid/Carboplatin, Treosulfan-mono i. v.	Ovarialkarzinom
Cyclophosphamid-mono, Doxorubicin mono, Cyclophosphamid/Doxorubicin, Mitoxantron/Prednisolon, Taxane/Mitoxantron/Prednisolon, Docetaxel/Estramustin/Prednisolon/Dexamethason	Prostatakarzinom
Gemcitabin mono, Taxol mono, POMB-ACE	Hodentumor
Taxol/Gemcitabin, Gemcitabin mono, Taxol mono	Urothelkarzinom
Nitrosoharnstoffe (ACNU, BCNU)/Teniposid (VM26), PCV (Procarbacin, CCNU, Vincristin)	Gliome
IVA, Gemcitabine/Docetaxel	Sarkom
Doxorubicin mono	Osteosarkom
DTIC	Melanom
MTX als GvHD – Prophylaxe	nach allogener Transplantation

6.1.2 Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie

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

Neu seit 2010: An 5. Stelle werden die Anzahl der Tage, an 6. Stelle die Anzahl der Zytostatika kodiert (s. o.).

Hinweise zur Verwendung dieses Codes

lt. OPS Version 2011:

Es werden mindestens 2 Zytostatika intravenös verabreicht oder es erfolgt eine komplexe und intensive Chemotherapie mit aufwendiger, messungsabhängiger Therapiesteuerung (z. B. HD-Methotrexat mit spiegelabhängiger Folsäure-Rescue). Intrathekale Zytostatikainjektionen werden mit 8-541.0 kodiert, Antikörper mit 8-547.-.

Orale Zytostatika und Steroide werden nicht kodiert.

Kommentar: Dieser Kode wird bei der Gabe von mehr als zwei Medikamenten oder Dauer des Zyklus über drei Tage oder notwendiger Spiegelmessung (evtl. plus Dauerinfusion unter stationären Bedingungen) verwendet. Durch die genaue Erfassung der Tage und Medikamente wird Transparenz hergestellt.

Chemotherapie	Indikation
AC-Erhaltung. AD-Erhaltung	AML
ALL-Vorphase, Konsolidation II bis VI	ALL
CHOEP, DHAP, ICE, MINE, DEXA-BEAM, IMVP-16, Ifosamid/Etoposid/Epirubicin (IEV)	NHL

Chemotherapie	Indikation
VAD, VID, CAD, CED, PAD, TAD, Ifosfamid/ Etoposid/Epirubicin (IEV)	Plasmozytom
„Bonner Protokoll“: Block A (>60 Jahre)	ZNS-Lymphom
Cisplatin/5-FU	HNO-Tumoren
Cisplatin/Etoposid, Cisplatin/Vinorelbin	NSCLC
PLF, PELF, DCF	Magenkarzinom
Cisplatin/Doxorubicin, Doxorubicin/ Hochdosis-Ifosfamid (nur Tag 1)	Pleura- mesotheliom
E/AC-Doc, E/AC-Pac, TA/EC, dosisdicht E/ATC, dosisdicht E-T, EC-TX, E/AT-CMF, Ifosfamid/ Epirubicin	Mamma- karzinom
PEB, PE, PEI, PIV	Hodentumoren
M-VAC (für Tage 1 und 2), dann Tage 15 und 22 gesondert als nichtkomplexe Chemo- therapie kodieren	Urothel- karzinom
Epirubicin/Taxol/Carboplatin, Cisplatin/Taxol	Ovarial- karzinom
Rx/5-FU/Cisplatin	Ösophagus- karzinom
Rx/5-FU/Mitomycin/Cisplatin	Analkarzinom
Rx/5-FU/Cisplatin	Pankreas- karzinom
Gemcitabin/Cisplatin	NSCLC, Pleura- mesotheliom, Pankreas- karzinom, und and.
CVD, Cisplatin/DTIC/BCNU	Melanom



Chemotherapie	Indikation
Adriamycin/Ifosfamid, I2,3VA, EIA, Mini-ICE, VIDE, VAI VAC, IP, CE, Ifosfamid/Doxorubicin, Cisplatin/Doxorubicin, Ifosfamid sequentiell	Sarkom
FOLFIRI, FOLFOX, Ralitrexed/Oxaliplatin	Gastrointestinale Tumoren
ADOC	Thymom
ABVD	M. Hodgkin

6.1.3 Hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie

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

Die Erlösrelevanz bei soliden Tumoren ist durch Unstimmigkeiten im OPS weiterhin nur bei pädiatrischen Patienten von Belang.

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





Beispiele Blockchemotherapie – ein Therapieblock (8-544.0)

Chemotherapie	Indikation
Konsolidationstherapie I, Ida-FLAG, MI-TO-FLAG, CLAEG, Induktionstherapie Phase 1 oder Phase 2, Reinduktionstherapie Phase 2	ALL
Block A, B oder C	B-ALL
Induktionstherapie (ICE, DAV, DA, MAV, MAMAC, IDAC AIE oder MTC), Konsolidationstherapie (HD-Ara-C (CALGB), MHD-Ara-C/ Daunorubicin oder AMSA), HAM, I-MAC, H-MAC	AML
Chemotherapie	Indikation
„Bonner Protokoll“: Block A, Block B, Block C (<60 Jahre)	ZNS-Lymphom
Mega-CHOEP, BEAM	NHL
VDTPACE	Multiples Myelom

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

Chemotherapie	Indikation
Induktionstherapie Phase 1 und 2	ALL
Induktionstherapie mit 2 Zyklen in einem stationären Aufenthalt (Doppelinduktion); Spätkonsolidierung mit Hochdosis-Ara-C/ Daunorubicin, TAD-HAM, HAM-HAM (Doppelinduktion), I-MAC (Doppelinduktion), S-HAM	AML



Hyperthermie Chemotherapie

Das Verfahren wird verschlüsselt mit den Codes

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

Hinweis: HIPEC und HITOC sind Teil eines nicht bewerteten Zusatzentgeltes.

6.1.4 Konditionierungsprotokolle

Häufige Konditionierungsprotokolle vor Stammzelltransplantationen

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



6.2 Therapie mit Antikörpern oder Zytokinen

Therapie mit Antikörpern oder Zytokinen	Kode
Nicht modifizierte Antikörper (z. B. Rituximab, Panitumumab)	8-547.0
Mit modifizierten Antikörpern (z. B. Therapie mit Zytotoxinen)	8-547.1
Immunmodulatoren (Interleukin 2, Interferon oder Tumornekrosefaktor α)	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 unabhängig von Situation und Menge immer kodiert. Geringe Mengen lösen allerdings teilweise kein ZE aus. 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.

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

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





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

2010 wurden bei Erythrozytenkonzentraten und bei patientenbezogenen Thrombozytenkonzentraten die oberen Dosisklassen deutlich erweitert. Dies war für die sachgerechtere Vergütung von Extremkostenfällen erforderlich. 2011 gibt es keine wesentlichen Änderungen. Details siehe im Anhang unter Zusatzentgelte.

6.3.1 Transfusion von Erythrozyten

Die entsprechenden ZE-Kodes befinden sich im Anhang. Erythrozytenkonzentrate stellen in der Regel kein definitorisches Problem dar. Es gelten prinzipiell die Transfusionsrichtlinien der Deutschen Ärztekammer.

Die Kodierung erfolgt über die Kodes aus 8-800.c- *Erythrozytenkonzentrate*

6.3.2 Transfusion von Thrombozyten

Für 2009 hatte das InEK die Definition und damit die Abrechnung der Thrombozytenkomplett überarbeitet. Es gilt seitdem als Definition für ein TK nicht mehr die Anzahl von Pool-TKs, welche immer wieder zu Diskussionen führte, sondern entsprechend den Transfusionsrichtlinien der Deutschen Ärztekammer eine Mindest-Thrombozytenzahl von 2×10^{11} pro Transfusionseinheit.

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.

Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate

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

Kodiert wird mit der Kodegruppe

8-800.6- *Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate*

Apherese-Thrombozytenkonzentrat

(= Einzelspenderkonzentrat)

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

Kodiert wird mit der Kodegruppe

8-800.9- *Apherese-Thrombozytenkonzentrate.*

Thrombozytenkonzentrate

Für die Abrechnung von gepoolten Thrombozytenkonzentraten ist nicht mehr die äquivalente Menge von (Einzelspender-)Thrombozytenkonzentraten heranzuziehen, sondern seit 2009 nur noch die Gesamtzahl an Thrombozyten von mindestens von 2×10^{11} pro Transfusionseinheit. Ein gepooltes Konzentrat entspricht in seinem medizinischen Effekt damit ungefähr einem Apheresekonzentrat. Damit ist die Definition transparenter. Gleichzeitig erfolgte 2009 eine komplette Neukalkulation der entsprechenden ZE-Erlöse. Die Kodierung erfolgt durch den OPS-Kode

8-800.b- *Thrombozytenkonzentrate.*





6.3.3 Transfusion von Leukozyten/Transfusion von Granulozyten

Die Transfusion von Granulozyten wird mit der Kodegruppe
8-802.6- *Gabe von Granulozytenkonzentraten*
dokumentiert.

Donor-Lymphozyten (DLI)

Seit 2005 gibt es einen spezifischen Kode für die Donor-Lym-
phozyteninfusion (DLI) für Patienten nach KMT. Kodiert wird
ohne Angabe der Menge.

Lymphozyten vom gleichen Spender nach Trans- plantation von hämatopoetischen Stammzellen	Kode
Ohne In-vitro-Aufbereitung	8-802.40
Mit In-vitro-Aufbereitung	8-802.41

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: Leukozyten nach Ex-vivo-Kultur (Kode-
gruppe 8-802.5-):

Zelltyp	Kode
T-Zellen	8-802.50
Natural-Killer-Zellen (NK-Zellen)	8-802.51
Dendritische Zellen	8-802.52
Sonstige	8-802.5x





6.4 Schmerztherapie und Palliativmedizin

Die Kodierung dieser Prozeduren für komplexe Behandlungen oder Untersuchungen aus dem Bereich der Schmerztherapie und der Palliativmedizin darf nur erfolgen, wenn definierte Bedingungen erfüllt sind, die teilweise sehr weitreichend sind. Die Codes sind aber teilweise erlösrelevant (MRSA, Palliativmedizin usw.). Die genauen Bedingungen für die jeweiligen Codes sind im OPS-Katalog nachzulesen.

6.4.1 Schmerztherapie

Neben Codes für die lokale Schmerztherapie gibt es einige Codes zur multimodalen Schmerztherapie, welche sich gegenüber 2010 nicht verändert haben. Für die jeweiligen Prozeduren müssen entsprechende Kriterien als Mindestvoraussetzung beachtet werden (siehe OPS-Katalog). Die Kodierung der Schmerzdiagnosen wird in Kapitel 4.5.2 Symptombehandlung erläutert.

Multimodale Schmerztherapie

Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage mit Unterteilung in Abhängigkeit der Therapieeinheiten	8-918.0-
Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage mit Unterteilung in Abhängigkeit der Therapieeinheiten	8-918.1-
Mindestens 21 Behandlungstage mit Unterteilung in Abhängigkeit der Therapieeinheiten	8-918.2-
Komplexe Akutschmerzbehandlung	8-919
Multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung	8-91b
Teilstationäre Multimodale Schmerztherapie	8-91c-





Basisbehandlung mit Unterteilung in Abhängigkeit der Verfahren	8-91c.0-
Umfassende Behandlung mit Unterteilung in Abhängigkeit der Verfahren	8-91c.1-
Intensivbehandlung mit Unterteilung in Abhängigkeit der Verfahren	8-91c.2-

6.4.2 Palliativmedizin

Seit 2009 stehen Codes für das Assessment in der Palliativmedizin zur Verfügung. Voraussetzung für die palliativmedizinische Komplexbehandlung und somit auch für die Abrechenbarkeit des Zusatzentgeltes Palliativmedizin ist das Basisassessment (PBA). Weitere Mindestmerkmale für die Definition einer palliativmedizinischen Komplexbehandlung sind zu beachten (siehe OPS-Katalog).

Multidimensionales palliativmedizinisches Screening und Minimalassessment	1-773
Standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment (PBA)	1-774

Palliativmedizinische Komplexbehandlung	Kode
Bis zu 6 Behandlungstage	8-982.0
Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage	8-982.1
Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage	8-982.2
Mindestens 21 Behandlungstage	8-982.3





6.5 Diagnostik und Arbeitstechniken

6.5.1 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.

Komplexcode für Staging-Untersuchungen bei Jugendlichen unter 19 Jahren:

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

Bedingungen:

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

Komplexcode für die Diagnostik bei Leukämien (ICD-10-GM C90-95):

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





Bedingungen:

- Knochenmarkpunktion/Knochenmarkaspiration
- Durchführung folgender Zusatzuntersuchungen:
Morphologische Beurteilung, Immunphänotypisierung/
FACS Analyse, klassische Zytogenetik, mindestens ein
molekularbiologisches Verfahren (z. B. FISH, PCR, Array)
- Hochauflösenden HLA-Typisierung mit Bestimmung von
HLA-A, HLA-B, HLA-C, HLADR, HLA-DQ beim Kode 1-941.1
- alle Leistungen müssen im Rahmen desselben stationären
Aufenthaltes erbracht werden.

Die komplexe Diagnostik bei Leukämien ist ab 2011 in eini-
gen DRG gruppierungsrelevant.

Molekulares Monitoring der Resttumorlast (MRD) und Genmutationsanalysen

(diese Codes sind nur einmal während des stationären Auf-
enthaltes anzugeben)

Molekulargenetische Identifikation und Herstellung von patientenspezifischen Markern für die Bestimmung der Resttumorlast (Minimal Residual Diseases (MRD) (PCR- und Sequenzanalyse zur Markeridentifikation, Sensitivitäts- und Spezifitätstestung)	1-991.0
Patientenspezifische molekulargenetische Quantifizierung der Resttumorlast (MRD-Monitoring) (mindestens 2 quantitative PCR pro Untersuchung)	1-991.1
Durchführung von Genmutationsanalysen und Genexpressionsanalysen bei soliden bösartigen Neubildungen (Analysen zur Prognosebestimmung und zur Therapieplanung und -steuerung bei einem malignen Tumor, z. B. PCR- und Sequenzanalyse, FISH, Immunhistochemische Analyse (ICH)) Analyse von 1 bis 2 genetischen Alterationen	1-992.0





Analyse von 3 und mehr genetischen Alterationen	1-992.1
Automatisierte Anreicherung mit immunzytochemischer Detektion zirkulierender Tumorzellen (CTC)	1-993

Bei der Prozedur 1-992.- sind Genmutationsanalysen zu kodieren, die zur Therapiesteuerung erforderlich sind, z. B. K-RAS, Her2-neu oder EGF-R

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

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

Ex-vivo-Zellkultursystem zur prätherapeutischen Chemosensibilitätstestung	1-990
---	-------

Diagnostische Techniken ohne eigenen Kode

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

Diese Untersuchungsmethoden können jedoch Teil der oben erwähnten Komplexkodes sein.



6.5.2 Allgemeine diagnostische und therapeutische Prozeduren

Hautbiopsie (Stanze)

Dies kann je nach Lokalisation kodiert werden:

Lokalisation	Kode
Hals	1-490.0
Schulterregion	1-490.1↔
Oberarm und Ellbogen	1-490.2↔
Unterarm und Hand	1-490.3↔
Rumpf	1-490.4↔
Oberschenkel	1-490.5↔
Unterschenkel	1-490.6↔
Fuß	1-490.7↔
Sonstige	1-490.x↔

↔ Angabe der Seitenlokalisierung notwendig

Mammabiopsie

Mamma ohne Bildsteuerung	1-493.3↔
– Feinnadel	1-493.30↔
– Stanze ohne Clipmarkierung der Biopsieregion	1-493.31↔
– Stanze mit Clipmarkierung der Biopsieregion	1-493.32↔
Mamma mit Bildsteuerung	1-494.3↔
– Feinnadel	1-494.30↔
– Stanze ohne Clipmarkierung der Biopsieregion	1-494.31↔
– Stanze mit Clipmarkierung der Biopsieregion	1-494.32↔

↔ Angabe der Seitenlokalisierung notwendig



Lymphknotenbiopsien

Lokalisation	Ohne Inzision		Durch Inzision
	Ohne Bildgebung	Mit Bildgebung	
Zervikal	1-425.0↔	1-426.0↔	1-586.0↔
Supraklavikulär	1-425.1↔	1-426.1↔	1-586.1↔
Axillär	1-425.2↔	1-426.2↔	1-586.2↔
Mediastinal	1-425.3	1-426.3	1-586.3
Paraaortal	1-425.4	1-426.4	1-586.4
Iliakal	1-425.5↔	1-426.5↔	1-586.5↔
Inguinal	1-425.7↔	1-426.7↔	1-586.6↔
Pelvin	1-425.6↔	1-426.6↔	1-586.7↔

↔ Angabe der Seitenlokalisierung notwendig

Kyphoplastie

Implantation von Material in einen Wirbelkörper mit vorheriger Wirbelkörperaufriechung

1 Wirbelkörper	5-839.a0
2 Wirbelkörper	5-839.a1
3 Wirbelkörper	5-839.a2
4 oder mehr Wirbelkörper	5-839.a3





Vertebroplastie

Implantation von Material in einen Wirbelkörper ohne vorheriger Wirbelkörperaufrichtung

1 Wirbelkörper	5-839.90
2 Wirbelkörper	5-839.91
3 Wirbelkörper	5-839.92
4 oder mehr Wirbelkörper	5-839.93

Sonstige Punktionen

Leberpunktion (diagnostisch)	1-845
Perkutane (Nadel-)Biopsie, Leber	1-441.0
Perkutane Biopsie mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, Leber	1-442.0
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↔
Bülaudrainage	8-144↔
Aszitespunktion (diagnostisch) ►	1-853.2
Aszitespunktion (therapeutisch) ►	8-153
Lumbalpunktion Liquor (diagnostisch)	1-204.2
Endosonografische FNP (Feinnadelpunktion) – Oberer Verdauungstrakt	1-445





Leberpunktion (diagnostisch)	1-845
– Unterer Verdauungstrakt	1-446
– Pankreas	1-447
Die Endosonographie ist gesondert zu kodieren	

- ↔ Angabe der Seitenlokalisation notwendig
 ► dieser Kode darf nur einmal pro stationärem Aufenthalt angegeben werden

6.5.3 Hyperthermie

Die Hyperthermiebehandlung im Rahmen der onkologischen Therapie kann in Kombination mit einer zytostatischen Chemotherapie oder einer Strahlentherapie oder beiden Verfahren gleichzeitig erfolgen. Diese werden mit gesonderten Kodes kodiert (siehe Kapitel Chemotherapien).

Bisher hat ein Hyperthermie-Kode keinen Einfluss auf die DRG-Zuordnung, kann aber mehrfach pro Aufenthalt kodiert werden. So können Einrichtungen die Anzahl der Behandlungen festhalten, die andere Vergütungsformen für die Hyperthermie vereinbart haben (z. B. besondere Einrichtung etc.).

Eine Hyperthermiesitzung erhält einen Kode zugewiesen. Es ist nicht gerechtfertigt, einer Hyperthermiesitzung, welche an Dauer das übliche Maß überschreitet, mehrere Kodes zuzuweisen.

Für die lokoregionale Hyperthermie (RHT) wird kodiert

Lokale (oberflächliche) Hyperthermie	8-600.0
Tiefenhyperthermie	8-600.1





Für eine Teilkörperhyperthermie mit MR-Monitoring wird kodiert

Teilkörperhyperthermie	8-601
------------------------	-------

Das MR Monitoring wird nicht zusätzlich kodiert.

Für eine Ganzkörperhyperthermie wird kodiert

Ganzkörperhyperthermie	8-602
------------------------	-------

Die Anwendung der Herz-Lungen-Maschine wird gesondert kodiert *8-851.- Operativer äußerer Kreislauf (bei Anwendung der Herz-Lungen-Maschine).*

Für eine interstitielle Hyperthermie (z. B. Prostata) wird kodiert

Interstitielle und intrakavitäre Hyperthermie	8-603
---	-------

Eine Thermoablation wird mit einem Kode aus dem Kapitel 5 „Operationen“ unter dem jeweiligen Verfahren, z. B. Destruktion von erkranktem Gewebe, kodiert.

Die computergestützte Planung der Hyperthermie wird verschlüsselt mit:

Computergestützte Planung einer Hyperthermie	8-604
--	-------

Die hypertherme Chemotherapie wird mit Codes aus 8-546.- verschlüsselt (siehe auch Kapitel Chemotherapien)





6.5.4 Radiologische Prozeduren bei Tumorpatienten

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

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

Arteriographie der thorakalen Gefäße	3-603
Arteriographie der Gefäße des Abdomens (inkl. viscerale Gefäße)	3-604
Arteriographie der Gefäße des Beckens	3-605
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)	8-836.ka
Dazu Art der Partikel; medikamentenbeladene Partikel	8-83b.10

Selektive Embolisation mit embolisierenden Flüssigkeiten, andere Gefäße abdominal	8-836.99
Dazu Art des Embolisats: Ethylenvinylalkohol	8-83b.20

Selektive Embolisation mit Metallspiralen, Gefäße intrakraniell	8-836.m0
2 Metallspiralen	8-836.n

Jede Anzahl von Metallspiralen hat einen eigenen Code, siehe Verzeichnis Zusatzentgelte.

Für eine Chemotherapie über eine Arteriographie 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

Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie (SIRT) mit Yttrium-90-markierten Mikrosphären	8-530.45
--	----------





Perkutane Therapie von Lebertumoren

Radiofrequenzablation (RFA):	5-501.53
Alkoholinjektion (PEI):	5-501.43

Szintigraphie

Bisher im optionalen und nun im amtlichen OPS-Katalog sind die Szintigraphie-Kodes des hämatopoetischen Systems

Knochenmark oder retikuloendotheliales System von Leber und Milz	3-70a.0
Bestimmung der Thrombozytenüberlebenszeit	3-70a.1
Bestimmung der Erythrozytenüberlebenszeit und des Erythrozytenabbauortes	3-70a.2
Bestimmung des Blutvolumens	3-70a.3
Messungen zur Erythropoese (Ferrokinetik)	3-70a.4

6.5.5 Sonstige Techniken

Die isolierte Extremitätenperfusion wird kodiert mit

Isolierte Extremitätenperfusion	8-859 ↔
---------------------------------	---------

↔ Angabe der Seitenlokalisierung notwendig

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.





7 Stammzelltransplantation (Knochenmark und periphere Blutstammzellen)

7.1 Stammzellgewinnung

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 seit 2008 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.

7.1.1 Knochenmarkentnahme beim Patienten (Eigenspende)

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



7.1.2 Periphere Stammzellentnahme beim Patienten (Eigenspende)

HD ND	Stationäre Aufnahme zur Stammzellentnahme: Z52.01 Stammzellspender ICD der Grundkrankheit oder Stationäre Aufnahme zur Behandlung der Grundkrankheit (mit oder ohne Chemo- therapie): ICD der Grundkrankheit Z52.01 Stammzellspender
Proz.	5-410.10 Entnahme von hämatopoetischen Stammzellen aus peripherem Blut zur Eigen- spende
Ggf. zusätzlich	5-410.2 Art der In-vitro-Aufbereitung .20 Positivanreicherung .21 T- und B-Zell-Depletion .22 Erythrozytendepletion .2 x Sonstige

Die medikamentöse Stimulation vor der Entnahme ist im OPS-Code enthalten. Wenn das Medikament zur Stimulation in den Listen für Medikamente Kapitel 6 des OPS-Katalogs enthalten ist, ist dieser Code zusätzlich anzugeben (6-002.1- Filgrastim 6-002.2- Lenograstim, 6-002.7- Pegfilgrastim, 6-005.e Plerixafor).



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

HD	Z52.3 Knochenmarkspender
Proz.	5-410.01 Entnahme von hämatopoetischen Stammzellen aus Knochenmark zur Transplantation, zur allogenen Spende (verwandt oder nicht-verwandt)
Ggf. zusätzlich	5-410.2 Art der In-vitro-Aufbereitung .20 Positivanreicherung .21 T- und B-Zell-Depletion .22 Erythrozytendepletion .2x Sonstige

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

HD	Z52.01 Stammzellenspender
Proz.	5-410.11 Entnahme von hämatopoetischen Stammzellen aus peripherem Blut zur Transplantation, zur allogenen Spende (verwandt oder nicht-verwandt)
Ggf. zusätzlich	5-410.2 Art der In-vitro-Aufbereitung .20 Positivanreicherung .21 T- und B-Zell-Depletion .22 Erythrozytendepletion .2x Sonstige

Bezüglich der medikamentösen Stimulation siehe 7.1.2





7.1.5 Entnahme von Lymphozyten

ND	Z52.08 Spender sonstiger Blutbestandteile
Proz.	-

Z52.08 als Hauptdiagnose führt in die DRG Z64B *Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen*. Die Prozedur einer Spende von Lymphozyten oder Granulozyten ist nicht kodierbar.

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

Die Prozedur 8-823 *Zellapherese* darf nur bei einer therapeutischen Apherese wie z. B. wegen einer Leukostase kodiert werden.

Für den Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen kann ein krankenhausindividuelles Zusatzentgelt (ZE 2011-35) 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. Der Kode, der die Art der In-vitro-Aufbereitung beschreibt, kann bei der Transplantation oder bei der Stammzellentnahme angewandt werden und zwar von der Klinik, die den Aufwand der Aufbereitung hat. Die alleinige Angabe der Art der Aufberei-



tung (z. B: Erythrozytendepletion) ist nicht DRG-entscheidend.

Beim Kapitel Zusatzinformationen (5-93ff) ist seit 2006 eine Untergruppierung zur Angabe eines allogenen Transplantates eingeführt worden. Bei den Transplantationen solider Organe steht jeweils ein Hinweis, dass diese ABO-Kompatibilität anzugeben ist. Obwohl dieser Hinweis bei der SZT fehlt, sollte der Code auch hier benutzt werden, da er im Hinblick auf eine eventuelle Aufbereitung des Transplantats zur genauen Abbildung des Falles hilfreich ist.

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

7.2.2 HLA-Identität

HLA-Identität liegt vor:

Übereinstimmung bei HLA-A, HLA-B, HLA-C zweistellig und bei HLA-DR und HLA-DQ vierstellig, unabhängig ob Spender und Empfänger verwandt sind oder nicht.

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

Patient:

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

Spender:

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

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

Patient:

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

Spender:

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

Beispiel für fehlende Übereinstimmung bei HLA-A vierstellig (Allel), aber Übereinstimmung zweistellig und somit **HLA-idente Transplantation:**

Patient:

HLA-A*0301, ***2407**; HLA-B*3501, *5201; HLACw*0401, *1202

HLA-DRB1*0101, 0701; HLA-DQB1*0202, *0501

Spender:

HLA-A*0301, ***2402**; HLA-B*3501, *5201; HLACw*0401, *1202

HLA-DRB1*0101, 0701; HLA-DQB1*0202, *0501





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

Allogen, nicht HLA-identisch, verwandter Spender	Kode
Ohne In-vitro-Aufbereitung	5-411.20
Nach In-vitro-Aufbereitung bei Differenz in 1 Antigen	5-411.24
Nach In-vitro-Aufbereitung bei Differenz in 2-3 Antigenen (haploident)	5-411.25

Allogen, nicht HLA-identisch, nichtverwandter Spender	Kode
Ohne In-vitro-Aufbereitung	5-411.30
Nach In-vitro-Aufbereitung	5-411.32

Allogen, HLA-identisch, verwandter Spender	Kode
Ohne In-vitro-Aufbereitung	5-411.40
Nach In-vitro-Aufbereitung	5-411.42

Allogen, HLA-identisch, nichtverwandter Spender	Kode
Ohne In-vitro-Aufbereitung	5-411.50
Nach In-vitro-Aufbereitung	5-411.52





7.2.4 Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen

Autolog	Kode
Ohne In-vitro-Aufbereitung	8-805.00
Nach In-vitro-Aufbereitung	8-805.03

Der Kode für Stammzellsupport wurde 2009 gestrichen. Für die autologe und allogene Therapie mit hämatopoetischen und mesenchymalen Stammzellen in anderen Organen (Leber, Herz, Knochen usw.) stehen Prozedurenkodes im Kapitel 8-86 (Therapie mit besonderen Zellen und Blutbestandteilen) zur Verfügung.

Allogen, nicht-HLA-identisch, verwandter Spender	Kode
Ohne In-vitro-Aufbereitung	8-805.20
Nach In-vitro-Aufbereitung bei Differenz von 1 Antigen	8-805.24
Nach In-vitro-Aufbereitung bei Differenz von 2-3 Antigenen (haploident)	8-805.25

Allogen, nicht-HLA-identisch, nichtverwandter Spender	Kode
Ohne In-vitro-Aufbereitung	8-805.30
Nach In-vitro-Aufbereitung	8-805.32

Allogen, HLA-identisch, verwandter Spender	Kode
Ohne In-vitro-Aufbereitung	8-805.40
Nach In-vitro-Aufbereitung	8-805.42





Allogen, HLA-identisch, nichtverwandter Spender	Kode
Ohne In-vitro-Aufbereitung	8-805.50
Nach In-vitro-Aufbereitung	8-805.52

7.2.5 Stammzellboost nach erfolgter Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen

Bezeichnung	Kode
Ohne In-vitro-Aufbereitung	8-805.60
Nach In-vitro-Aufbereitung	8-805.62

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

Für die Prozedur 8-805.62, d. h. Stammzellboost nach In-vitro-Aufbereitung, kann ein Zusatzentgelt krankenhausindividuell verhandelt werden.

7.3 Komplikationen nach KMT/SZT

7.3.1 Graft-versus-Host-Disease (GvHD)

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

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



Graft-versus-Host-Disease		Kode
Akute GvHD	Grad I und II	T86.01
	Grad III und IV	T86.02
Chronische GvHD	Begrenzte Form	T86.03
	Ausgeprägte Form	T86.04

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 o. 2	keine	keine
II	Stadium 3	Stadium 1	Stadium 1
III	(Stadium 1-3)	Stadium 2 o. 3	Stadium 2 o. 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 P015f]

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*
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 (Diarrhoen > 1000ml/d)	K93.22*
Stadium 3 (Diarrhoen > 1500ml/d)	K93.23*
Stadium 4 (Schmerzen/Ileus)	K93.24*

Chronische GvHD

Lokalisierte Hautbeteiligung und/oder Leberfunktionsstörung

Definition der ausgeprägten Form:

Generalisierte Hautmanifestation oder lokalisierte Hautmanifestation und/oder Leberfunktionsstörung mit einer der nachfolgenden Manifestationen bzw. Bedingungen:

Leberhistologie einer chron. aktiven Hepatitis, Nekrose oder Zirrhose, Augen, Mund bzw. Speicheldrüsen, jedes andere Organ.

Auch bei der chronischen GvHD sollen die Organmanifestationen für die chronischen GvHD-Manifestationen angegeben werden. Spezifische Diagnosen bei den einzelnen Organen fehlen. Es besteht wie in fast allen Kapiteln des ICD die Möglichkeit, mit Stern-Diagnosen die Organmanifestation zusammen mit der T86.0- zu kodieren.

Die nach dem NIH-Konsensus von 2005 modifizierte Schweregradeinteilung in milde, moderate und schwere Form der chronischen GVHD ist – noch nicht – in der ICD-Klassifikation umgesetzt. Die Schwierigkeit besteht darin, dass sehr viele unterschiedliche Organmanifestationen eingehen und teilweise klare, sicher nachvollziehbare Abgrenzungen feh-





len. Es sollte daher durch die Angabe der einzelnen Organbeteiligungen so genau wie möglich die Erkrankung wiedergegeben werden. Gegebenenfalls sind mehrere Organmanifestationen anzugeben.

Beispiel:

Ein Patient mit einer schweren chronischen GVHD mit Manifestationen am Auge (Konjunktivitis), der Lunge (Bronchiolitis obliterans, BOOP) und des Darmes.

T86.04 chronische Graft versus host-Krankheit, ausgeprägte Form

**H13.2 Konjunktivitis bei sonstigen andernorts klassifizierten Krankheiten*

J44.8 sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit

K52.8 sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis

Organmanifestationen der chronischen GvHD

Haut: Da die Hautmanifestationen bei der chronischen GvHD sehr unterschiedlich ausgeprägt sein können, kann hier kein einheitlicher Kode angegeben werden. Bekannt sind GvHD-Manifestationen der Haut als papulosquamös, Hyperpigmentation, Leukodermie oder Alopezie. Diese verschiedenen Ausprägungsformen können mit folgenden Codes kodiert werden, z. B.:

L45 Papulosquamöse Hautkrankheit bei andernorts klassifizierten Erkrankungen*

L81.8 Sonstige näher bez. Störungen der Hautpigmentation

L81.6 Sonstige Störungen durch verminderte Melaninbildung





- L81.5 Leukoderm, andernorts nicht klassifiziert*
L65.8 Sonstiger näher bez. Haarausfall ohne Narbenbildung

Gastrointestinaltrakt: Auch hier sind sehr unterschiedliche Manifestationen oder Symptome (Dysphagie, Diarrhö, Malabsorption, Malnutrition, Gewichtsverlust) Zeichen der chronischen GVHD, die mit den verschiedenen Codes angegeben werden können, z. B.:

- R13.9 Sonstige und nicht näher bezeichnete Dysphagie*
K52.8 Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis
K90.8 Sonstige intestinale Malabsorption
R64 Kachexie
K63.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Darmes

Orale Manifestationen der chronischen GvHD

Mundtrockenheit, Geschmacksverlust, diffuses mukosales Erythem, anguläre Cheilitis, Zahnverlust, Unfähigkeit, den Mund vollständig zu öffnen. Die Kodierung ist möglich mit z. B.:

- K11.7 Störungen der Speichelsekretion (Xerostomie)*
R43.2 Parageusie (Geschmacksstörung)
K12.1 Sonstige Formen der Stomatitis
K13.0 Krankheiten der Lippen (anguläre Cheilitis)
K08.0 Zahnverfall durch systemische Ursachen

Augenmanifestationen der chronischen GvHD

Brennen, Schleiersehen, Xerophthalmie, Photophobie. Die Kodierung ist möglich mit z. B.:

- H06.0* Affektionen des Tränenapparates bei andernorts klassifizierten Krankheiten*
H13.2 Konjunktivitis bei sonstigen andernorts klassifizierten Krankheiten*





H19.3 Keratitis und Keratokonjunktivitis bei sonstigen andernorts klassifizierten Krankheiten*

H53.1 subjektive Sehstörungen (Photophobie)

Chronische GvHD der Lunge:

Trockener Husten, abnorme Lungenfunktionstest, abnorme submuköse Drüsen in der Biopsie. Diese Erkrankungen können kodiert werden in Abhängigkeit der überwiegenden Störung mit z. B.:

J44.8- sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenerkrankung (Bronchiolitis obliterans).

An der fünften Stelle des Codes muss der Grad der Obstruktion angegeben werden:

0	FEV 1 < 35% des Sollwertes
1	FEV 1 ≥ 35% und < 50% des Sollwertes
2	FEV 1 ≥ 50% und < 70% des Sollwertes
3	FEV 1 ≥ 70% des Sollwertes
9	FEV 1 nicht näher bezeichnet

J84.8 Sonstige näher bezeichnete interstitielle Lungenerkrankungen.

Weitere Manifestationen der chronischen GVHD:

Muskuloskeletta

M63.8- Sonstige Muskelkrankheiten bei andernorts klassifizierten Erkrankungen (die Lokalisation wird an der fünften Stelle angegeben)*

M14.8 Arthropathien bei sonstigen näher bezeichneten, andernorts klassifizierten Krankheiten*

Hämatologie: siehe Zytopenien

Autoantikörper :

R76.0 erhöhter Antikörpertiter





7.3.2 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.

7.3.3 Veno-occlusive Disease

Venöse okklusive Leberkrankheit (Stuart-Bras-Syndrom)	K76.5
---	-------

Für Defibrotide zur Therapie der VOD kann jetzt der Medikamentenkode 6-005.k verschlüsselt werden.

7.3.4 Weitere im Bereich der Transplantation benützte Codes

Photopherese zur Behandlung der GVHD

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

Es ist jede durchgeführte Photopherese zu kodieren.



Lymphozyten vom gleichen Spender nach Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen (ohne In-vitro-Aufbereitung)	8-802.40
Lymphozyten vom gleichen Spender nach Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen (mit In-vitro-Aufbereitung)	8-802.41
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

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

8 Anhang

Hier finden Sie die Medikamente, die in der **Hämatologie und Onkologie Bedeutung** haben. Die komplette Liste ist bei Bedarf den Anhängen des Fallpauschalenkataloges zu entnehmen.

8.1 Zusatzentgeltfähige Medikamente

8.1.1 Zytostatika und Tyrosinkinaseinhibitoren

Azacytidin, parenteral (ZE 124)	Kode
150 mg bis unter 225 mg	6-005.00
225 mg bis unter 300 mg	6-005.01
dazwischen 12 weitere Dosisklassen	
3.000 mg und mehr	6-005.0e

Bortezomib, parenteral (ZE49)	Kode
1,5 mg bis unter 2,5 mg	6-001.90
2,5 mg bis unter 3,5 mg	6-001.91
dazwischen 17 weitere Dosisklassen	
29,5 mg und mehr	6-001.9k

Busulfan, parenteral (ZE79)	Kode
25 mg bis unter 50 mg ▪	6-002.d0
50 mg bis unter 75 mg ▪	6-002.d1
dazwischen 14 weitere Dosisklassen	
1.000 mg und mehr ▪	6-002.dg

- Diese Mengenklassen können nur bei Patienten unter 15 Jahren als Zusatzentgelt abgerechnet werden.

Carmustin-Implantat, intrathekal (ZE96)	Kode
4 Implantate bis unter 7 Implantate	6-003.30
7 Implantate bis unter 10 Implantate	6-003.31
10 Implantate und mehr	6-003.32

Clofarabin, parenteral (ZE 2011-78)	Kode
10 mg bis unter 20 mg ▪	6-003.j0
20 mg bis unter 30 mg ▪	6-003.j1
dazwischen 26 weitere Dosisklassen	
1.800 mg und mehr	6-003.jv

- Diese Mengenklassen können nur bei Patienten unter 5 Jahren als Zusatzentgelt abgerechnet werden.

Cytarabin, liposomal, intrathekal (ZE75)	Kode
25 mg bis unter 50 mg ▪	6-002.a0
50 mg bis unter 100 mg	6-002.a1
dazwischen 2 weitere Dosisklassen	
200 mg und mehr	6-002.a4

- Diese Mengenklassen können nur bei Patienten unter 15 Jahren als Zusatzentgelt abgerechnet werden.

Docetaxel, parenteral (ZE80)	Kode
50 mg bis unter 80 mg	6-002.h0
80 mg bis unter 120 mg	6-002.h1
dazwischen 9 weitere Dosisklassen	
480 mg und mehr	6-002.hb

Doxorubicin, liposomal, parenteral (ZE52)	Kode
10 mg bis unter 20 mg ▪	6-001.b0
20 mg bis unter 30 mg ▪	6-001.b1
dazwischen 19 weitere Dosisklassen	
320 mg und mehr	6-001.bn

- Diese Mengenklassen können nur bei Patienten unter 15 Jahren als Zusatzentgelt abgerechnet werden.

Doxorubicin, pegyliert, liposomal, parenteral (ZE72)	Kode
10 mg bis unter 20 mg ▪	6-002.80
20 mg bis unter 30 mg ▪	6-002.81
dazwischen 15 weitere Dosisklassen	
240 mg und mehr	6-002.8h

- Diese Mengenklassen können nur bei Patienten unter 15 Jahren als Zusatzentgelt abgerechnet werden.

Gemcitabin, parenteral (ZE17)	Kode
8,5 g bis unter 10,0 g	6-001.14
dazwischen 3 weitere Dosisklassen	
14,5 g und mehr	6-001.18

Imatinib, oral (ZE92)	Kode
800 mg bis unter 1.200 mg ▪	6-001.g0
1.200 mg bis unter 2.000 mg ▪	6-001.g1
2.000 mg bis unter 2.800 mg ▪	6-001.g2
2.800 mg bis unter 4.000 mg	6-001.g3
dazwischen 13 weitere Dosisklassen	
35.200 mg und mehr	6-001.gj

- Diese Mengenklassen können nur bei Patienten unter 15 Jahren als Zusatzentgelt abgerechnet werden.

Irinotecan, parenteral (ZE19)	Kode
400 mg bis unter 500 mg	6-001.32
500 mg bis unter 600 mg	6-001.33
dazwischen 8 weitere Dosisklassen	
1.400 mg und mehr	6-001.3c

Lenalidomid, oral (ZE 2011-77)	Kode
25 mg bis unter 50 mg	6-003.g0
50 mg bis unter 75 mg	6-003.g1
dazwischen 17 weitere Dosisklassen	
800 mg und mehr	6-003.gk

Nelarabin, parenteral (ZE 2011-79)	Kode
150 mg bis unter 600 mg ▪	6-003.e0
600 mg bis unter 1.050 mg ▪	6-003.e1
1.050 mg bis unter 1.500 mg ▪	6-003.e2
1.500 mg bis unter 2.000 mg	6-003.e3
dazwischen 19 weitere Dosisklassen	
36.000 mg und mehr	6-003.eq

- Diese Mengenklassen können nur bei Patienten unter 15 Jahren als Zusatzentgelt abgerechnet werden.

Paclitaxel, parenteral (ZE63)	Kode
180 mg bis unter 240 mg	6-001.f0
240 mg bis unter 360 mg	6-001.f1
dazwischen 4 weitere Dosisklassen	
840 mg und mehr	6-001.f6

Pemetrexed, parenteral (ZE53)	Kode
600 mg bis unter 700 mg	6-001.c0
700 mg bis unter 800 mg	6-001.c1
dazwischen 16 weitere Dosisklassen	
3.900 mg und mehr	6-001.cj

Sunitinib, oral (ZE 2011-74)	Kode
150 mg bis unter 200 mg	6-003.a0
200 mg bis unter 250 mg	6-003.a1
dazwischen 12 weitere Dosisklassen	
1.500 mg und mehr	6-003.ae

Sorafenib, oral (ZE 2011-75)	Kode
2.400 mg bis unter 3.200 mg	6-003.b0
3.200 mg bis unter 4.000 mg	6-003.b1
dazwischen 15 weitere Dosisklassen	
32.000 mg und mehr	6-003.bh

Temsirolimus, parenteral (ZE 2011-85)	Kode
10 mg bis unter 17,5 mg ▪	6-004.e0
17,5 mg bis unter 25 mg ▪	6-004.e1
25 mg bis unter 50 mg	6-004.e2
dazwischen 9 weitere Dosisklassen	
550 mg und mehr	6-004.ec

- Diese Mengenklassen können nur bei Patienten unter 15 Jahren als Zusatzentgelt abgerechnet werden.

Topotecan, parenteral (ZE44)	Kode
2,0 mg bis unter 3,0 mg ▪	6-002.40
3,0 mg bis unter 4,5 mg ▪	6-002.41
4,5 mg bis unter 6,0 mg ▪	6-002.42
6,0 mg bis unter 9,0 mg	6-002.43
dazwischen 7 weitere Dosisklassen	
30,0 mg und mehr	6-002.4b

- Diese Mengenklassen können nur bei Patienten unter 15 Jahren als Zusatzentgelt abgerechnet werden.

Temozolomid, oral (ZE78)	Kode
200 mg bis unter 350 mg >	6-002.e0
350 mg bis unter 500 mg >	6-002.e1
500 mg bis unter 750 mg	6-002.e2
dazwischen 16 weitere Dosisklassen	
7.000 mg und mehr	6-002.ek

> Diese Mengenklassen können nur bei Patienten unter 5 Jahren als Zusatzentgelt abgerechnet werden.

Trabectedin, parenteral (ZE 117)	Kode
0,25 mg bis unter 0,50 mg ▪	6-004.a0
0,50 mg bis unter 0,75 mg ▪	6-004.a1
0,75 mg bis unter 1,00 mg ▪	6-004.a2
1,00 mg bis unter 1,25 mg ▪	6-004.a3
1,25 mg bis unter 1,50 mg	6-004.a4
dazwischen 13 weitere Dosisklassen	
6,00 mg und mehr	6-004.aj

▪ Diese Mengenklassen können nur bei Patienten unter 15 Jahren als Zusatzentgelt abgerechnet werden.

8.1.2 Antikörper

Alemtuzumab, parenteral (ZE13)	Kode
30 mg bis unter 60 mg	6-001.00
60 mg bis unter 90 mg	6-001.01
dazwischen 12 weitere Dosisklassen	
570 mg und mehr	6-001.0e

Bevacizumab, parenteral (ZE74)	Kode
150 mg bis unter 250 mg	6-002.90
250 mg bis unter 350 mg	6-002.91
dazwischen weitere 13 Dosisklassen	
2.750 mg und mehr	6-002.9f

Cetuximab, parenteral (ZE50)	Kode
250 mg bis unter 350 mg	6-001.a0
350 mg bis unter 450 mg	6-001.a1
dazwischen 14 weitere Dosisklassen	
3.350 mg und mehr	6-001.ag

Gemtuzumab Ozogamicin, parenteral (ZE2011-29)	Kode
5 mg bis unter 10 mg	6-001.20
10 mg bis unter 15 mg	6-001.21
dazwischen 7 weitere Dosisklassen	
50 mg und mehr	6-001.29

Infliximab, parenteral (ZE68)	Kode
50 mg bis unter 100 mg ▪	6-001.e0
100 mg bis unter 150 mg ▪	6-001.e1
150 mg bis unter 200 mg	6-001.e2
dazwischen 13 weitere Dosisklassen	
2.000 mg und mehr	6-001.eg

- Diese Mengenklassen können nur bei Patienten unter 15 Jahren als Zusatzentgelt abgerechnet werden.

Palifermin, parenteral (ZE95)	Kode
1,25 mg bis unter 2,5 mg ▪	6-003.20
2,5 mg bis unter 3,75 mg ▪	6-003.21
3,75 mg bis unter 5,0 mg ▪	6-003.22
5,0 mg bis unter 10,0 mg	6-003.23
dazwischen 7 weitere Dosisklassen	
50,0 mg und mehr	6-003.2b

- Diese Mengenklassen können nur bei Patienten unter 15 Jahren als Zusatzentgelt abgerechnet werden.

Panitumumab, parenteral (ZE 116)	Kode
180 mg bis unter 300 mg	6-004.70
300 mg bis unter 420 mg	6-004.71
dazwischen 11 weitere Dosisklassen	
2.460 mg und mehr	6-004.7d

Rituximab, parenteral (ZE82)	Kode
150 mg bis unter 250 mg	6-001.60
250 mg bis unter 350 mg	6-001.61
dazwischen 16 weitere Dosisklassen	
3.650 mg und mehr	6-001.6j

Trastuzumab, parenteral (ZE27)	Kode
100 mg bis unter 150 mg	6-001.70
150 mg bis unter 200 mg	6-001.71
dazwischen 14 weitere Dosisklassen	
1.600 mg und mehr	6-001.7g

8.1.3 Antimykotika

Amphotericin B, liposomal, parenteral, (Ambisome [®] , ZE110)	Kode
100 mg bis unter 175 mg*	6-002.q0
175 mg bis unter 250 mg*	6-002.q1
250 mg bis unter 350 mg	6-002.q2
dazwischen 25 weitere Dosisklassen	
43.650 mg und mehr	6-002.qv

- Diese Mengenklassen können nur bei Patienten unter 15 Jahren als Zusatzentgelt abgerechnet werden.

Amphotericin-B-Lipidkomplex, parenteral (Abelcet [®] , ZE 2011-80)	Kode
200 mg bis unter 400 mg*	6-003.10
400 mg bis unter 600 mg*	6-003.11
600 mg bis unter 800 mg	6-003.12
dazwischen 18 weitere Dosisklassen	
63.400 mg und mehr	6-003.1t

- Diese Mengenklassen können nur bei Patienten unter 15 Jahren als Zusatzentgelt abgerechnet werden.

Anidulafungin (ZE115)	Kode
75 mg bis unter 125 mg*	6-003.k0
125 mg bis unter 200 mg*	6-003.k1
dazwischen 24 weitere Dosisklassen	
12.800 mg und mehr	6-003.kt

- Diese Mengenklassen können nur bei Patienten unter 15 Jahren als Zusatzentgelt abgerechnet werden.

Caspofungin, parenteral (ZE109)	Kode
35 mg bis unter 65 mg >	6-002.p0
65 mg bis unter 100 mg	6-002.p1
100 mg bis unter 150 mg	6-002.p2
dazwischen 24 weitere Dosisklassen	
8.400 mg und mehr	6-002.pv

- > Diese Mengenkategorie kann nur bei Patienten unter 5 Jahren als Zusatzentgelt abgerechnet werden.

Itraconazol, parenteral (ZE 113)	Kode
400 mg bis unter 800 mg ◆	6-002.c0
800 mg bis unter 1.200 mg ◆	6-002.c1
1.200 mg bis unter 1.600 mg	6-002.c2
dazwischen 18 weitere Dosisklassen	
23.200 mg und mehr	6-002.cp

- ◆ Diese Mengenklassen können nur bei Patienten unter 10 Jahren als Zusatzentgelt abgerechnet werden.

Posaconazol, oral (ZE 114)	Kode
1.000 mg bis unter 2.000 mg ◆	6-003.00
2.000 mg bis unter 3.000 mg ◆	6-003.01
3.000 mg bis unter 4.200 mg	6-003.02
dazwischen 19 weitere Dosisklassen	
93.000 mg und mehr	6-003.0q

- ◆ Diese Mengenklassen können nur bei Patienten unter 10 Jahren als Zusatzentgelt abgerechnet werden.

Voriconazol, parenteral (ZE 112)	Kode
0,4 g bis unter 0,6 g ◇	6-002.r0
0,6 g bis unter 0,8 g ◇	6-002.r1
0,8 g bis unter 1,2 g	6-002.r2
dazwischen 24 weitere Dosisklassen	
90,4 g und mehr	6-002.ru

- ◇ Diese Mengenklassen können nur bei Patienten unter 10 Jahren als Zusatzentgelt abgerechnet werden.

Voriconazol, oral (ZE 111)	Kode
1,00 g bis unter 1,75 g ▪	6-002.50
1,75 g bis unter 2,50 g ▪	6-002.51
2,50 g bis unter 3,50 g	6-002.52
dazwischen 11 weitere Dosisklassen	
45,50 g und mehr	6-002.5f

- Diese Mengenklassen können nur bei Patienten unter 15 Jahren als Zusatzentgelt abgerechnet werden.

8.1.4 Wachstumsfaktoren

Filgrastim, parenteral (ZE 40)	Kode
70 Mio. IE bis unter 130 Mio. IE▪	6-002.10
130 Mio. IE bis unter 190 Mio. IE▪	6-002.11
190 Mio. IE bis unter 250 Mio. IE▪	6-002.12
250 Mio. IE bis unter 350 Mio. IE	6-002.13
dazwischen 14 weitere Dosisklassen	
2.450 Mio. IE und mehr	6-002.1j

- Diese Mengenklassen können nur bei Patienten unter 15 Jahren als Zusatzentgelt abgerechnet werden.

Lenograstim, parenteral (ZE42)	Kode
75 Mio. IE bis unter 150 Mio. IE ▪	6-002.20
150 Mio. IE bis unter 225 Mio. IE ▪	6-002.21
225 Mio. IE bis unter 300 Mio. IE ▪	6-002.22
300 Mio. IE bis unter 400 Mio. IE	6-002.23
dazwischen 14 weitere Dosisklassen	
3.000 Mio. IE und mehr	6-002.2j

- Diese Mengenklassen können nur bei Patienten unter 15 Jahren als Zusatzentgelt abgerechnet werden.

Pegfilgrastim, parenteral (ZE71)	Kode
1 mg bis unter 3 mg ▪	6-002.70
3 mg bis unter 6 mg ▪	6-002.71
6 mg bis unter 12 mg	6-002.72
dazwischen 3 weitere Dosisklassen	
30 mg und mehr	6-002.76

- Diese Mengenklassen können nur bei Patienten unter 15 Jahren als Zusatzentgelt abgerechnet werden.

Sargramostim, parenteral (ZE2011-33)	Kode
2 mg bis unter 3 mg	6-001.40
3 mg bis unter 4 mg	6-001.41
dazwischen 21 weitere Dosisklassen	
30 mg und mehr	6-001.4q



8.1.5 Immunmodulatoren

Aldesleukin, parenteral (ZE48)	Kode
45 Mio.IE bis unter 65 Mio. IE	6-001.80
65 Mio.IE bis unter 85 Mio. IE	6-001.81
dazwischen weitere 19 Dosisklassen	
805 Mio.IE und mehr	6-001.8n

Anti-Human-T-Lymphozyten- Immunglobulin, parenteral (ZE2011-46)	Kode
Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin vom Kaninchen, parenteral	8-812.3
Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin vom Pferd, parenteral	8-812.4

Interferon alfa-2a (nicht pegylierte Form, parenteral (ZE2011-59)	Kode
100 Mio. IE bis unter 125 Mio. IE	8-812.10
125 Mio. IE bis unter 150 Mio. IE	8-812.11
dazwischen weitere 19 Dosisklassen	
1.400 Mio. IE und mehr	8-812.1n

Interferon alfa-2b (nicht pegylierte Form, parenteral (ZE2011-60)	Kode
75 Mio. IE bis unter 100 Mio. IE	8-812.20
100 Mio. IE bis unter 125 Mio. IE	8-812.21
dazwischen weitere 20 Dosisklassen	
1.400 Mio. IE und mehr	8-812.2o





8.2 Blut und Blutprodukte

Erythrozytenkonzentrat (ZE 107)	Kode
6 TE bis unter 11 TE ▪	8-800.c1
11 TE bis unter 16 TE ▪	8-800.c2
dazwischen 20 weitere Mengenklassen	
280 TE und mehr	8-800.cr

- Diese Mengenklassen können nur bei Patienten unter 15 Jahren als Zusatzentgelt abgerechnet werden.

Thrombozytenkonzentrat (ZE94)	Kode
2 ▪	8-800.b1
3 ▪	8-800.b2
4 bis unter 6	8-800.b3
dazwischen 25 weitere Mengenklassen	
128 und mehr	8-800.bw

- Diese Mengenklassen können nur bei Patienten unter 15 Jahren als Zusatzentgelt abgerechnet werden.

Patientenbezogenes Thrombozytenkonzentrat (ZE108)	Kode
1	8-800.60
2	8-800.61
3 bis unter 5	8-800.62
dazwischen 20 weitere Mengenklassen	
71 und mehr	8-800.6r



Apherese-Thrombozytenkonzentrat (ZE84)	Kode
1 ▪	8-800.9v
2	8-800.90
3	8-800.91
4	8-800.92
5	8-800.93
6 bis unter 8	8-800.94
dazwischen 22 weitere Mengenklassen	
118 und mehr	8-800.9u

- Diese Mengenklassen können nur bei Patienten unter 15 Jahren als Zusatzentgelt abgerechnet werden.

Antithrombin III (ZE47)	Kode
2.000 IE bis unter 3.500 IE ▪	8-810.g1
3.500 IE bis unter 5.000 IE ▪	8-810.g2
5.000 IE bis unter 7.000 IE ▪	8-810.g3
7.000 IE bis unter 10.000 IE	8-810.g4
dazwischen 12 weitere Dosisklassen	
150.000 IE und mehr	8-810.gj

- Diese Mengenklassen können nur bei Patienten unter 15 Jahren als Zusatzentgelt abgerechnet werden.

Prothrombinkomplex (ZE30)	Kode
3.500 IE bis unter 4.500 IE	8-810.f4
4.500 IE bis unter 5.500 IE	8-810.f5
dazwischen 9 weitere Dosisklassen	
30.500 IE und mehr	8-810.ff

Granulozytenkonzentrate (ZE2011-34)	Kode
1	8-802.60
2	8-802.61
3 bis unter 5	8-802.62
dazwischen 8 weitere Mengenklassen	
21 und mehr	8-802.6b

Human-Immunglobuline, spezifisch gegen Zytomegalie-Virus (CMV) (ZE64)	Kode
1,0 g bis unter 2,0 g >	8-810.s0
2,0 g bis unter 3,0 g >	8-810.s1
3,0 g bis unter 5,0 g >	8-810.s2
5,0 g bis unter 7,5 g	8-810.s3
dazwischen 10 weitere Dosisklassen	
50,0 g und mehr	8-810.se

- Diese Mengenklassen können nur bei Patienten unter 5 Jahren als Zusatzentgelt abgerechnet werden.

Human-Immunglobuline, polyvalent (ZE93)	Kode
2,5 g bis unter 5 g ▪	8-810.w0
5 g bis unter 10 g ▪	8-810.w1
10 g bis unter 15 g	8-810.w2
dazwischen 24 weitere Dosisklassen	
845 g und mehr	8-810.wu

- Diese Mengenklassen können nur bei Patienten unter 15 Jahren als Zusatzentgelt abgerechnet werden.

Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Varicella-Zoster-Virus (VZV) (ZE67)	Kode
250 IE bis unter 500 IE ▪	8-810.t0
500 IE bis unter 750 IE ▪	8-810.t1
750 IE bis unter 1.000 IE▪	8-810.t2
1.000 IE bis unter 1.500 IE	8-810.t3
dazwischen 9 weitere Dosisklassen	
8.000 IE und mehr	8-810.td

- Diese Mengenklassen können nur bei Patienten unter 15 Jahren als Zusatzentgelt abgerechnet werden.

Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Hepatitis-B-surface-Antigen, parenteral (ZE51)	Kode
2.000 IE bis unter 4.000 IE	8-010.q0
4.000 IE bis unter 6.000 IE	8-010.q1
dazwischen 17 weitere Dosisklassen	
64.000 IE und mehr	8-010.qk

Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren (ZE 2011-27)	Kode
KH-individuelles Zusatzentgelt	–

8.3 Radioimmuntherapeutika

(ZE2011-70)	Kode
90Y-Ibritumomab-Tiuxetan, parenteral	6-003.6

DOTATOC (ZE2011-71)	Kode
Radiorezeptorthherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga	8-530.60

SIRT (ZE2011-65)	Kode
Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie (SIRT) mit Yttrium-90-markierten Mikrosphären	8-530.45
Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie (SIRT) mit Rhenium-188-markierten Mikrosphären	8-530.48

8.4 Sonstige

Gabe von Hämin, parenteral (ZE 2011-69)	Kode
100 mg bis unter 200 mg ▪	6-004.10
200 mg bis unter 400 mg	6-004.11
dazwischen 7 weitere Dosisklassen	
2.600 mg und mehr	6-004.19

- Diese Mengenklassen können nur bei Patienten unter 15 Jahren als Zusatzentgelt abgerechnet werden.

Palliativmedizinische Komplexbehandlung (ZE 60)	Kode
Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage	8-982.1
Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage	8-982.2
Mindestens 21 Behandlungstage	8-982.3

8.5 Hämatologisch und onkologisch wichtige NUB

Die Tabelle enthält die NUBs, die 2010 den Status1 erhalten haben und die NUBs, die von der DGHO als Antrag empfohlen wurden. Die Liste der 2011 mit dem Status 1 versehenen NUBs wird vom InEK Ende Januar/Anfang Februar 2011 veröffentlicht. Die Tabelle enthält weiterhin einige Medikamente, die verschlüsselt werden können, ohne dass sie ZE oder NUB sind.

Wirkstoff	Kode OPS 2010	2010 mit Status 1	2010 als Antrag für 2011 empfohlen
Arsentrioxid, parenteral	6-005.5	x	x
Capazitaxel	n. n. d.		x
Catumaxomab ♦	6-005.1	x	x
Dasatinib, oral	6004.3	x	x
Decitabine, parenteral ♦	6004.4	x	
Defibrotide	6-005.k		x
Denileukin Diftitiox, parenteral	6-005.6	x	x
Eculizumab, parenteral	6-003.h	x	x
Eltrombopag ♦	n. n. d.		x

Wirkstoff	Kode OPS 2010	2010 mit Status 1	2010 als Antrag für 2011 empfohlen
Everolimus	6-005.8		x
Ixabepilon ♦	6-005.f	x	
Micafungin	6-004.5	x	x
Mifamurtid	6-005.g	x	x
Nilotinib	6-004.6	x	x
Nab-Paclitaxel	6-005.d	x	x
Romiplostim	6-005.9	x	x
Ofatumumab	n. n. d.		x
Pazopanib ♦	6-005.a	x	x
Plerixafor	6-005.e	x	x
Temozolamid i.v.	6-005.c	x	x
Thiotepa	n. n. d.		x
Tovaptan	n. n. d.		x
Vinflunin	6-005.b	x	x
Virusspez. T-Zellen	8-802.41		x
Molekulares Monitoring der Resttumorlast (MRD)	1-991.0 1-991.1	x	x
Genmutationsanalyse	1-992		x

n. n. d. = noch nicht definiert. Für diese Verfahren wurde im OPS-301 2011 Katalog noch kein Prozedurencode festgelegt. Wir empfehlen zur Dokumentation hausindividuelle Dummy-OPS zu definieren. Vorschläge hierzu siehe www.dgho.de.

♦ = Das Zulassungsrecht bleibt von der Anerkennung als Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode unberührt. Die Kostenträger entscheiden im Einzelfall, ob die Kosten dieses Verfahrens übernommen werden.

9 Index

- A**
- ABO-Kompatibilität 159
 - Adnexe 74
 - Agranulozytose 18, 19, 87, 93, 94, 95, 104
 - akute GvHD 164
 - Aldesleukin 185
 - Alemtuzumab 178
 - Alkoholinjektion 153
 - ALL 33, 54, 55, 60, 61, 62, 132, 135
 - Allogen 161, 152, 163
 - AML 61, 62, 64, 130, 132, 135, 136
 - Amphotericin B, Lipidkomplex 181
 - Amphotericin B, liposomal 181
 - Analkarzinom 133
 - Anämie 85
 - aplastisch 86, 89, 90
 - arzneimittelinduziert 86, 87, 89, 90
 - autoimmunhämolytisch 89, 90, 121
 - Blutungs- 88
 - chronische Erkrankung 86
 - Eisenmangel 87
 - Evans-Syndrom 89, 9
 - Fanconi 89
 - Folsäure-Mangel 88
 - paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie 90
 - renal 86, 90
 - Sichelzellen 898
 - Tumor 90
 - Vitamin-B12-Mangel 88
 - Anämie, refraktär 64
 - Angiodysplasie 97
 - Angiosarkom 70, 80
 - Anidulafungin 181
 - Antibiotikaphylaxe 116
 - Anti-Human-T-Lymphozyten 137, 185
 - Antikoagulanzen 96
 - Antikörper 85, 91, 96, 126, 127, 130, 132, 137, 178
 - Alemtuzumab 178
 - Bevacizumab 179
 - Catumaxomab 191
 - Cetuximab 179
 - Ecilizumab 191
 - Gemtuzumab Ozogamicin 179
 - Infliximab 179
 - Ofatumumab 192
 - Palifermin 180
 - Panitumumab 137, 180
 - radioaktiv markiert 137
 - Rituximab 137, 180
 - Trastuzumab 180
 - Antimykotika 93, 181
 - Amphotericin B, Lipidkomplex 181
 - Amphotericin B, liposomal 181
 - Anidulafungin 181
 - Caspofungin 182
 - Itraconazol 182
 - Micafungin 192
 - Posaconazol 182
 - Voriconazol oral 183
 - Voriconazol parenteral 183
 - Antiphospholipidsyndrom 101
 - Antithrombin III 101, 187
 - Arsentrioxid 191
 - Arteriographie 151, 152
 - Aspergillose 109, 110
 - Aszites 38, 39, 43, 45
 - Aszitespunktion 148
 - Augen 78
 - Ausrufezeichen-Kode 27, 28, 104, 105
 - autolog 161, 162, 170
 - autonomes Nervensystem, Sarkom 81
 - Azacytidin 130, 172
- B**
- Bakteriämie 104
 - bakterielle Infektion 49, 103, 104, 105
 - B-ALL 54, 60, 135
 - Basisassessment 142
 - Basis-DRG 15, 16, 17, 50
 - Behandlung, geplant 46, 48
 - Bestrahlung 34, 36, 38, 138, 170
 - Beurlaubung 22, 23, 24
 - Bevacizumab 179
 - Bindegewebesarkom 80

- Biopsie
 Haut 146
 Lymphknoten 147
 Mamma 146
 Blut und Blutprodukte
 Apherese-Thrombozytenkonzentrat 187
 Erythrozytenkonzentrat 138, 186
 Granulozytenkonzentrate 140, 188
 Thrombozytenkonzentrat 139, 186
 Thrombozytenkonzentrat,
 patientenbezogen 139, 186
 Bluter 190
 Blutkultur 102, 106, 110
 Bluttransfusionen 137
 Blutung 85, 86, 91, 95, 96, 97, 98,
 99, 107, 123
 Gastritis 97
 Blutung, Angiodysplasie 97
 Blutung, gastrointestinal 97
 Blutung, Ulcus 98
 BNPNAS 80, 81
 Bortezomib 172
 Bronchialkarzinom 130
 Budd-Chiari Syndrom 100
 Burkitt 60
 Burkitt-Lymphom 54, 55, 57, 60
 Busulfan 172
- C**
 Candida 103, 110, 111
 Ösophagitis 110
 Candidämie 110
 Candida-Sepsis 110
 Capazitaxel 191
 Carmustin-Implantat 173
 Caspofungin 182
 Catumaxomab 191
 Cauda equina-Syndrom 122
 CD34-Selektion 158
 Cetuximab 179
 Chemotherapie 19, 23, 24, 33, 34,
 35, 37, 38, 46, 47, 48, 50, 51, 93,
 116, 117, 126, 127, 128, 129, 130,
 131, 132, 133, 134, 135, 136
 arteriell 129
 hochgradig komplexe 134
 intrapertoneal 129, 136
 intrapleural 129
 intrathekal 127, 129, 173
 intrazerebral 129
 mittelgradig komplex 126, 128
 nicht komplex 126, 129, 130
 Chlamydien 105
 Chondrosarkom 80
 chronische myelomonozytäre
 Leukämie 64
 chronische GVHD 164, 166, 169
 chronische myeloische Leukämie
 64
 CLL 52, 59
 Clofarabin 173
 CML 63, 65, 66
 CMML 66
 CMV-Duodenitis, -ileitis, -kolitis 112
 CMV-Gastritis 112
 CMV-Infektion 112
 CUP 13, 33, 35, 36, 82
 Cytarabin 173
- D**
 Dasatinib 191
 Decitabine 191
 Dendritische Zellen 140, 171
 Denileukin Difitiox 191
 Diagnostik Leukämie 143, 144
 Diagnostik, komplex 17
 DIC 96
 Dickdarm 6, 70, 83, 97, 98
 DIMDI 14, 26, 30
 Divertikulitis 98
 Divertikulose 97, 98
 Docetaxel 130, 131, 173
 Donor-Lymphozyten 140
 DOTATOC 190
 Doxorubicin 130, 131, 133, 134,
 174
 Doxorubicin, liposomal 174
 Dünndarm 69, 79, 83
- E**
 EBV nach TX 57
 Eculizumab 191
 Eigenanamnese 36, 37, 38, 52
 Einzelspenderkonzentrat 139
 Eltrombopag 191
 Embolisation 151, 152
 Enzephalopathie 122
 Eosinophilenleukämie 63
 Epistaxis 21, 96



Erythrozytendepletion 155, 156,
157, 159
Erythrozytenkonzentrat 186
Evans-Syndrom 89, 92
Everolimus 192
Ewingsarkom 80
Extremitätenperfusion 153
Ex-vivo-Zellkultursystem 145

F
Faktorenmangel 97
Fallpauschalenkatalog 11, 13, 14,
18, 172
Fallpauschalenvereinbarung 14
Fallpauschalenverordnung 50
Feinnadelpunktion,
endosonographisch 148
Fibrosarkom 80
Fieber unklarer Ursache 49, 103
Filgrastim 156, 183

G
Gallenblase 71
Gallengangskarzinom 70
Gallenwege 71
gastrointestinale Tumore 131, 134
Gastrointestinaltrakt 68, 97, 168
Gehirn 35, 58, 82, 83, 84, 111
Gemcitabin 130, 131, 133, 174
Gemtuzumab 179
Genmutationsanalyse 144, 145,
192
GIST 79
Gliome 131
Graft-versus-Host-Disease 163, 164
Granulozytenkonzentrate 140, 188
Grenzverweildauer 50
GvHD, akut 164, 165
GvHD, chronisch 164, 165
GvHD, Haut 165
GvHD, Leber 165
GvHD, Verdauungstrakt 165

H
Haarzellenleukämie 53
Haemophilus influenzae 105
Hämatemesis 97
Hämin 190
hämolytisch-urämisches Syndrom
87, 89, 92

Hämophilie 95, 96
Hämoptye 96
Hämostaseologie 95
haploident 161, 162
Harnblase 45, 75, 83, 129
Harnwegsinfekte 28
Hauptdiagnose 13, 18, 27, 30, 31,
33, 34, 35, 38, 39, 41, 42, 43,
44, 50, 84, 86, 124, 158
Haut 77, 78, 81, 83, 111, 119, 164,
165, 167
Hautbiopsie 146
Hemmkörperhämophilie 96, 101
heparin-induzierte
Thrombozytopenie 92
Hepatitis, CMV 112
Herz 72, 84, 162
Hirninfarakt 100
Histiozytom 80
Histiozytose 63
HLA-Identität 13, 159
HLA-Typisierung 143, 144
HNO 66
HNO-Tumore 131, 133
Hoden 75
Hodentumor 131, 133
Hodgkin 52, 134
Human-Immunglobuline 188, 189
Hyperkalziämie 121, 123
Hypersplenismus 92, 95
Hyperthermie 136, 149, 150
Hyperviskosität 122

I
Ibritumomab-Tiuxetan 190
ICD-10-GM 15, 26, 27, 28, 66, 77,
78, 99, 101, 143
Ileus 123, 166
Imatinib 175
Immunkompromittierung 170
Immunmodulatoren 19, 126, 129,
185
SIRT 190
Aldesleukin 185
Anti-Human-T-Lymphozyten-
Immunglobulin 137, 185
Interferon alfa-2a 185
Interferon alfa-2b 185
immunproliferative
Dünndarmkrankheit 54





Immunsuppression 102, 103, 170
 Immunthrombozytopenie (ITP,
 M. Werlhof) 92
 Induktion 60, 63, 66, 135
 InEK 14, 15, 18, 20, 138, 191
 infektiologisches Monitoring 102
 Infektionen 17, 26, 101, 102, 103,
 105, 110, 112, 113
 Infliximab 179
 Interferon alfa-2a 185
 Interferon alfa-2b 185
 intraperitoneal 129, 136
 intrathekal 127, 129, 173
 intrazerebral 129
 In-vitro-Aufbereitung 140, 155, 156,
 157, 158, 161, 162, 163, 171
 Irinotecan 130, 131, 175
 Isoliereinheit 115
 Isolierung 93, 104, 113, 114, 115
 Itraconazol 182
 Ixabepilon 192

K

Kaposi 80, 81
 Knochen(mark)herde bei malignen
 Lymphomen 58
 Knochenfraktur 58, 85
 Knochenfraktur (Neubildungen) 58,
 85
 Knochenmark Biopsie 143
 Knochenmarkentnahme 155, 157
 Knochenmarkpunktion 85, 91, 94,
 144
 Knochensarkom 78, 133
 Kodierrichtlinie 11, 13, 15, 30, 31,
 33, 102, 130
 Kolonkarzinom 37, 44, 45
 Komplexbehandlung
 bei MRE 114
 palliativ-medizinisch 142, 191
 Komplexes Staging 143
 Komplikationen 33, 49, 57, 98, 101,
 125, 163
 Komplizierende Konstellation 19
 Konditionierungsprotokolle 136
 Konsolidierung 33, 135
 Kopfschmerz 32, 39, 40
 Kreuz-Stern-System 27, 28, 102
 Kryptokokkose 111
 Kyphoplastie 147

L

Langerhans-Zell-Histiozytose 65
 Larynx 67
 Leber 70, 71, 80, 83, 148, 153, 162,
 164, 165
 Leberpunktion 148, 149
 Leberzellkarzinom 44, 70
 Leiomyosarkom 80
 Lenalidomid 175
 Lenograstim 156, 184
 Leukämie
 akut, lymphatisch 60
 akut, myeloisch 16, 17, 61, 63
 Chlorom 61
 Promyelozytenleukämie 61
 refraktär 60, 63, 66
 Leukämie, akut 58, 60, 61
 Leukostase 122, 158
 Leukozyten nach ex-vivo-Kultur 140,
 171
 Liposarkom 80
 Liquorpunktion 148
 Lungenarterienembolie 99, 100
 Lupus Antikoagulans 101
 Lymphangiosis carcinomatosa 45
 Lymphknotenbiopsie 147
 Lymphknotenmetastasen 83
 Lymphom 15, 16, 19, 35, 42, 45, 52,
 53, 54, 55, 56, 57, 58, 63, 66, 84,
 130, 134, 171
 anaplastisch 56
 Burkitt 54, 55, 57, 60
 diffus großzelliges B-NHL 34, 35
 folliculäres NHL = Keimzentrum
 NHL 53
 HTLV-1 56
 immunoblastischer Subtyp 56
 Knochenbefall 35, 84
 Malt-Lymphom 53, 54
 Mantelzelllymphom 53
 Marginalzonenlymphom 53
 Meningeosis lymphomatosa 58
 Mykosis fungoides 56
 Non-Hodgkin-Lymphom 52, 58,
 84
 reifzelliges 54, 56, 60
 Sézary-Syndrom 56

M

M. Moschowitz 87, 89, 92, 121



- Magen 46, 68, 69
 Magenkarzinom 133
 maligner peripherer neuroektodermaler Tumor (MPNET und PNET) 81
 Malignome, gleichzeitig 44
 Malignomnachweis, fehlend 43
 Mallory-Weiss-Syndrom 97
 Mammabiopsie 146
 Mammakarzinom 26, 27, 34, 38, 41, 44, 131
 Mastozytose 64
 Mastzellenleukämie 61, 64
 MDS 61, 63, 64, 90, 130
 Melanom 38, 44, 77, 78, 131, 133
 Meningeosis carcinomatosa 45, 82
 Meningeosis lymphomatosa 58
 Meningitis, Candida 110
 mesenchymale Stammzellen 162
 Mesenterialvenenthrombose 100
 Mesenterium 80
 Mesotheliom 80
 Metallspiralen 151, 152
 Metastase
 Brustdrüse 84
 Gehirn 85
 Harnblase 83
 Haut 83
 Herz 84
 Nebenniere 84
 Niere 83
 Ovar 84
 Perikard 84
 ZNS 83
 Metastase
 Dickdarm 69, 70, 83
 Dünndarm 69, 83
 Gallenwege 71
 Gehirn 82
 Harnblase 83
 Haut 83
 Knochen 84
 Leber 70, 71, 83
 Lunge 72, 83
 Mediastinum 83
 Meningeosis carcinomatosa 82
 Nebenniere 84
 Niere 83
 Ovarial 84
 Perikard 84
 peritoneal 83
 Pleura 83
 retroperitoneal 74, 76
 Metastase als Hauptdiagnose 34
 Metastase als Nebendiagnosen 36
 Metastasenkode
 bei Leukämie 84
 Methotrexat 127, 132
 MGUS 55
 Micafungin 192
 Mifamurtid 192
 Molekulares Monitoring der Resttumorlast (MRD) 192
 MPNET 81
 MRD 144
 MRSA 113
 MRSE 113
 Mukormykose 111
 Mukositis 123
 multiple endokrine Neoplasie 76
 Mund 67
 Myelodysplasie 64
 Myelofibrose 61, 63
 Myelom
 multiples 41, 44, 104
 myeloproliferative Erkrankungen 55, 58, 59, 84, 135
 Mykoplasmen 103, 105
 Mykose 103, 109, 111
 Mykosis fungoides 56
- N**
 Nab-Paclitaxel 192
 nachstationär 20, 21
 Nase 67
 Nebendiagnose 13, 25, 31, 32, 33, 34, 37, 38, 39, 44, 50, 58, 86, 90, 91, 93, 111, 118, 163, 170
 Nebenhoden 75
 Nebenniere 76, 84
 Nebenschilddrüse 76
 Nelarabin 176
 Neurofibrosarkom 81
 Neutropenie 50, 93, 94, 95, 103, 104, 109
 NHL 34, 35, 53, 54, 132, 135
 Niere 74, 83, 120
 Niereninsuffizienz (Multiples Myelom) 58
 Nilotinib 192

NK-Zellen 140, 171
 Notfälle 119, 122
 NSCLC 130, 133
 NUB 14, 17, 28, 191

O

Ofatumumab 192
 OPS 28, 129, 130, 132, 134
 Organdysfunktion 107
 Ösophagitis, CMV 112
 Ösophagus 68
 Ösophaguskarzinom 133
 Ösophagusvarizen 97, 98
 Osteolyse 58, 59, 85
 Osteomyelofibrose 63
 Osteoporose 58, 85
 Osteoporose (Multiples Myelom) 58
 Osteosarkom 80, 131
 Ovar 74, 84
 Ovarialkarzinom 131
 Ozogamicin 179

P

Paclitaxel 176
 Palifermin 180
 Palliativmedizin 141, 142
 Panitumumab 137, 180
 Pankreas 70, 71, 76, 149
 Pankreaskarzinom 131, 133
 Paraneoplasie 119
 Paravasat 119, 125
 Paresen 122
 Partikel
 medikamentenbeladen 152
 Pazopanib 192
 Pegfilgrastim 156, 184
 Pemetrexed 130, 176
 Penis 75
 Perikard-Punktion 148
 peripheren Nerventumor 81
 Peritonealkarzinose 45
 perkutane Therapie 153
 perkutan-transluminale
 Gefäßintervention 151
 Pfortaderthrombose 100
 Pharynx 67
 Phlebitis 100
 Photophrese 19, 153, 154, 170
 Plasmazellenleukämie 55

Plasmozytom 22, 55, 85, 130, 133,
 siehe auch Myelom
 Plerixafor 156, 192
 Pleura 72, 80, 83
 Pleuraerguss 39, 42, 43, 45
 Pleurahöhle 129
 Pleuramesotheliom 133
 Pleurapunktion 148
 Pleurodese 42
 PNET
 maligner peripherer neuroekto-
 dermaler Tumor 81
 Pneumonie 112, 116
 Pneumonie bei Mykosen 109
 Pneumonie, CMV 112
 Polycythämia vera 63
 Posaconazol 182
 Positivanreicherung 155, 156, 157
 postthrombotisches Syndrom 101
 Posttransplant lymphoproliferative
 disorder 57, 171
 Primärkode 27
 Primärtumor 34, 35, 37, 42, 43, 44
 Prolymphozyten-Leukämie 46
 Prophylaxe 116, 118, 131
 Prostata 75
 Prostatakarcinom 131
 Protein, C 101
 Protein, S 101
 Prothrombinkomplex 188
 Prozedur
 nicht durchgeführt 47
 PTLD 54, 57, 171
 Punktion
 Aszites 148
 endosonografische FNP 148
 Leber 148, 149
 lumbal, Liquor 148
 Perikard 148
 Pleura 148
 Schilddrüse 148

R

Radiofrequenzablation 153
 Radioimmuntherapeutika 190
 Rasburicase 118, 119
 Refraktäre Anämie 64
 Remissionsstatus 58, 61, 65
 Restaging 33, 36, 37, 38
 Retinitis, CMV 112

Retroperitoneum 43, 80, 83
 Rezidiv 43
 Rhabdomyosarkom 80
 Rituximab 137, 180
 Romiplostim 192

S

Sargramostim 184
 Sarkom 65, 66, 70, 73, 78, 80, 81,
 131, 134, 136
 Schilddrüse 76
 Schilddrüsenpunktion 148
 Schmerz 39
 Schmerz, akut 40
 Schmerz, chronisch 40
 Schmerzsyndrom 119, 122
 Schmerztherapie 141
 Schwannom 81
 Seitenlokalisation 29, 129, 146,
 147, 149, 153
 Sekundärkode 27, 28
 Sepsis 13, 17, 19, 105, 106, 107,
 108, 109, 111
 septischer Schock 108
 Sézary-Syndrom 1 56
 Sichelzellanämie 88, 89
 Sinusvenenthrombose 100
 SIRS 17, 105, 106, 108
 SIRT 190
 Sorafenib 177
 Speicheldrüsen 67, 166
 Sphärozytose 89
 Spiegelmessung 1127, 13201
 Staging 33, 35, 36, 143
 Stammzellboost 163
 Stammzellenspender 157
 Stammzellgewinnung 155
 Stammzelltransplantation 13, 22,
 57, 155, 158, 163, 170
 Staphylokokkeninfektion 104, 114
 Stomatitis, Candida 110
 Strahlenpneumonitis 123
 Strahlentherapie 19, 24, 33, 35, 36,
 41, 84
 Streptokokkeninfektion 104
 Subarachnoidalblutung 96
 Sunitinib 176
 Supportivmedikamente 127

Symptom 32, 38, 39, 48, 49, 50,
 119, 122
 Synovialsarkom 80
 Szintigraphie 153

T

T- und B-Zell-Depletion 155
 TACE 152
 teilstationär 14, 15, 17, 20, 21, 141
 Temozolamid i.v. 192
 Temozolomid 178
 Temsirolimus 177
 Thalassämie 88, 89
 Therapietage 127
 Thiotepe 192
 Thrombophilie 99, 101
 Thrombophlebitis 100
 Thrombophlebitis migrans 100
 Thrombose 98, 99, 100, 101
 Thrombozytenkonzentrat 29, 138,
 139, 186, 187
 Apherese 139, 187
 gepoolt 139
 patientenbezogen 138, 139, 186
 Thrombozythämie 63
 Thrombozytopathie 92
 Thrombozytopenie 92
 Thymom 134
 Thymus 72
 Topotecan 130, 177
 Tovaptan 192
 Trabectedin 178
 Trachea 67
 TRALI 122
 Transfusion 59, 85, 86, 91, 92, 103,
 125, 137, 138, 140, 162
 Donor-Lymphozyten 140
 Erythrozyten 138
 Granulozyten 140
 Leukozyten 107
 Thrombozyten 138
 transfusionsrefraktär 92
 Transplantation 112
 allogene 112, 131
 Transplantat-Versagen 163
 Trastuzumab 180
 TTP 87, 90, 121
 Tuben 74
 Tumorlyse 117, 118
 Tumorschmerz 39

**Tyrosinkinaseinhibitoren**

Dasatinib 191
 Imatinib 175
 Nilotinib 192
 Pazopanib 192
 Sorafenib 177
 Sunitinib 176

Tyrosinkinaseinhibitoren 172

T-Zellen 140, 71, 192

U

Ureter 74
 Urethra 75
 Urothelkarzinom 131
 Uterus 73, 74

V

Vagina 73
 Veno-occlusive Disease 170
 Verbringung 22, 24, 25
 Verdachtsdiagnose 39, 48, 49, 103, 104
 Verlegung 22, 23, 24, 48, 49
 Vertebroplastie 143, 148
 Vinflunin 192
 Virusinfektion 103
 Virus-Nukleinsäurebestimmung 102
 Vitamin-B12-Mangel 88
 vollstationär 20, 21
 Voriconazol oral 183
 Voriconazol, parenteral 183
 vorstationär 20
 Vulva 73

W

Wachstumsfaktoren 94, 126, 183
 Filgrastim 156, 183
 Lenograstim 156, 184
 Pegfilgrastim 156, 184
 Plerixafor 156, 192

Sargramostim 184

Waldenström 53
 Weichteilsarkom 47, 80
 Wiederaufnahmeregelung 50
 Willebrand-Jürgens-Syndrom 96
 Wirbelkörperkompression 58, 85

Z

Zellapherese 19, 158
 ZNS-Lymphom 35, 58, 130, 133
 Zusatzentgelt 11, 14, 15, 20, 28, 29, 30, 126, 128, 136, 138, 142, 152, 154, 158, 163
 ZVK-Wechsel 102
 Zytokine 137
 Zytostatika 91, 126, 127, 128, 129, 130, 132, 172
 Arsentrioxid 191
 Azacytidin 130, 172
 Bortezomib 172
 Busulfan 172
 Capazitaxel 191
 Clofarabin 173
 Cytarabin 173
 Decitabine 191
 Docetaxel 130, 131, 173
 Doxorubicin 130, 131, 133, 134
 Doxorubicin, liposomal 174
 Gemcitabin 130, 131, 133, 174
 Irinotecan 130, 131, 175
 Nab-Paclitaxel 192
 Nelarabin 176
 oral 132
 Paclitaxel 176
 Pemetrexed 130, 176
 Temozolamid i.v. 192
 Temozolomid 178
 Temsirolimus 177
 Thiotepa 192
 Topotecan 130, 177
 Trabectedin 178

