

Kodierleitfaden

Hämatologie, Onkologie und Stammzelltransplantation Version 2014

Ein Leitfaden für die klinische Praxis

Herausgegeben von



Deutsche Gesellschaft für Hämatologie
und Medizinische Onkologie e. V.

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

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

10. aktualisierte Auflage 2014

Berlin, DGHO e. V.

ISBN 978-3-00-043308-5

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

Diesen Kodierleitfaden haben erstellt:

Für die DGHO und die DAG-KBT

Frau Dr. C. Haag, MBA

Medizinische Klinik 1
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
Cornelie.Haag@uniklinikum-dresden.de

Herr Prof. Dr. S. Krause

Medizinische Klinik 5
Universitätsklinik Erlangen
Ulmenweg 18
91054 Erlangen
stefan.krause@uk-erlangen.de

Herr Dr. P. Lütkes

Stabsstelle Controlling
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 Dr. C. Lotze

Onkologie und Hämatologie
Klinik Bavaria
An der Wolfsschlucht 1–2
01731 Kreischa
lotze@klinik-bavaria.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. M. Bauer, MBA

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

Herr Dr. A. Reckmann, MBA

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

Frau Dr. U. Klein, MHBA

Universitätsklinikum Heidelberg
Kaufmännische Leitung
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin,
Frauen- und Hautklinik
Im Neuenheimer Feld 440
69120 Heidelberg
Ulrike.Klein@med.uni-heidelberg.de

Herr Dr. M. Thalheimer

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

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

Weitere Informationen und evtl. 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 ÄNDERUNGEN 2014	13
2. Fallpauschalensystem 2014	15
2.1 Das G-DRG-System 2014	15
2.1.1 Hämato-onkologische Aspekte in den G-DRG 2014	16
2.1.2 Teilstationäre Leistungen	18
2.2 Weiterentwicklung des Systems	18
2.3 Fallpauschalenkatalog 2014	19
2.3.1 Eingruppierung	19
2.3.2 Splitkriterien	19
2.3.3 Zusatzentgelte	20
2.3.4 Begriffsbestimmungen	21
3. ALLGEMEINE KODIERREGELN	27
3.1 Diagnosenklassifikation ICD	27
3.1.1 Kreuz-Stern-System (†*)	28
3.1.2 Ausrufezeichen-Kode (!)	29
3.2 Prozedurenklassifikation OPS	29
3.3 Regeln zur medizinischen Dokumentation	31
3.3.1 Hauptdiagnose	32
3.3.2 Nebendiagnose	32
3.4 Wiederaufnahmeregelung – Bedeutung für die Onkologie	34
4. SPEZIELLE KODIERREGELN ONKOLOGIE	37
4.1 Auswahl und Reihenfolge der Codes [0201I]	37
4.2 Metastase als Hauptdiagnose [0201I]	38
4.3 CUP-Syndrom	39
4.4 Atypische Lokalisation	40
4.5 Metastasen als Nebendiagnosen	40
4.6 Spezialfälle [0201I]	41
4.6.1 Malignom in der Eigenanamnese, Restaging [0209d]	41
4.6.2 Symptombehandlung	43

4.6.3	Behandlung eines Rezidivs	48
4.6.4	Fehlender Malignomnachweis [02011]	49
4.6.5	Mehrere Malignome gleichzeitig	49
4.6.6	Lymphangioidosis carcinomatosa	50
4.6.7	Wachstum per continuitatem [0206a]	50
4.6.8	Ungenau bezeichnete Lokalisationen	51
4.7	Die geplante Behandlung kann nicht durchgeführt werden	51
4.8	Verdachtsdiagnosen [D008b]	53
4.9	Komplikationen	55
4.9.1	Reihenfolge der Codes für Komplikationen und Malignome	55
4.9.2	Wiederaufnahmeregelung – Bedeutung für die Onkologie	56
5.	KODIERUNG VON DIAGNOSEN	58
5.1	Lymphome, Myelome, CLL	58
5.1.1	Histologie	58
5.1.2	Lokalisation/Ausbreitung/Komplikationen	64
5.1.3	Remissionsstatus	65
5.1.4	Refraktäre Erkrankung	66
5.2	Akute Leukämien	66
5.2.1	Klassifikation	66
5.2.2	Remissionsstatus	68
5.2.3	Refraktäre Erkrankung	69
5.3	Myeloproliferative Neoplasien, MDS und Histiocyosen	69
5.3.1	Klassifikation	69
5.3.2	Remissionsstatus	71
5.3.3	Refraktäre Erkrankung	72
5.4	Neubildung solider Organe	72
5.4.1	Tumoren aus dem HNO-Bereich (Auswahl)	73
5.4.2	Gastrointestinaltrakt	74
5.4.3	Hepatobiliäres System und Pankreas	76
5.4.4	Lunge/Mediastinum/Pleura – Tumoren	78
5.4.5	Gynäkologische Tumoren	79
5.4.6	Urogenitale Tumoren	81
5.4.7	Endokrine Organe	83
5.4.8	Tumore der Haut	83
5.4.9	Augentumoren	84

5.4.10	Sarkome	85
5.4.11	Kaposi-Sarkome	88
5.4.12	Bösartige Neubildung des Gehirns	88
5.4.13	CUP-Syndrom	89
5.5	Metastasen einschließlich Lymphknotenmetastasen	89
5.6	Zytopenien	91
5.6.1	Anämien	91
5.6.2	Thrombozytopenie	97
5.6.3	Neutropenie und Agranulozytose	99
5.7	Hämostaseologie	101
5.7.1	Blutungen und Blutungsneigungen	101
5.7.2	Thrombosen und Thrombophilie	106
5.8	Infektionen	108
5.8.1	Infekt-Diagnostik	109
5.8.2	Fieber	110
5.8.3	Fieber unklarer Ursache (FuO), kein Nachweis von Keim oder Fokus	110
5.8.4	Fieber bei Neutropenie mit Erregernachweis, ohne Fokus	112
5.8.5	Fieber bei Neutropenie mit Fokus, ohne Erreger	113
5.8.6	Sepsis	114
5.8.7	Aspergillus	118
5.8.8	Candida-Infektionen	120
5.8.9	Weitere Pilzinfektionen	120
5.8.10	Virus-Infektion	121
5.8.11	Resistente Keime und MRSA	123
5.8.12	Im Krankenhaus erworbene Pneumonie	126
5.8.13	Antibiotikaphylaxe	126
5.9	Tumorlyse-Syndrom	127
5.10	Paraneoplasien, Komplikationen, Notfälle, Paravasat, Mangelernährung, Niereninsuffizienz	129
5.10.1	Paraneoplasien	129
5.10.2	Onkologische Komplikationen, Notfälle	132
5.10.3	Paravasat	134
5.10.4	Mangelernährung und Kachexie	135
5.10.5	Akutes Nierenversagen und chronische Nierenkrankheit	136

6.	KODIERUNG VON PROZEDUREN	138
6.1	Zytostatische Chemotherapie	138
6.1.1	Nicht komplexe Chemotherapie (ein- oder mehrtägig)	141
6.1.2	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	144
6.1.3	Hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	146
6.1.4	Konditionierungsprotokolle	148
6.2	Therapie mit Antikörpern oder Zytokinen	149
6.3	Transfusionen	150
6.3.1	Transfusion von Erythrozyten	150
6.3.2	Transfusion von Thrombozyten	151
6.3.3	Transfusion von Leukozyten/Transfusion von Granulozyten	153
6.4	Ernährungstherapie	154
6.5	Schmerztherapie, Palliativmedizin, allg. Komplexbehandlung	154
6.5.1	Schmerztherapie	155
6.5.2	Palliativmedizin	156
6.5.3	Sonstige Komplexbehandlungen	156
6.6	Diagnostik und Arbeitstechniken	157
6.6.1	Spezifische Diagnostik bei hämatologischen und onkologischen Erkrankungen	157
6.6.2	Allgemeine diagnostische und therapeutische Prozeduren	160
6.6.3	Hyperthermie	163
6.6.4	Radiologische Prozeduren bei Tumorpatienten	164
6.6.5	Sonstige Techniken	167
7.	STAMMZELLTRANSPLANTATION (KNOCHENMARK UND PERIPHERE BLUTSTAMMZELLEN)	168
7.1	Stammzellgewinnung	168
7.1.1	Knochenmarkentnahme beim Patienten (Eigenspende)	168
7.1.2	Periphere Stammzellentnahme beim Patienten (Eigenspende)	169
7.1.3	Knochenmarkentnahme bei einem Spender (verwandt oder nicht-verwandt)	169
7.1.4	Periphere Stammzellentnahme bei einem Spender (verwandt und nicht-verwandt)	170
7.1.5	Entnahme von Lymphozyten	170

7.2	Stammzelltransplantation	171
7.2.1	Allgemeine Hinweise zur Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen	171
7.2.2	HLA-Identität	172
7.2.3	Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark	173
7.2.4	Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen	174
7.2.5	Stammzellboost nach erfolgter Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen und Retransplantation	175
7.2.6	Konditionierung und Ganzkörperbestrahlung	177
7.3	Komplikationen nach KMT/SZT	177
7.3.1	Graft-versus-Host-Disease (GvHD)	177
7.3.2	Immunkompromittierung nach Transplantation	184
7.3.3	Veno-occlusive Disease	184
7.3.4	Weitere im Bereich der Transplantation benützte Codes	184
8.	ANHANG	186
8.1	Zusatzentgeltfähige Medikamente	187
8.1.1	Zytostatika und Tyrosinkinaseinhibitoren	187
8.1.2	Antikörper	190
8.1.3	Antimykotika	191
8.1.4	Wachstumsfaktoren	192
8.1.5	Immunmodulatoren	193
8.2	Blut und Blutprodukte (einschl. Stammzellen, DLI)	194
8.3	Radioimmuntherapeutika	197
8.4	Sonstige	197
8.5	Hämatologisch und onkologisch wichtige NUB	198
8.6	Beispiele	201
8.6.1	Beispiele Infektionen	201
8.6.2	Beispiele Leukämie/Lymphome	204
8.6.3	Beispiel Transplantation	207
8.6.4	Beispiel Onkologie	209
9.	INDEX	210

Vorwort

Die zehnte Auflage des Kodierleitfadens für die Leistungsdarstellung bei Patienten mit hämatologischen und onkologischen Erkrankungen wurde in bewährter Weise unter der Schriftführung von Dr. Cornelia Haag durch die Mitglieder des Arbeitskreises DRG und Gesundheitsökonomie 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 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 2014 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. In diesem Jahr sind dem Wunsch der Nutzer entsprechend wiederum mehr Kodierbeispiele in den Leitfaden aufgenommen worden. Dadurch soll Ihnen die Kodierung bei schwierigen und kontroversen Fragen erleichtert werden. Textpassagen, die aus den offiziellen Katalogen übernommen wurden, sind kursiv gedruckt.

Für den schnellen Einstieg haben wir ein Kapitel „Zusammenfassung der Neuerungen in 2014“ dem Kodierleitfaden vorangestellt. Hier werden auch einige allgemeine wesentliche Umbaumaßnahmen des DRG Katalogs genannt.

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

Prof. Dr. Helmut Ostermann

Klinikum der Universität München – Großhadern
Medizinische Klinik III
Marchioninistraße 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 Änderungen 2014

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

ICD-Katalog:

- Kodes für temporäre und dauerhaft erworbene Gerinnungsstörungen

OPS-Katalog:

- Retransplantation während desselben Aufenthaltes
- Dosisgestaffelte Kodes bzw. höhere Dosisklassen für Topotecan, Ofatumumab, Gerinnungspräparate
- Kodes für Brentuximab, Crizotinib, Pixantron, Vemurafenib, Axitinib
- Kodes für pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate und Apherese-Thrombozytenkonzentrate

Fallpauschalenkatalog 2014

- Neues Zusatzentgelt für die spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung
- Neues krankenhausesindividuelles Zusatzentgelt für Fremdbezug von Donorlymphozyten, Ofatumumab
- Nicht bewertete, krankenhausesindividuell zu verhandelnde Fallpauschalen für Stammzelltransplantation (allogen und autolog) mit einer Retransplantation im selben Aufenthalt.

- Abwertung von Agranulozytose/Neutropenie von nur wenigen Tagen

Kodierleitfaden 2014

- Neues Kapitel Beispiele
- Chemotherapiebeispiele aktualisiert nach OPS-Katalog 2014

2. Fallpauschalensystem 2014

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), die es z. B. für verschiedene onkologische Medikamente gibt, vergütet.

2.1 Das G-DRG-System 2014

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

Das G-DRG-System 2014 besteht aus:

- Fallpauschalenvereinbarung (FPV) 2014 mit den Abrechnungsbestimmungen und den Anlagen (Fallpauschalenkataloge für Haupt- und Belegabteilungen; teilstationäre

DRG's; nicht bewertete, krankenhausindividuell zu verhandelnde voll- und teilstationäre DRG's; bewertete Zusatzentgelte; nicht bewertete, krankenhausindividuell zu verhandelnde Zusatzentgelte).

- Kodierrichtlinien 2014 mit Regelungen zur Anwendung der medizinischen Klassifikationen ICD-10-GM und OPS Version 2014.
- Definitionshandbücher mit Auflistungen der gruppierungsrelevanten Parameter.
- Zertifizierte Grouper-Programme zur automatisierten Ermittlung der Fallpauschalen aus den Fall-Datensätzen.

2.1.1 Hämato-onkologische Aspekte in den G-DRG 2014

Vordergründig hat sich beim Versionswechsel 2013/2014 für die Onkologie eher wenig getan. Das InEK hat als inhaltliche Schwerpunkte der Überarbeitung explizit die Bereiche Intensivmedizin, Wirbelsäule, pädiatrische Versorgung etc. benannt. Es wurden nur einige wenige onkologische Fallkonstellationen bezüglich ihrer Eingruppierung überarbeitet (nachfolgend Beispiele):

- Fälle mit bösartiger Neubildung z. B. Lymphom bei HIV, werden nun nicht mehr über die Nebendiagnose „HIV“ in die schlechter bewertete DRG S62Z *Bösartige Neubildung bei HIV-Krankheit* zugeordnet.
- Die Erlösrelevanz der Agranulozytose/Neutropenie mit einer kritischen Phase < 7 Tage und sonstige Verlaufsform wurde abgewertet.
- Als Problem erkannt, aber nicht gelöst werden konnte die Eingruppierung von Plasmozytom-Fällen mit Kyphoplastien, da die Kodierung der Osteolysen als Hauptdiagnose in eine „orthopädische“ DRG (I09) und das Plasmozytom als Hauptdiagnose in die „onkologische“ R11 führt. Hier wird durch das DIMDI eine Klärung über die WHO dieser strittigen Kodierfrage herbeigeführt.

Aus der kommentierten Migrationstabelle lassen sich noch weitere Veränderungen entnehmen. Ein Spezialfall für pädiatrische Konstellationen ist die Ergänzung der Splitbedingung der DRG R62B um „Alter < 1 Jahr“. Dies führt zu einer Fallverschiebung aus der DRG R62C in die DRG R62B im Sinne einer Aufwertung.

In der Analyse der Extremkostenfälle zeigte sich als ein Ergebnis für 2014, dass die Retransplantation/-transfusion von Knochenmark/Stammzellen im selben Aufenthalt zwar selten, aber deutlich kostenauffällig ist. Dies führte zur Definition von zwei neuen, unbewerteten DRG, die krankenhausindividuell zu verhandeln sind:

- A04A Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion, allogene, mit zweiter [...] im selben Aufenthalt und
- A15A Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion, autogene, mit zweiter [...] im selben Aufenthalt.

Hinweise zur Kalkulation dieser DRG liegen z. B. über den VUD mittlerweile vor. Neben diesen methodischen Änderungen spielt allerdings die Veränderung der Bewertung der schweregrad-bewerteten Nebendiagnosen (PCCL-Berechnung) die wichtigste Rolle in der Bewertung der Neuerungen für 2014. Erstmals wurde nicht nur die Liste der CC-Nebendiagnosen überarbeitet, sondern auch die Formel für die Berechnung der PCCL-Werte verändert. Dies führt in der Konsequenz dazu, dass es deutlich schwieriger wird, PCCL-Einstufungen, insbesondere hohe Werte von „3“ oder „4“, zu erreichen. Dies wurde begründet mit der stetig zunehmenden Anzahl von kodierten Nebendiagnosen. Dieser Effekt führt, neben vielen anderen kleineren Effekten, zu teils deutlichen Abwertungen in hämato-onkologischen Abteilungen und unterstreicht die Bedeutung einer vollständigen und korrekten Kodierung für 2014!

2.1.2 Teilstationäre Leistungen

Teilstationäre Leistungen der Onkologie sind nach wie vor nicht als DRG definiert. Gründe hierfür liegen wie in 2013 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 2014 beruhen also auf Kostendaten aus dem Jahr 2012, z. T. ergänzt durch spezifische Nacherhebungen für spezielle Leistungsbereiche.

Aktuelle medizinische Entwicklungen, die nach dem Jahr 2012 eingeführt wurden, werden damit in den DRG 2014 nicht auf dem „normalen“ Wege berücksichtigt. Um diese Innovationslücke zu schließen, können krankenhausindividuelle 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 → AG DRG und Gesundheitsökonomie, jeweils ab Anfang Oktober jeden Jahres).

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

2.3 Fallpauschalenkatalog 2014

Der Fallpauschalenkatalog ist in 23 organsystembezogene Hauptdiagnosegruppen (Major Diagnostic Category, MDC), eine Sondergruppe für besonders aufwendige Leistungen und eine Fehlergruppe eingeteilt. Der Fallpauschalenkatalog 2014 umfasst 1.196 DRG's für Hauptabteilungen, neun mehr als im Vorjahr. Davon sind 1.148 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 Diagnosekodes und bis zu 100 Prozedurenkodes pro Datensatz.

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 intensivmedizinische Behandlung oder bestimmte Maßnahmen (z. B. Art der Chemotherapie) bzw. Operationen gehören können. Seit der Systemversion 2009 existiert das G-DRG-Differenzierungskriterium „Komplizierende Konstellationen. Diese sind für die Onkologie/Hämatologie in einigen Bereichen gruppierungsrelevant. Es handelt sich um eine multifaktoriell aufgebaute globale DRG-Funktion, die unterschiedliche Kombinationen sowohl von ICD- als auch OPS-Kodes (z. B.

bestimmte Gerinnungsstörungen, Dialyse, Transfusionen, bestimmte Drainagen usw.) als auch Daten wie z. B. Beatmungsstunden von > 48 bis 96 Stunden oder das Patientenalter berücksichtigen. Eine genaue Auflistung der relevanten Codes 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 den entsprechenden G-DRGs zugeordnet werden. Diese 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.

2.3.3 Zusatzentgelte

Neben dem DRG-Erlös können Zusatzentgelte nach einem in der FPV 2014 definierten Leistungskatalog abgerechnet werden. Zusatzentgelt bedeutet allerdings nicht „über das vereinbarte Krankenhaus-Budget hinausgehendes Entgelt“, sondern stellt nur eine andere Entgeltart ohne grundsätzlich budgeterhöhende Wirkung dar. Die Zusatzentgelte werden über OPS-Kodes dokumentiert. Nicht alle Zusatzentgelte konnten durch das InEK kalkuliert und mit festen Preisen belegt werden (krankenhausindividuelle ZE).

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

Neu im DRG-System 2014 sind zwei Zusatzentgelte mit onkologischer Relevanz:

- ZE2014-99 *Fremdbezug von Donor-Lymphozyten* (definiert analog zum bekannten ZE2014-35 Fremdbezug von

hämatopoetischen Stammzellen als „Fremdbezug über Spenderdateien bei nicht-verwandten Spendern oder Bezug von Donor-Lymphozyten von außerhalb Deutschlands bei Familienspendern“)

- ZE2014-100 Ofatumumab, parenteral (ZE2014-100)

Bisher unbewertete und in 2014 bewertete Zusatzentgelte sind

- Clofarabin, parenteral (ZE2013-78 zu ZE142)
- Plerixafor, parenteral (ZE2013-94 zu ZE143)
- Romiplostim, parenteral (ZE2013-95 zu ZE144)

Die spezialisierte stationäre palliative Komplexbehandlung wurde aus dem ZE 60 palliative Komplexbehandlung herausgelöst in ein eigenes Zusatzentgelt ZE 145.

2.3.4 Begriffsbestimmungen

Stationäre Behandlung von Patienten und deren Abgrenzung

Eine Krankenhausbehandlung kann vollstationär, teilstationär, vorstationär, nachstationär sowie ambulant (gem. § 115a) erbracht werden (siehe hierzu § 39 SGB V). Die Entscheidung über die Art der Behandlung obliegt dem aufnehmenden Krankenhaus und sollte nach unserer Meinung eine nachvollziehbare (d. h. dokumentierte) ärztliche Entscheidung primär auf der Basis von medizinischen Argumenten sein. Dabei gilt, dass der Anspruch auf eine vollstationäre Behandlung nur dann möglich ist, wenn „das Behandlungsziel nicht durch eine teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann“ (§ 39 Satz 2 SGB V).

Es liegt im Interesse des Krankenhauses, die medizinische Grundlage für die stationäre Behandlungsindikation gut zu dokumentieren. Ausgehen sollte man dabei vom Behandlungsplan, mit dem die Entscheidung zum Verbleib des Patienten zu Beginn der Behandlung vom Krankenhausarzt getroffen wird. Die G-AEP Kriterien (www.gkv-spitzenverband.de/

upload/Gemeinsame_Empfehlung_150404_Anlage_2_664.pdf) 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 hingegenommen werden, solange die mittlere Verweildauer der Fallpauschale in Haus A und Haus B jeweils nicht erreicht worden ist.

Achtung: Eine Verlegung liegt immer dann vor, wenn zwischen Entlassung und erneuter Aufnahme nicht mehr als

24 Stunden vergangen sind. Es können also auch regulär entlassene Patienten plötzlich als „verlegt“ gelten, wenn sie binnen 24 Stunden in einem anderen Krankenhaus erneut aufgenommen werden.

Beispiel:

Ein AML-Patient erhält eine hochkomplexe Chemotherapie und wird über die Fallpauschale R60A abgerechnet (Bewertungsrelation 9,922 = ca. 31.750 €). Nach 30 Tagen Aufenthalt wird der Patient in ein externes Krankenhaus zur weiteren Betreuung verlegt. Die mittlere Verweildauer beträgt bei der Fallpauschale 53,2 Tage. Es werden ca. 7.500 € abgezogen (13 Tage × 0,181 Punkte Verlegungsabschlag = 2,353 Punkte, diese multipliziert mit dem Basisfallwert ergeben den Eurobetrag).

Viele onkologische Fallpauschalen sind von dieser Regelung ausgenommen (sog. Verlegungs-Fallpauschalen), so z. B. die A04A-D, A15A-C, A36A-B, R36Z, 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. Verlegungsabschläge hingenommen werden müssen.

Beurlaubung: Eine Beurlaubung liegt nach § 1 Abs. 7 FPV 2014 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 2014 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 zugrunde 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 uropelvinen 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 2014 ist die vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegebene „German Modification“ der Version 2014 maßgebend. ICD-10-Kodes sind alphanumerische Codes mit drei bis fünf Stellen, die vollständig (endständig) verwendet werden müssen.

Jeder Diagnosekode besteht aus drei Teilen:
Beispiel: Kode für Mammakarzinom des oberen inneren Quadranten

Kapitel	Krankheitsgruppe	Spezifikation
C	50.	2

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

tionseinschränkungen, 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 der Lokalisation der Erkrankung. Histologie, Grading, das TNM-System oder andere Möglichkeiten der Einteilung maligner Erkrankungen finden i. d. R. (außer bei hämatologischen Erkrankungen) keine Berücksichtigung.

3.1.1 Kreuz-Stern-System (†*)

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

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

Zum Beispiel wird eine Nephropathie bei Typ-1-Diabetes mit *E10.20† Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus mit Nierenkomplikationen, nicht als entgleist bezeichnet* kodiert. Mit dem Kreuz-Stern-System kann durch den zweiten Kode *N08.3* Glomeruläre Krankheit bei Diabetes mellitus* die Manifestation angegeben werden. Der Sternkode allein gibt aber weder den Diabetestyp noch die Stoffwechsellage wieder. Deshalb können nur beide Kodes zusammen die vollständige Information übermitteln.

3.1.2 Ausrufezeichen-Kode (!)

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

Zum Beispiel sollte bei der Kodierung eines Harnwegsinfektes (N39.0) der Erreger – sofern bekannt – durch einen Ausrufezeichen-Kode mit angegeben werden (z. B. B96.2! für *E. coli*). Weitere wichtige Beispiele für Ausrufezeichen-Kodes neben den Kodes B95! – B98! sind resistente Infektionserreger oder die Information, ob bestimmte Gerinnungsstörungen temporär oder dauerhaft erworben sind 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 Prozedurenschlüssel) in der Version 2014 herausgegeben. Die OPS-Kodes bestehen aus drei Teilen:

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

Kapitel	Maßnahme	Spezifizierung
5-	410.	00

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

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 und sonstiger Medikamente sind 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.

Für die Verschlüsselung von Diagnosen im ambulanten Bereich gibt es ebenfalls Kodierrichtlinien (AKR – ambulante Kodierrichtlinien), die jedoch nicht angewendet werden müssen (Vereinbarung der KBV und des Spitzenverbands der Krankenkassen September 2011). Daher werden die ambulanten Kodierrichtlinien hier nicht ausführlich besprochen. Die Pflicht zur Kodierung bleibt jedoch auch im ambulanten

Bereich bestehen. Ein wesentlicher Unterschied zur stationären Kodierung ist die obligatorische Anwendung einer Zusatzkennzeichnung zur Diagnosesicherheit: V für eine Verdachtsdiagnose, G für eine gesicherter Diagnose, A für eine ausgeschlossene Diagnose und Z für einen symptomlosen Zustand nach der betreffenden Diagnose.

3.3.1 Hauptdiagnose

Die Hauptdiagnose ist nach der DKR D002f definiert als die „Diagnose, die 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 Indikationen auch als Nebendiagnosen kodiert werden. Dies trifft zum Beispiel dann zu, wenn ein Wirkstoff gegen mehrere Komorbiditäten wirksam ist (z. B. ein Beta-Blocker gegen Hypertonus und gegen Herzrhythmusstörungen). Sofern bei einem Patienten sowohl die Komorbiditäten Hypertonus und Herzrhythmusstörungen vorliegen, 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 gelten 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 Symptome inflationär zu bestehenden Grunderkrankungen hinzu kodiert werden. Beispielhaft sei in diesem Zusammenhang die regelmäßige Kodierung von Kopfschmerzen als Symptom einer Migräne angeführt.

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

3.4 Wiederaufnahmeregelung – Bedeutung für die Onkologie

Die Zusammenführung einzelner stationärer Aufenthalte zu einem Gesamtfall wird in den Abrechnungsbestimmungen der FPV 2014 (Fallpauschalenverordnung) geregelt. Dabei gibt es verschiedene Konstellationen, von denen die Wiederaufnahme in der gleichen Basis-DRG innerhalb der oberen Grenzverweildauer der ersten DRG (Konstellation 1) und die Wiederaufnahme binnen 30 Tagen mit Wechsel aus der medizinischen bzw. anderen Partition in die operative Partition der gleichen MDC (Konstellation 2) EDV-technisch unproblematisch lösbar sind. Hier gibt es keine Besonderheiten der Kodierung.

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

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

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

Keine Wiederaufnahme wegen einer Komplikation sind Wiederaufnahmen aufgrund 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 Therapie-wirkung als akzeptabel und notwendig erachtet. Ebenso stellt eine durch die Krankheit hervorgerufene Komorbidität, welche ohne Zusammenhang mit der zuvor durchgeführten Leistung (Therapie) aufgetreten ist, **keine Komplikation** im Sinne der FPV dar.

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

Das Bundessozialgericht hat am 12.07.2012 in einer Parallelentscheidung zweier Streitfälle mit Komplikationen eine Komplikation als „negative Folge einer medizinischen Be-

handlung wie z. B. Nachblutungen, Hämatome, Thrombosen, Infektionen und auch deren unerwünschte Nebenwirkungen“ definiert. Der Begriff „Verantwortung“ bedeute in diesem Zusammenhang die „Verpflichtung, für etwas Geschehenes einzustehen – [...] unabhängig davon, ob es [...] vorwerfbar [...] oder unvermeidbar war.“ Ob dieses Urteil Auswirkungen auf die hämatologisch-onkologischen Fälle haben wird, ist noch unklar.

4. Spezielle Kodierregeln Onkologie

In den letzten Jahren erfolgten eine Reduktion und Vereinfachung der Kodierregeln sowie an einigen Stellen Klarstellungen. Das Kapitel 3 der deutschen Kodierrichtlinien (Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems) ist nicht besetzt. Die Zahlen in eckigen Klammern verweisen auf die entsprechende Kennzeichnung in den deutschen Kodierrichtlinien. Für 2014 wurden keine Änderungen im Kapitel 2 Neubildungen vorgenommen.

4.1 Auswahl und Reihenfolge der Kodes [0201I]

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

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. plastische Rekonstruktion der Mamma

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

4.2 Metastase als Hauptdiagnose [0201]

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

Bei **systemischer** Chemotherapie, Antikörpertherapie und/oder **systemischer** Strahlentherapie ist immer der Primärtumor die Hauptdiagnose, wenn die Aufnahme **primär** zur systemischen Therapie erfolgte. Dies gilt auch für CUP-Syndrome und für Lymphome und Leukämien mit Hirn- oder Knochenbefall. Unter einer systemischen Strahlentherapie versteht man die Therapie mit Radionukliden, radioaktiv markierten Substanzen, eine Radiojodtherapie oder eine Ganzkörperbestrahlung. Die genauen OPS-Kodes für systemische Therapie stehen in Tabelle 1 der DKR 02011.

Sonderfall:

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

Beispiel:

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

HD: C79.3 Sek. Neubildung Gehirn und Hirnhäute

ND: C83.3 Diffus großzelliges NHL

Proz: 8-52 [Kode für Strahlentherapie]

4.3 CUP-Syndrom

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

Ist eine Chemo- oder Strahlentherapie die Veranlassung des stationären Aufenthaltes, wird das CUP-Syndrom bezüglich

Haupt- und Nebendiagnosezuordnung genau wie solide Tumore kodiert (siehe 4.2). Bei systemischer Therapie ist das CUP-Syndrom also Hauptdiagnose.

4.4 Atypische Lokalisation

Die Hinweise des Kapitel II, Abs. 3 des ICDs legen fest, dass die Klassifizierung der Neubildungen (primär) innerhalb großer Gruppen (Karzinome, Sarkome, andere Weichteiltumoren, Lymphome, Leukämien, sonstige) nach dem biologischen Verhalten erfolgt und innerhalb dieser Gruppen (sekundär) hauptsächlich nach der Lokalisation. Dies bedeutet, dass bei einer atypischen Lokalisation eines Karzinoms oder Sarkoms die Lokalisation und nicht die Histologie entscheidend ist für die Kodierung.

Beispiel:

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

HD: C38.1 Bösartige Neubildung vorderes Mediastinum

Proz: 8.543.- mittelgradig komplexe Chemotherapie

4.5 Metastasen als Nebendiagnosen

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

Bei systemischer Chemo-, Antikörper- und Strahlentherapie 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 Metastasen spezifischer Aufwand im Sinne der Nebendiagnosendefinition ist dann nicht mehr erforderlich.

4.6 Spezialfälle [0201I]

4.6.1 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 Kombinationstherapie bei bösartiger Neubildung

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

Beispiel:

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

HD: C79.5 Knochenmetastasen

ND: Z08.7 Nachuntersuchung nach Kombinationstherapie bei bösartiger Neubildung

C50.- Mammakarzinom

Beispiel:

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

HD: I50.13 Herzinsuffizienz NYHA III

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

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

4.6.2 Symptombehandlung

Wird ausschließlich die Symptomatik eines bekannten Tumors stationär behandelt, nicht aber der Tumor selbst, ist das Symptom die Hauptdiagnose und der Tumor Nebendiagnose. [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. [D003l] Beispiele: Krampfanfall bei Hirntumor, Luftnot 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 4.8.

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

Schmerz [1806g]

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

Erfolgt dagegen nur eine Schmerzbehandlung, ist der Code 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 bei Aufnahme zur Schmerztherapie 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. Dies ist in der Regel bei palliativen Patienten mit mehreren Problemen im Zusammenhang mit dem Tumor der Fall. Die Regeln in diesem Kapitel gelten nur, wenn ausschließlich die Schmerzen behandelt werden.

Beispiel:

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

HD: M54.5 Kreuzschmerz

*ND: C79.5 Sekundäre bösartige Neubildung
des Knochens*

C61 Bösartige Neubildung der Prostata

Beispiel:

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

HD: C79.5 Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens

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

Proz: 8-52 Strahlentherapie

Der Schmerz wird hier nicht eigens kodiert!

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

HD: R52.1 Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz

Pleuraerguss

Der maligne Pleuraerguss wird mit folgender Kombination kodiert:

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

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

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

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

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

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

Bezeichnung	Kode
Pleuraerguss, andernorts nicht klassifiziert	J90

Aszites

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

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

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

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

4.6.3 Behandlung eines Rezidivs

Ein Rezidiv wird wie ein Primärtumor kodiert.

4.6.4 Fehlender Malignomnachweis [0201]

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

4.6.5 Mehrere Malignome gleichzeitig

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

Beispiel:

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

HD: C50.- *Bösartige Neubildung der Brustdrüse*
ND: C97! *Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen*
C18.- *Bösartige Neubildung des Kolons*

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

4.6.6 Lymphangiosis carcinomatosa

Eine Lymphangiosis carcinomatosa wird wie eine Metastasierung kodiert:

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

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

4.6.7 Wachstum per continuitatem [0206a]

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

Zum Beispiel wird bei der Infiltration eines Kolonkarzinoms 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)*.

4.6.8 Ungenau bezeichnete Lokalisationen

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

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

4.7 Die geplante Behandlung kann nicht durchgeführt werden

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

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

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

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

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

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

Beispiel:

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

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

Wurde die geplante Behandlung, z. B. die Chemotherapie, bereits begonnen, wird sie auch bei Abbruch kodiert, jedoch eventuell mit einem anderen Chemotherapiekode als die geplante Chemotherapie (siehe Kapitel 6). Der Kode Z53 wird nicht verwendet. Für bestimmte nicht vollendete und abgebrochene Prozeduren, vor allem aus dem operativen Bereich, gibt es eigene Regeln zur Kodierung [P004f].

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

Beispiel:

Eine Patientin soll wegen Coxarthrose eine Hüft-TEP erhalten. Bei der Aufnahmeuntersuchung wird ein Colon-Ca entdeckt. Daraufhin wird die Hüft-TEP abgesetzt und eine operative Entfernung des Colon-Ca durchgeführt. Die Coxarthrose wird mittels Bildgebung kontrolliert:

HD C18.- Colon-Karzinom

ND M16.1 Sonstige primäre Coxarthrose

4.8 Verdachtsdiagnosen [D008b]

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

Diese Regel wird durch eine andere Regel eingeschränkt: Es ist eindeutig geregelt, dass abrechnungsrelevante Befunde, die nach Entlassung eingehen, für die Kodierung heranzuziehen sind [D002f]. Das heißt, ausstehende Be-

funde, 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:

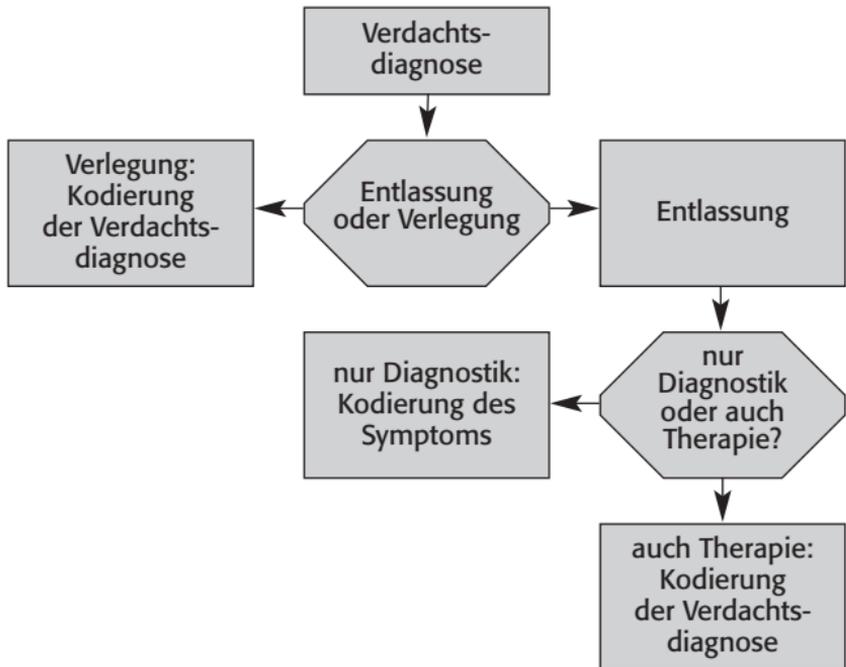
Kodierung der Verdachtsdiagnose nach dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Verlegung

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.



4.9 Komplikationen

4.9.1 Reihenfolge der Codes für Komplikationen und Malignome

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

liegenden Krankheit vergesellschaftet sind, werden nicht kodiert). Die Komplikation ist grundsätzlich als ein eigenständiges, wichtiges Problem für die medizinische Betreuung anzusehen und sollte kodiert werden.

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

4.9.2 Wiederaufnahmeregelung – Bedeutung für die Onkologie

Die Zusammenführung einzelner stationärer Aufenthalte zu einem Gesamtfall wird in den Abrechnungsbestimmungen der FPV (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 Grenzverweildauer der ersten DRG aufgenommen werden, eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorgenommen wird. Ist dies bereits bei der Aufnahme erkennbar, kann dies mit der Vergabe eines besonderen Schlüssels des Aufnahmegrundes in der EDV gekennzeichnet werden (Fallstatus 7).

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

Keine Wiederaufnahmen wegen einer Komplikation sind Wiederaufnahmen aufgrund 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 häufig strittigen Konstellationen erreicht.

5. Kodierung von Diagnosen

5.1 Lymphome, Myelome, CLL

5.1.1 Histologie

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

Bezeichnung	Kodes
Noduläres lymphozytenprädominantes Hodgkin-Lymphom (noduläres Paraganulom)	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 (B-CLL)	C91.1-
Prolymphozytäre Leukämie vom B-Zell-Typ	C91.3-
Haarzellenleukämie	C91.4-
Lymphatische Leukämie, nicht näher bezeichnet	C91.9-

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

Bezeichnung	Kodes
Makroglobulinämie Waldenström Lymphoplasmocytisches Lymphom mit IgM-Produktion	C88.0-
Sonstige Schwerekettenkrankheit Franklin-Krankheit Gamma-Schwerekettenkrankheit My-Schwerekettenkrankheiten	C88.2-
Immunproliferative Dünndarmkrankheit Alpha-Schwerekettenkrankheit Immunproliferative Dünndarmkrankheit vom Mittelmeer-Typ	C88.3-
Extranodales Marginalzonen-B-Zell-Lymphom (Mukosa-assoziiert, MALT-Lymphom, Darm Lunge, Haut etc) ¹	C88.4-
Sonstige bösartige immunproliferative Krankheit (auch PTLN, s. u.)	C88.7-
Bösartige immunproliferative Krankheit, nicht näher bezeichnet	C88.9-

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

Bezeichnung	Kodes
Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom (incl. Varianten, 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, intravaskuläres Lymphom)	C83.8

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

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

Da seit der ICD-10 Version 2011 alle gängigen Diagnosen 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
Subkutanen pannikulitisches T-Zell-Lymphom	C86.3
Primäre kutane CD30-positive T-Zell-Proliferationen (incl. lymphomatoide Papulose)	C86.6
Kutanen T-Zell-Lymphom, n. n. bezeichnet	C84.8

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

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

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

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

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

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

Diese 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 Code aus C81.- bis C88.- zugewiesen. Extranodaler Befall kann nur für Knochen(mark) und Hirn(häute) kodiert werden. Bei einigen Lymphomtypen (z. B. kutanen Lymphomen) geht indirekt die Lokalisation aus dem Diagnosekode hervor.

Lokalisationsdiagnosen und andere ausgewählte Nebendiagnosen

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

¹Es wird empfohlen C79.3 als Nebendiagnose auch bei primären ZNS-Lymphomen (i. d. R. in Ergänzung zu C83.3 zu verwenden)

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

5.1.3 Remissionsstatus

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

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

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

Kriterien für das Vorliegen einer CR bei CLL

(nach Hallek, IWCLL Guidelines, Blood 2008):

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

Kriterien für das Vorliegen einer CR bei Multiplem Myelom

(nach Durie et al. Leukemia 2006):

- In der Immunfixation ist keine monoklonale Gammopathie mehr nachweisbar (weder Serum noch Urin)

- weniger als 5 % Plasmazellen im Knochenmark
- Verschwinden von Weichteilplasmozytomen (bei extramedullärem Befall)
- Keine Zunahme in Größe und Zahl von Osteolyse

5.1.4 Refraktäre Erkrankung

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

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

5.2 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	C91.8-

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

Bezeichnung	Kodes
Akute Myeloische Leukämie (AML M0-M2 oder nicht nach FAB zugeordnet, auch mit t(8;21))	C92.0-
AML M3 (= Akute Promyelozytenleukämie, t(15;17) und Varianten)	C92.4-
AML M4, 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 Stand 2014 überwiegend noch nicht ab. C95.0 wird wie eine ALL in die Basis DRG 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 (nach GM-ALL 07/03-Protokoll):

- weniger als 5 % Blasten im Knochenmark
- mindestens 15 % bzw. 25 % normale Erythro- und Granulo-poesen
- kein Nachweis von Blasten im peripheren Ausstrich
- neutrophile Granulozyten > 1,5/nl
- Thrombozyten > 100/nl
- Hb > 10g/dl bzw. 6,2 mmol/l

Kriterien für das Vorliegen einer CR bei AML (nach Cheson, JCO 2003. N. B.: die AML-CG fordert neutrophile Granulozyten > 1,5/nl nach CALGB-Kriterien):

- im Knochenmark: < 5 % Myeloblasten
- im peripheren Blut: neutrophile Granulozyten > 1,0/nl, Thrombozyten > 100/nl

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

Mastozytosen sind im übernächsten Abschnitt aufgelistet

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

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

Bezeichnung	Kodes
Kutane Mastozytose ¹ (angeboren, Urticaria pigmentosa)	Q82.2
Indolente systemische Mastozytose ►	D47.0
Aggressive systemische Mastozytose, auch Mastzellsarkom	C96.2

Bezeichnung	Kodes
Mastzellenleukämie	C94.3
Unifokale Langerhans-Zell-Histiozytose, Eosinophiles Granulom	C96.6
Multifokale unisystemische Langerhans-Zell-Histiozytose (Hand-Schüller-Christian-Krankheit)	C96.5
Multizentrische, multisystemische Langerhans-Zell-Histiozytose (Abt-Letterer-Siwe-Krankheit)	C96.0
Langerhans-Zell-Sarkom	C96.4
Histiozytisches Sarkom	C96.8

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

- bei einer mit einer anderen hämatologischen Neoplasie assoziierten Mastozytose ist auch die andere Neoplasie zu kodieren

5.3.2 Remissionsstatus

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

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

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

Als Kriterium für das Vorliegen einer kompletten Remission bei der CML wird die zytogenetische Remission (d. h. die Elimination von philadelphia-positiven 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 des ICDs legen fest, dass die Klassifizierung der Neubildungen (primär) innerhalb großer Gruppen (Karzinome, Sarkome, andere Weichteiltumoren, Lymphome, Leukämien, sonstige) nach dem biologischen Verhalten erfolgt und innerhalb dieser Gruppen (sekundär) hauptsächlich nach der Lokalisation. 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 33 kodiert. Für eine exakte Klassifikation verweisen wir auf den ICD-10-GM Katalog in der aktuellen Version.

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

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

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

5.4.2 Gastrointestinaltrakt

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

Magen	Kodes
Kardia	C16.0
Fundus	C16.1

Magen	Kodes
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, 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

Dickdarm	Kodes
Kolon transversum	C18.4
Flexura coli sinistra [lienalis]	C18.5
Kolon deszendens	C18.6
Kolon sigmoideum	C18.7
Kolon, mehrere Teilbereiche überlappend	C18.8
Kolon, unsicheres Verhalten	D37.4
Rektosigmoid, Übergang	C19
Rektum	C20
Metastase des Dickdarms und des Rektums	C78.5
Rektum, unsicheres Verhalten	D37.5
Anus, exkl. Analhaut	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 der Codegruppe C25 kodiert.

Leber und intrahepatische Gallengänge	Kodes
Leberzellkarzinom (HCC)	C22.0
Intrahepatisches Gallengangskarzinom (CCC)	C22.1

Leber und intrahepatische Gallengänge	Kodes
Hepatoblastom	C22.2
Angiosarkom der Leber	C22.3
Sonstige Sarkome der Leber	C22.4
Sonstige Karzinome der Leber	C22.7
Lebermetastasen	C78.7
Metastasen der intrahepatischen Gallengänge	C78.7
Leber, unsicheres Verhalten	D37.6

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

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

5.4.4 Lunge/Mediastinum/Pleura – Tumoren

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

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

5.4.5 Gynäkologische Tumoren

Die bösartigen Neubildungen der weiblichen Genitalorgane werden mit den Kodegruppen 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
Isthmus uteri (unteres Uterussegment)	C54.0
Endometrium	C54.1
Myometrium ➤	C54.2
Fundus uteri	C54.3
Corpus uteri, mehrere Teilbereiche überlappend	C54.8
Uterus, Teil nicht näher bezeichnet	C55
Uterus, unsicheres Verhalten	D39.0

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

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

5.4.6 Urogenitale Tumoren

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

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

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

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

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

5.4.7 Endokrine Organe

Organ	Kodes
Endokriner Drüsenanteil des Pankreas	C25.4
Schilddrüse	C73
Schilddrüse, unsicheres Verhalten	D44.0
Nebenschilddrüse	C75.0
Nebenschilddrüse, unsicheres Verhalten	D44.2
Nebennierenrinde	C74.0
Nebennierenmark	C74.1
Multiple endokrine Neoplasie (zusätzlich zu den eigentlichen Neoplasien kodieren)	D44.8
Nebennierenmetastase	C79.7
Nebenniere, unsicheres Verhalten	D44.1

5.4.8 Tumore der Haut

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

Malignes Melanom	Kodes
Melanom Lippe	C43.0
Melanom Augenlid, incl. Kanthus	C43.1
Melanom Ohr, incl. äußerer Gehörgang	C43.2
Melanom Gesicht	C43.3
Melanom behaarte Kopfhaut und Hals	C43.4
Melanom Rumpf	C43.5

Malignes Melanom	Kodes
Melanom obere Extremität, incl. Schulter	C43.6
Melanom untere Extremität, incl. Hüfte	C43.7
Melanom Haut, mehrere Teilbereiche überlappend	C43.8

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

5.4.9 Augentumoren

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

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
Beckens/Gesäß	C49.5
Leiomyosarkom des Uterus	C54.2
sonstige Weichteile, Rumpf	C49.6

- >: NICHT Peritoneum, Retroperitoneum (s. u.)
- >>: Neubildungen des Bindegewebes umfassen z. B. malignes fibröses Histiozytom (MFH), Liposarkom, Leiomyosarkom, Fibrosarkom, Rhabdomyosarkom, Synovialsarkom, Extraskelettales Ewingsarkom, Extraskelettales 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
BNPNAS untere Extremität/Hüfte	C47.2
BNPNAS des Thorax	C47.3
BNPNAS des Abdomens	C47.4
BNPNAS des Beckens/Gesäß	C47.5
BNPNAS des Rumpfes	C47.6
BNPNAS mehrere Teilbereiche	C47.8

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

5.4.11 Kaposi-Sarkome

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

5.4.12 Bösartige Neubildung des Gehirns

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

Bösartige Neubildung des Gehirns	Kodes
Gehirn, infratentoriell, unsicheres Verhalten	D43.1
Rückenmark, unsicheres Verhalten	D43.4

5.4.13 CUP-Syndrom

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

5.5 Metastasen einschließlich Lymphknotenmetastasen

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

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

Metastasen an sonstigen Lokalisationen	Kode
Niere und Nierenbecken	C79.0
Harnblase und Harnorgane	C79.1
Haut	C79.2
Gehirn und Hirnhäute	C79.3
ZNS	C79.4
Knochen und Knochenmark	C79.5
Ovar	C79.6
Nebenniere	C79.7
Brustdrüse	C79.81
Sonstige Genitalorgane (außer Ovar)	C79.82
Perikard	C79.83
Herz	C79.84
Metastase nicht näher bezeichneter Lokalisation ►	C79.9

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

Metastasencodes 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 Code 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 Codes 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 [D003| Beispiel 7]. Die Kodierung sollte dann erfolgen, wenn eine weiterführende Diagnostik oder eine therapeutische Konsequenz ersichtlich sind. Einige Beispiele hierfür sind nachfolgend aufgeführt.

Beispiele für eine weiterführende Diagnostik:

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

Beispiele für therapeutische Konsequenz:

- Gabe von Erythropoietin
- Transfusion
- Stillung einer Blutung

Anämien bei Malignomen

Für die Anämie aufgrund von zytostatischer Therapie wird D61.10 verwendet. Der Kode *D63.0* Anämie bei Neubildungen* bezieht sich somit 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 der die Anämie verursachende Tumor Hauptdiagnose). Anämien bekannter Ursache wie z. B. akute Blutung oder chronische Blutung sind spezifisch zu verschlüsseln (siehe Kapitel Gerinnung und Blutungen). Die Kodierung von beiden Diagnosen (Blutung plus Anämie) ist gerechtfertigt, wenn sowohl

die Blutung als auch die Anämie Aufwand verursacht haben (z. B. Blutstillung plus Transfusion).

Nicht durch maligne Erkrankungen induzierte Anämien

Die Anämie chronischer Erkrankungen sollte mit D63.8* kodiert werden. Als Sterndiagnose kann sie nur als Nebendiagnose mit der zugrunde liegenden Erkrankung kodiert werden. Der gleiche Code D63.8* sollte auch für die renale Anämie verwendet werden.

Die Kodierung von angeborenen Anämien, aplastischer Anämie etc. ist nicht in allen Details konsistent. Für die aplastische Anämie im engeren Sinne, insbesondere die mit immunsuppressiver Therapie behandelte, sollte in der Regel der 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 Unterscheidung zwischen einer Anämie infolge einer zytostatischen Therapie und anderen arzneimittelinduzierten Anämien. Wenn eine Thrombozytopenie oder eine Agranulozytose vorliegen, sollen diese ebenfalls kodiert werden, wenn sie die Kriterien der Nebendiagnosen erfüllen (siehe auch DIMDI FAQ #1012 und ICD-10 seit Version 2010). Die Zuordnung der anderen definierten Anämieformen ist überwiegend selbsterklärend mit einigen Zuordnungsproblemen nur bei seltenen Diagnosen. Weiterhin unbefriedigend und unlogisch ist das Auseinanderreißen der eng verwandten Diagnosen *M31.1 thrombotisch-thrombozytopenische Purpura* (TTP, M. Moschkowitz) und *D59.3 hämolytisch-urämisches Syndrom* (HUS) in zwei getrennte Kapitel. Für die „idiopathische“ Mikroangiopathie beim Erwachsenen wird in der Regel eher TTP, also M31.1 zu kodieren sein. TTP und HUS finden sich im Kodierleitfaden im Kapitel Anämie und im Kapitel Thrombopenie.

Kodierung von Anämien

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

Alimentäre Anämien	Kode
Eisenmangelanämie nach chronischem Blutverlust	D50.0
Eisenmangelanämie mit Dysphagie (Plummer-Vinson-Syndrom, sideropenische Dysphagie)	D50.1
Sonstige Eisenmangelanämien	D50.8
Eisenmangelanämie, n. n. b. (exkl. Eisenmangel ohne Anämie – E61.1, s. u.)	D50.9
Eisenmangel mit Eisensubstitution ohne Anämie (Hb normal, Ferritin niedrig, MCV kann niedrig sein)	E61.1
Vitamin-B12-Mangelanämie (exkl. Vitamin B12 Mangel ohne Anämie – E53.8)	D51.-
Vitamin-B12-Mangelanämie durch Mangel an Intrinsic Faktor (perniziöse Anämie)	D51.0
Vitamin-B-12-Mangelanämie alimentär	D51.3
Sonstige Vitamin-B12-Mangelanämien (Resorptionsstörung u. a, ohne alimentär)	D51.8
Folsäure-Mangelanämie alimentär	D52.0
Folsäure-Mangelanämie, arzneimittelinduziert	D52.1
Sonstige megaloblastäre Anämien o. n. A.	D53.1
Vitamin-B12-Mangel oder Folsäure-Mangel ohne Anämie	E53.8
Weitere alimentäre Anämien	D53.-
Akute Blutungsanämie (s. auch Kapitel 5.7.1 zu Blutungen, die zusätzlich spezifisch zu kodieren sind)	D62

Hämolytische Anämien	Kode
Anämien durch Enzymdefekte	D55.-
G6PD-Mangelanämie, Favismus	D55.0
Anämie durch Störung glykolytischer Enzyme (PK-Mangel, u. a.)	D55.8
Alpha-Thalassämie (exkl. Hydrops fetalis)	D56.0
Beta-Thalassämie (major u. intermedia)	D56.1
Delta-Beta-Thalassämie	D56.2
Thalassämie-Erbanlage	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
Sichelzellanämie ohne Krisen	D57.1
Doppelt heterozygote Sichelzellenkrankheiten (z. B. Hb-SC, Hb-S/HPFH, Sichelzellen-beta-Thalassämie)	D57.2
Sichelzellen Erbanlage, Heterozygoten HbS (HbAS)	D57.3
Sonstige hereditäre hämolytische Anämien	D58.-
Hereditäre Sphärozytose	D58.0
Hereditäre Elliptozytose Ovalozytose	D58.1
Kongenitale dyserythropoetische Anämie	D64.4

Erworbene hämolytische Anämien	Kode
Arzneimittelinduzierte autoimmunhämolytische Anämie (AIHA)	D59.0
Sonstige AIHA (Wärme- und Kälteautoantikörper, siehe aber Ausnahmen unten)	D59.1

Erworbene hämolytische Anämien	Kode
Evans-Syndrom (Immunthrombopenie plus Immnhämolyse)	D69.3
Arzneimittelinduzierte nicht-autoimmun-hämolytische Anämie	D59.2
Hämolytisch-urämisches Syndrom	D59.3
Thrombotisch-thrombozytopenische Purpura (M. Moschkowitz)	M31.1
Hämoglobinurie durch Hämolyse infolge sonstiger äußerer Ursachen: Marschhämoglobinurie, Belastungshämoglobinurie und auch Paroxysmale Kältehämoglobinurie	D59.6
Sonstige nicht-autoimmunhämolytische Anämien (mechanisch, toxisch, mikroangiopatisch, wenn nicht TTP/HUS)	D59.4
Paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie	D59.5

Aplastische und sonstige Anämien	Kode
Erworbene isolierte aplastische Anämie (PRCA)	D60.-
Angeborene aplastische Anämie (Fanconi, Blackfan-Diamond-A)	D61.0
Aplastische Anämie infolge zytostatischer Therapie	D61.10
Sonstige arzneimittelinduzierte aplastische Anämie (nicht durch Zytostatika induziert)	D61.18
Idiopathische aplastische Anämie	D61.3
Aplastische Anämie, n. n. b. (KM-Insuffizienz, hypoplastische Anämie o. n. A.)	D61.9

Aplastische und sonstige Anämien	Kode
Anämie infolge einer bösartigen Neubildung (z. B. Tumoranämie, Anämie bei KM-Infiltration, nur als Nebendiagnose)	D63.0*
Anämie chronischer (andernorts klassifizierter) Erkrankungen (z. B. renale Anämie; nur Nebendiagnose, „ACD“)	D63.8*
Sideroachrestische Anämien (sehr selten. Nur wenn kein MDS vorliegt)	D64.0-.2
Sonstige Anämie, n. n. b.	D64.9

5.6.2 Thrombozytopenie

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

Kriterien zur Kodierung von Thrombopenien als Nebendiagnose

Der alleinige Nachweis einer pathologischen Thrombozytenzahl rechtfertigt nicht die Kodierung. Auch die alleinigen Kontrollen der abnormen Thrombozytenzahl genügen nicht [*DKR 003/ Beispiel 7*]. Die Kodierung sollte dann erfolgen, wenn eine weiterführende Diagnostik oder eine therapeutische Konsequenz ersichtlich sind. Einige Beispiele hierfür sind unten aufgeführt.

Beispiele für eine weiterführende Diagnostik:

- Bestimmung von antithrombozytären Antikörpern oder andere Spezialdiagnostik
- Knochenmarkpunktion

- Engmaschige Kontrollen der Thrombozytenzahl bei weiterem Absinken und Ausgangswerten < 50 G/l mit dokumentiertem Überwachungs- und Betreuungsaufwand

Beispiele für therapeutische Konsequenz:

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

Thrombozytopenie (Auswahl)	Kode
Immunthrombozytopenie (ITP, M. Werlhof) auch Evans-Syndrom	D69.3
Thrombotisch-thrombozytopenische Purpura (M. Moschkowitz)	M31.1
Thrombozytopathie ± Thrombozytopenie (u. a. M. Glanzmann, M. Bernard-Soulier)	D69.1
Wiskott-Aldrich Syndrom	D82.0
Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ I	D69.52
Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ II	D69.53
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 dann bezeichnet werden, wenn hierfür eindeutige Hinweise vorliegen, d. h. in der Regel, wenn mindestens zweimal ein inadäquates Inkrement nach Transfusion von Thrombozyten nachgewiesen und/oder eine Indikation zur Verwendung von HLA-gemachten Thrombozyten gestellt wird.

5.6.3 Neutropenie und Agranulozytose

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

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

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

Kriterien zur Kodierung von D70.-

Der alleinige Nachweis einer „Agranulozytose“ d. h. Neutrophile < 0,5 G/l rechtfertigt bereits die Kodierung, weil das

Auftreten einer Agranulozytose im klinischen Alltag grundsätzlich mit einem erhöhten Aufwand im Sinne der Nebendiagnoseregulierung einhergeht. Eine Umkehrisolation kann zusätzlich mit Z29.0 („Isolierung als prophylaktische Maßnahme“) kodiert werden und ist keine notwendige Bedingung für die Kodierung der Agranulozytose. Sofern prophylaktisch Medikamente (Antibiotika inkl. Virostatika, Antimykotika usw.) gegeben werden, empfehlen wir zusätzlich die Kodierung von Z29.2 („sonstige prophylaktische Gabe von Chemotherapie, Chemoprophylaxe; prophylaktische Antibiotikagabe“).

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

Beispiele für eine weiterführende Diagnostik

- Knochenmarkpunktion

Beispiele für therapeutische Konsequenz

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

Neutropenie, Leukozytopenie	Kode
Angeborene Neutropenien	D70.0
Zyklische Neutropenie	D70.5
Arzneimittelinduzierte Neutropenie oder Agranulozytose, auch 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

Neutropenie, Leukozytopenie	Kode
– Neutrophile < 0,5 G/l für 10 bis < 20 Tage	D70.11
– Neutrophile < 0,5 G/l für ≥ 20 Tage	D70.12
– Neutropenie, Nadir der Neutrophilen > 0,5 G/l (Kodierung nur bei Mehraufwand)	D70.18
Agranulozytose (Neutrophile < 0,5 G/l) o. n. A. zu Ursache und Dauer (z. B. wenn direkt durch Malignom induziert)	D70.3
Sonstige Neutropenie (Neutrophile > 0,5 G/l). (z. B. bei Hypersplenismus; z. N. 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.

Zur Abrechnung eventueller Zusatzentgelte muss durch einen sekundären Kode zwischen dauerhaft erworbener (U69.11!) und temporärer Blutgerinnungsstörung (U69.12!) unterschieden werden (siehe auch Anhang).

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

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. Hautblutungen, sonst spezifizieren.)	R58
Epistaxis	R04.0
Blutung aus dem Rachen	R04.1
Hämoptye	R04.2
Blutungen aus sonstigen Lokalisationen in den Atemwegen	R04.8
Subarachnoidalblutung (Gefäß kodieren)	I60.-
Intracerebrale Blutung (Lokalisation kodieren)	I61.-
Subduralblutung (nicht traumatisch!)	I62.0-
Netzhautblutung	H35.6
Nichttraumatisches Muskelhämatom (Lokalisation kodieren)	M62.8-
pathol. vaginale Blutungen (s. Kapitel im ICD)	N92.-/ N93.-

Koagulopathien	Kodes
Disseminierte intravasale Gerinnung (DIC) s. u.	D65.1
Hereditärer Faktor VIII Mangel (Hämophilie A)	D66
Hereditärer Faktor IX Mangel (Hämophilie B)	D67
Willebrand-Jürgens-Syndrom (angeboren und erworben)	D68.0
Angeborener Mangel von F XI	D68.1

Koagulopathien	Kodes
Angeborener Mangel von sonstigen Gerinnungsfaktoren (F I, II, V, VII, X, XII, XII) spezifisch kodieren!	D68.2-
Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen	D68.30
Hämorrhagische Diathese durch Antikörper gegen Faktor VIII (Hemmkörperhämophilie)	D68.31
Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen sonstige Gerinnungsfaktoren (IX, X, XI, von Willebrand)	D68.32
Dauertherapie mit Antikoagulanzen ohne Blutung	Z92.1
Erworbener Faktorenmangel (Lebererkrankung, Vitamin K-Mangel, nicht Neugeborene)	D68.4
Koagulopathie, nicht näher bezeichnet, erworbene Blutungsneigung n. n. b.	D68.9
dauerhaft erworbene Blutgerinnungsstörung	U69.11!
temporäre Blutgerinnungsstörung	U69.12!

Zur Diagnose und Verlaufsbeurteilung einer DIC (D65.1) ist der DIC-Score der International Society on Thrombosis and Haemostasis (ISTH) geeignet (Taylor et al, Thromb Haemost 2001; 86:1327–30):

Parameter	Punkte			
	0	1	2	3
Thrombozyten (/nl)	> 100	50–100	< 50	
D-Dimere (µg/ml)	< 1,0		≤ 1,0–5,0	> 5,0
Fibrinogen (g/l)	> 1,0	1,0		
Prothrombinzeit (Q,%)	> 70	40–70	< 40	

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

Diagnosen bei gastrointestinalen Blutungen

Es gibt eine Reihe von Codes aus dem Bereich der Gastroenterologie, die Blutungen beschreiben (siehe anschließende Tabellen). Wenn es bei Erkrankungen im Gastrointestinaltrakt keinen spezifischen Code „mit Blutung“ gibt, so ist der Code und zusätzlich *K92.1 Meläna* oder *K92.2 Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet* 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
Divertikulo <u>se</u> des Dickdarms ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	K57.31
Divertikulo <u>tit</u> is des Dickdarms ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	K57.33
Hämorrhoiden, blutend	K64.-

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

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

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

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

Da in der Regel den Ösophagus- und Magenvarizen eine andere Krankheit zugrunde liegt, sollte der Kode 198.3* (und nicht I85.0) benutzt werden. Im ICD steht als Beispiel zwar nur die Leberzirrhose und die Schistosomiasis, aber kein Exklusivum, sodass der Kode auch bei Varizen in Folge einer Thrombose im Portalkreislauf verwendet werden kann.

5.7.2 Thrombosen und Thrombophilie

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

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

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

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

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. Da die DRG Bewertung wesentlich von der Genauigkeit der Kodierung abhängt, sollte immer versucht werden Erreger und Infektionsort genau zu verschlüsseln. Für einige wichtige und häufige Infektionen stehen Codes zur Verfügung, die Ort und Ursache der Infektion zugleich beschreiben (z. B. B37.0 Candidastomatitis oder J15.0 Pneumonie durch *Klebsiella pneumoniae*). Stehen keine spezifischen Codes zur Verfügung, wird eine Infektion in der Regel durch einen Code für die Manifestation (Art und Lokalisation) (z. B. Pneumonie) der Infektion und einen zweiten Code für den Erreger (B95.-bis B98.-) kodiert („Kreuz-Stern-Systematik“). Zusätzlich gibt es Codes für Erreger mit einer Antibiotikaresistenz U80-U85. Die beiden Codegruppen B95.- bis B98.- und U80-85 sind CCL-relevant und Codes daraus können kombiniert werden, wenn dadurch zusätzliche Informationen erfasst werden.

5.8.1 Infekt-Diagnostik

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

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

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

5.8.2 Fieber

Fieber 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. Zur Definition von Fieber unklarer Ursache müssen die folgenden Kriterien zutreffen: keine erkennbare Ursache (z. B. Transfusionen), kein Keimnachweis und kein Fokus.

5.8.2.1 Unklares Fieber, keine Aplasie, keine Therapie einer Verdachtsdiagnose

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

5.8.2.2 Unklares Fieber, keine Aplasie, Therapie einer Verdachtsdiagnose

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

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

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

B99 Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten

verwendet. Alternativ können auch folgende Codes benutzt werden.

Bezeichnung		ICD-Kode
Bakterielle Infektion, nicht näher bezeichnet,	bei antibiotischer Therapie	A49.9
Nicht näher bezeichnete Mykose	bei antimykotischer Therapie	B49
Virusinfektion, nicht näher bezeichnet	bei antiviraler Behandlung	B34.9

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

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

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

5.8.4 Fieber bei Neutropenie mit Erregernachweis, ohne Fokus

Die häufig vorkommende Konstellation der symptomatischen Bakteriämie ohne Nachweis eines Fokus wird mit einem Kode 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
Infektion durch <i>Haemophilus influenzae</i> , nicht näher bezeichneter Lokalisation	A49.2
Mykoplasmeninfektion, nicht näher bezeichneter Lokalisation	A49.3
Sonstige bakterielle Infektionen nicht näher bezeichneter Lokalisation	A49.8
Chlamydieninfektion, nicht näher bezeichneter Lokalisation	A74.9

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

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

5.8.5 Fieber bei Neutropenie mit Fokus, ohne Erreger

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

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

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

5.8.6 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 Organ- komplikationen (= 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 $\geq 38\text{ }^{\circ}\text{C}$ oder $\leq 36\text{ }^{\circ}\text{C}$
- Herzfrequenz $\geq 90/\text{min}$
- Atemfrequenz $\geq 20/\text{min}$ oder $\text{pCO}_2 \leq 32\text{ mmHg}$ (4,3 kPa)
- Leukozyten ≥ 12.000 oder $\leq 4.000/\mu\text{l}$ oder $\geq 10\%$ unreife Neutrophile

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

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

- bei positiver Blutkultur mindestens 2 SIRS-Kriterien erfüllt sind

oder

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

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

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

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

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

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

- Akute Enzephalopathie: eingeschränkte Vigilanz, Desorientiertheit, Unruhe, Delirium
- Hypotension, Schock: wenigstens 1 Stunde ein systolischer arterieller Blutdruck ≤ 90 mmHg bzw. ein mittlerer arterieller Blutdruck ≤ 65 mmHg oder notwendiger Vasopressoreinsatz, um den systolischen arteriellen Blutdruck ≥ 90 mmHg oder den arteriellen Mitteldruck ≥ 65 mmHg zu halten. Die Hypotonie besteht trotz adäquater Volumengabe und ist nicht durch andere Ursachen zu erklären.
- Relative oder absolute Thrombozytopenie: Abfall der Thrombozyten um mehr als 30 % innerhalb von 24 Stunden oder Thrombozytenzahl $100.000/\text{mm}^3$ oder weniger. Eine Thrombozytopenie durch akute Blutung oder immunologische Erkrankung muss ausgeschlossen sein.
- Arterielle Hypoxämie: 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 $2\times$ oberhalb des lokal üblichen Referenzbereiches.

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

Beispiele für septische Organkomplikationen

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

*Zum Zwecke der Abrechnung der Zusatzentgelte ZE2014-97 bzw. ZE2014-98, muss zusätzlich die Schlüsselnummer, einer „dauerhaft erworbenen“ (U69.11!) oder „temporären“ (U69.12!) Blutgerinnungsstörung verschlüsselt werden.

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

R57.2 Septischer Schock

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

Beispiel:

Bronchopneumonie ohne septisches Kreislaufversagen, erfüllt aber SIRS-Kriterien:

J18.0 Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet

A41.8+ Sonstige näher bezeichnete Sepsis

R65.0! SIRS infektiöser Genese ohne Organkomplikationen

Beispiel:

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

J18.0 Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet

A41.9+ Sepsis, nicht näher bezeichnet

R65.1! SIRS infektiöser Genese mit Organkomplikationen

R57.2 Septischer Schock

(zusätzlich ggf. OPS-Kodes 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).

5.8.7 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

5.8.8 Candida-Infektionen

Klinisch relevante Candidosen manifestieren sich als mukokutane oder systemische Candidosen.

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

5.8.9 Weitere Pilzinfektionen

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

Pilzinfektion	Kode
Mukormykose der Lunge	B46.0
Rhinozerebrale Mukormykose	B46.1
Mukormykose des Magen-Darmtraktes	B46.2

Pilzinfektion	Kode
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

5.8.10 Virus-Infektion

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

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

Für Organinfektionen ohne Kode für die spezifische CMV-Infektion empfehlen wir den Kode *B25.88 sonstige Zytomegalie* mit einem Kode aus dem betreffenden Organsystem zu kombinieren. Fast in jedem Kapitel gibt es einen Sternkode für die Beteiligung bei andernorts klassifizierten infektiösen oder parasitären Krankheiten. Beispiele:

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

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

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

Infektionen mit Herpes simplex werden mit Codes aus der Gruppe B00.- verschlüsselt, Varizelleninfektionen mit B01.- und Infektionen mit Herpes zoster mit B02.-. Die Kapitel sind

ähnlich aufgebaut wie B25.-, auch hier stehen sowohl spezifische Codes als auch Sterncodes für die Organmanifestationen zur spezifischen Verschlüsselung zur Verfügung.

5.8.11 Resistente Keime und MRSA

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

Die Codegruppe U80.0- bis U80.3- wurde im ICD-10 2013 genauer differenziert, sodass nun die Ausprägung der Resistenz des Keimes spezifischer kodiert werden muss.

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

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

MRSA/MRE

Hier ist zwischen Keimträgern und Infektion zu unterscheiden.

MRSA-Keimträger

Bezeichnung	Kode
Gesunder Keimträger anderer näher bezeichneter bakterieller Krankheiten	Z22.3
Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Oxacillin oder Methicillin und ggf. gegen Glykopeptid-Antibiotika, Chinolone, Streptogramine und Oxazolidinone Oder	U80.00!

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

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

MRSA-Infektion

Bezeichnung	Kode
Staphylokokkeninfektion, n. n. b.	A49.0
oder lokalisierte Staphylokokken-Infektion mit Kode aus entsprechenden Kapiteln A	
zusätzlich: ein Kode aus 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 Kode 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 Isoliereinheit (8-987.1-). An 6. Stelle wird die Dauer der Komplexbehandlung kodiert.

Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit

Eine spezielle Isoliereinheit (eigenständige Infekt-Isoliereinheit) 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

5.8.12 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.

5.8.13 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 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 mmol/l oder Anstieg um 25 % vom Ausgangswert

- Anorganisches Phosphat: > 1,45 mmol/l oder Anstieg um 25 % vom Ausgangswert
- Kalzium: < 1,75 mmol/l oder Abfall um 25 % vom Ausgangswert

Die Labortumorlyse wird nur dann mit E88.3 kodiert, wenn sie eine klinische Bedeutung hat im Sinne einer therapeutischen Konsequenz oder einer weiterführenden Diagnostik, z. B. Gabe von Rasburicase, Gabe von Austauschharz, Durchführung einer Hämodialyse, Verlängerung der Vorphasetherapie über die ursprünglich geplante Dauer hinaus. Die Standardmaßnahmen zur Prophylaxe einer Tumorlyse (Vorphasetherapie, Hydratation, forcierte Diurese, Alkalisierung, Gabe von Urikostatika wie Allopurinol) reichen für die Kodierung von E88.3 nicht aus.

Tumorlyse	
Tumorlyse-Syndrom	E88.3

Das klinisch manifeste Tumorlysesyndrom ist definiert als Laborveränderungen wie oben erwähnt in Kombination mit einer signifikanten klinischen Toxizität. Die Definition des klinisch manifesten Tumorlysesyndroms beinhaltet implizit die klinische Intervention. Es sollte grundsätzlich mit E88.3 kodiert werden. Ein organspezifischer Code sollte zur Spezifikation der klinischen Symptomatik verwendet werden.

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

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

Die Gabe von Rasburicase kann kodiert werden mit

Prozeduren beim Tumorlysesyndrom	
Rasburicase, parenteral	6-004.c

5.10 Paraneoplasien, Komplikationen, Notfälle, Paravasat, Mangelernährung, Niereninsuffizienz

5.10.1 Paraneoplasien

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

Paraneoplastisches Syndrom	Kode
Haut/Bindegewebe/Muskel- und Skelettsystem	
Pachydermoperiostose/Marie-Bamberger-Syndrom (5. Stelle entsprechende Lokalisation)	M89.4-
Erythematöse Erkrankung	L54.8*
Erworbene Ichthyosis	L85.0
Epidermisverdickung (Akrokeratose Bazex)	L85.8
Urtikaria	L50.8
Sweet-Syndrom, akute febrile neutrophile Dermatose	L98.2
Acanthosis nigricans (maligna)	L83
Acrodermatitis enteropathica, Zinkstoffwechselstörung	E83.2

Paraneoplastisches Syndrom	Kode
Haut/Bindegewebe/Muskel- und Skelettsystem	
Dermatomyositis-Polymyositis	M36.0*
Polymyalgia rheumatica	M35.3
Karzinoidmyopathie, Kachexiemyopathie	G72.88
Paraneoplastische Neuromyopathie und Neuropathie	G13.0*
Arthropathie bei Neubildungen	M36.1*
Nervensystem	
Polyneuropathie bei Neubildungen	G63.1*
Lambert-Eaton-Syndrom	G73.1*
Myasthenie-Syndrome bei Neubildungen	G73.2
Retinopathie bei Neubildungen	H36.8*
Limbische Encephalitis	G13.1*
Zerebelläre Degeneration	G32.8*
Optikusatrophy	H48.0*
Guillain-Barré-Syndrom	G61.0
Serumpolyneuropathie, Sensorische Neuropathie bei Plasmazelldyskrasie	G61.1
Stiff-man-Syndrome (Muskelstarre-Syndrom)	G25.88
Restless-Legs-Syndrom	G25.81
Myoklonus, Opsoklonus-Myoklonus-Ataxie	G25.3
Enzephalomyelitis, Enzephalitis, Myelitis	G05.8*
Leukenzephalopathie	G93.4
Chorea	G25.5
Myotonie, Neuromyotonie (Isaacs-Mertens-Syndrom)	G71.1

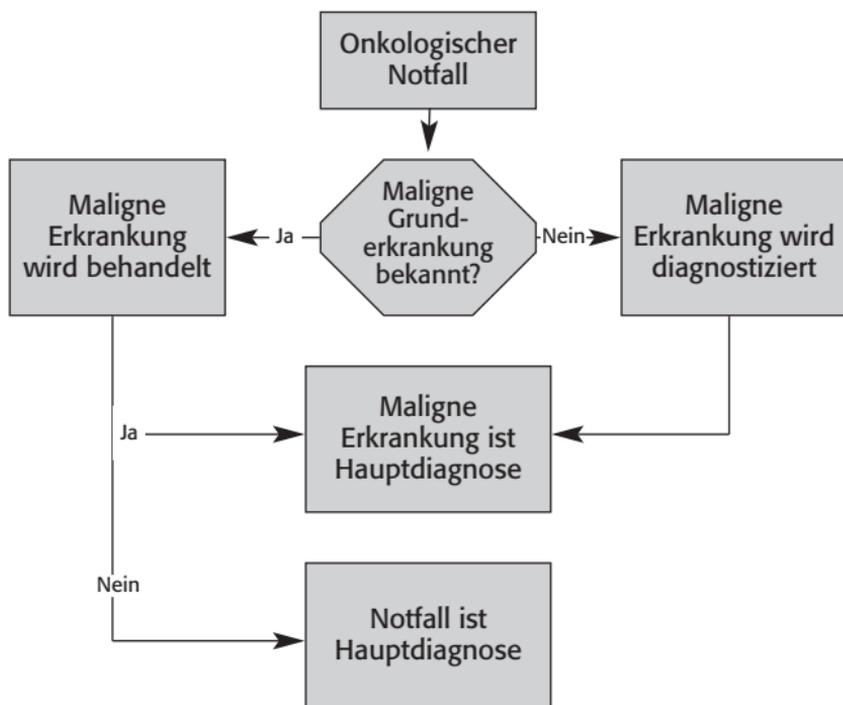
Paraneoplastisches Syndrom	Kode
Niere	
Glomerulonephritis bei Neubildungen	N08.1*
Blut	
Autoimmunhämolytische Anämie (AIHA)	D59.1
Nicht-autoimmunhämolytische Anämie	D59.4
Sekundäre Polyglobulie	D75.1
Leukozytose, Lymphozytose, Monozytose, Plasmozytose, Lymphopenie, leukämoide Reaktion	D72.8
Eosinophilie	D72.1
Thrombotische Mikroangiopathie/TTP (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, primäre Nebennierenrinden- insuffizienz	E27.1
Addisonkrise, akute Nebennierenrindeninsuffizienz	E27.2
Cushing-Syndrom, ektopisches ACTH-Syndrom	E24.3
SIADH	E22.2
Gynäkomastie	N62
Galaktorrhoe	N64.3

5.10.2 Onkologische Komplikationen, Notfälle

Komplikation, Notfall	Kode
Osteonekrose des Kiefers (5. Stelle nach Ausbreitungsmuster)	K10.2-
Osteolyse (5. Stelle entsprechend der Lokalisation)	M89.5-
Knochenfraktur bei Neubildungen (5. Stelle entsprechend der Lokalisation)	M90.7-*
Wirbelkörperkompression bei Neubildungen (5. Stelle entsprechend der Lokalisation)	M49.5-*
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 entsprechend der Lokalisation)	M54.1-
Zervikalneuralgie	M54.2
Ischialgie	M54.3
Lumbo-Ischialgie	M54.4
Kreuzschmerz/Lumbago	M54.5
Schmerzen im Bereich der BWS	M54.6
Toxische Enzephalopathie (z. B. durch Ifosfamid)	G92
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 oder Koma	D72.8 und R40.-

Komplikation, Notfall	Kode
Hyperviskosität	R70.1
Lungenödem	J81
TRALI mit Lungenödem/ARDS	T80.8 und J70.8/J80
Perikarderguss (nichtentzündlich)	I31.3
Akute Strahlenpneumonitis	J70.0
Chronische Strahlenpneumonitis, Lungenfibrose nach Radiatio	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 des Gastrointestinaltraktes, generalisiert	K91.80
Gastroenteritis, Kolitis nach Strahleneinwirkung	K52.0
Ösophagitis nach Strahlenwirkung	K20
Proktitis nach Strahleneinwirkung	K62.7
Subileus, Ileus	K56.7
Mechanischer Ileus	K56.6
Generalisierte Dermatitis durch Arzneimittel	L27.0
Hand-Fuß-Syndrom, lokalisierte Dermatitis durch Arzneimittel	L27.1
Blutungen – siehe Kapitel 5.7.1	

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



5.10.3 Paravasat

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

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

5.10.4 Mangelernährung und Kachexie

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

Bezeichnung	Kode
Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweißmangelernährung (Gewicht mit mindestens 3 Standardabweichungen [SD] unter dem Mittelwert [MW] einer Bezugspopulation)	E43
Mäßige Energie- und Eiweißmangelernährung (Gewicht mit 2 oder mehr, aber weniger als 3 SD unter dem MW einer Bezugspopulation)	E44.0
Leichte Energie- und Eiweißmangelernährung (Gewicht mit 1 oder mehr, aber weniger als 2 SD unter dem MW einer Bezugspopulation)	E44.1
Kachexie	R64

Bei einem Tumorpatienten ist die Bedeutung eines Gewichtsverlusts nicht abhängig von einer Bezugspopulation,

sondern bezieht sich auf das individuelle Ausgangsgewicht vor der Tumorerkrankung. So kann ein „normaler“ BMI von z. B. 22 kg/m² bei einem Tumorpatienten, der bisher ein BMI von 25 kg/m² (oder höher) hatte, ein deutliches Zeichen einer Tumorkachexie sein. Die Tumorkachexie ist nach dem internationalen Consensus (Fearon et al. Lancet Oncology 2011, Vol 12, No 5, 489–495) definiert durch

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

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

5.10.5 Akutes Nierenversagen und chronische Nierenkrankheit

Die im März 2012 publizierten Leitlinien der International Society of Nephrology definieren das akute Nierenversagen (ANV) wie folgt:

- Anstieg des Serumkreatinin um 50 % innerhalb von 7 Tagen,
- Anstieg um mindestens 0,3 mg/dl bzw. 26,5 µmol/l innerhalb von 48 Stunden oder
- Urinausscheidung von weniger als 0,5 ml/kg/h in 6 Stunden bei einem nicht dehydrierten Patienten

Siehe auch Kodierleitfaden Nephrologie.

Eine chronische Nierenkrankheit besteht nach den Empfehlungen der Fachgesellschaften, wenn ein Nierenschaden vorliegt und/oder die GFR für vermutlich mehr als drei Monate weniger als 60 ml/min/1,73 m² Körperoberfläche beträgt

und wird stadienentsprechend kodiert. Die Kodierung N18.9 Chronische Nierenkrankheit, nicht näher bezeichnet, sollte vermieden werden.

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

6. Kodierung von Prozeduren

6.1 Zytostatische Chemotherapie

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

Die Kodierung wurde gegenüber dem Vorjahr nur im Abschnitt der Beispiellisten für hochkomplexe und intensive Blockchemotherapie für Erwachsene überarbeitet. Das 2012 aus der Beispielliste der hochkomplexen Gruppe herausgenommene Chemotherapieschema (HD-ARA-C (CALGB)) bleibt auch 2014 der Gruppe der mittelgradig komplexen Chemotherapien zugeordnet.

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

Aufgrund großer Unschärfen in der Abgrenzung der verschiedenen Chemotherapiecodes kam es zu zahlreichen Nachfragen und inkonsistenter Kodierung, weshalb diese Codes nur selten als Kostentrenner ermittelt werden konnten. Weiterhin werden identische Protokolle bei Erwachsenen und Kindern unterschiedlich eingestuft und die Definitionen der Codes überlappen sich teilweise. Die Kodierung der Chemotherapie erfolgt je nach protokollgemäßer Dauer und Komplexität in verschiedenen Codes: lokoregionäre Therapie (8-541.-), nicht komplexe (8-542.-), mittelgradig komplexe (8-543.-) und hochgradig komplexe Chemotherapie. Seit 2010 werden bei den nicht komplexen (8-542.-) und mittelgradig komplexen (8-543.-) Chemotherapien zusätzlich zur Komplexität die Anzahl der Zytostatika und die Anzahl der Tage kodiert.

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

Jeder stationäre Aufenthalt und jeder Block werden einzeln kodiert.

Berechnung der Therapietage:

- Es zählen nur die Tage, an denen Zytostatika i. v oder s. c 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; Folsäure nach Methotrexat).

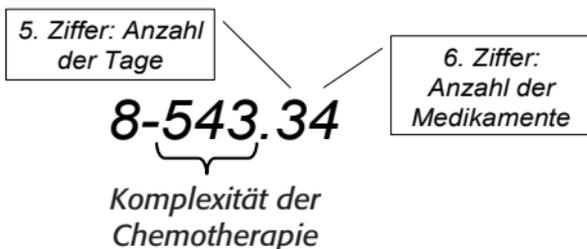
Es zählen alle i. v. und s. c. applizierten zytostatischen Medikamente, unabhängig davon, ob sie über alle zu berechnenden Tage verabreicht wurden oder über weniger Tage. Gezählt werden die verwendeten verschiedenen Zytostatika und nicht die einzelnen Applikationen.

Die Systematik ist selbsterklärend:

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

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

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



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

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

Instillation von zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren

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

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

6.1.1 Nicht komplexe Chemotherapie (ein- oder mehrtägig)

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

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

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

Inthra-thekale 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 Kodier-richtlinien: 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
(aus der Auflistung OPS Version 2014).

Chemotherapie	Indikation
BEACOPP (Tag 1–3 oder Tag 8), CHOP, MCP, VACOP-B, COP-BLAM, Fludarabin, Fludarabin/Cyclophosphamid, Cladribin, FCM, Bendamustin, 2-CDA, Alkeran i. v., Cyclophosphamid/Pentostatin, TAD, Bortezomib, VAD, VID	Lymphome, Multiples Myelom
Cloretazine, AT-Erhaltungstherapie	AML
Azacytidin	MDS
„Bonner Protokoll“: Block B, Block C (> 60 Jahre)	ZNS-Lymphom
CE, Epi-CE, Epi-CO, CEV, ACO	Bronchialkarzinom (SCLC)

Chemotherapie	Indikation
Taxol/Carboplatin, Topotecan, Gemcitabin-mono, Docetaxel, Vinorelbine, Doxorubicin/Docetaxel, Gemcitabin/Pemetrexed, Gemcitabin/Irinotecan, ACO	NSCLC
5-FU/Carboplatin, Mitomycin/5-FU	HNO-Tumoren
5-FU-Mono, 5-FU/Folinsäure, Irinotecan-Mono, Gemcitabin-mono, Vinorelbin, ELF, FLP, Octreotid, Tomudex/Oxaliplatin, Gemcitabin/5-FU/Folinsäure (GFF), Oxaliplatin/Capecitabin	Gastrointestinale Tumore
Gemcitabin/Oxaliplatin, OFF	Pankreaskarzinom
CMF, FAC, AC, EP, Docetaxel, Vinorelbin, Gemcitabin-mono, Doxorubicin/Docetaxel, Taxol mono, Bendamustin, Docetaxel/Capecitabin, Docetaxel/Gemcitabin, Navelbine/Mitomycin, Ifosfamid/Carboplatin, FEC, EC, ET Paclitaxel/Gemcitabine, Paclitaxel	Mammakarzinom
Carboplatin mono, Cyclophosphamid/Carboplatin, Treosulfan-mono i. v., pegyliertes liposomales Doxorubicin, Gemcitabin-mono, Epirubicin, Vepesid Tag 1–3, Topotecan	Ovarialkarzinom
Cyclophosphamid-mono, Doxorubicin mono, Cyclophosphamid/Doxorubicin, Mitoxantron/Prednisolon, Taxane/Mitoxantron/ Prednisolon, Docetaxel/Estramustin/Prednisolon/Dexamethason	Prostatakarzinom
Gemcitabin mono, Taxol mono, POMB-ACE	Hodentumor
Taxol/Gemcitabin, Gemcitabin mono, Taxol mono, M-VAC (für Tage 15 und 22)	Urothelkarzinom

Chemotherapie	Indikation
Nitrosoharnstoffe (ACNU, BCNU)/ Teniposid (VM26), PCV (Procarbacin, CCNU, Vincristin)	Gliome
IVA, Gemcitabine/Docetaxel	Sarkom
Doxorubicin mono VAC	Osteosarkom Ewing-Sarkom
DTIC	Melanom
MTX als GvHD-Prophylaxe	nach allogener Transplantation

6.1.2 Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie

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

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

Hinweise zur Verwendung dieses Kodes lt. OPS

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

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

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

Chemotherapie	Indikation
AC-Erhaltung, AD-Erhaltung, Konsolidationstherapie HD-ARA-C (CALGB)	AML
ALL-Vorphase, Konsolidation II bis VI	ALL
COP, CHOEP, DHAP, ICE, MINE, Dexamethason-BEAM, IMVP-16, Mega-CHOEP, Ifosfamid/Etoposid/Epirubicin (IEV)	NHL
VAD, VID, CAD, CED, PAD, TAD, Ifosfamid/Etoposid/Epirubicin (IEV)	Multiples Myelom
„Bonner Protokoll“: Block A (>60 Jahre)	ZNS-Lymphom
Cisplatin/5-FU	HNO-Tumoren
Cisplatin/Etoposid, Cisplatin/Vinorelbin, Gemcitabin/Cisplatin	NSCLC
PLF, PELF, DCF	Magenkarzinom
Cisplatin/Doxorubicin, Doxorubicin/Hochdosis-Ifosfamid (nur Tag 1), Pemetrexed/Cisplatin	Pleura-mesotheliom
E/AC-Doc, E/AC-Pac, TA/EC, dosisdicht E/ATC, dosisdicht E-T, EC-TX, E/AT-CMF, Ifosfamid/Epirubicin	Mammakarzinom
PEB, PE, PEI, PIV	Hodentumoren
M-VAC (für Tage 1 und 2), dann Tage 15 und 22 gesondert als nicht komplexe Chemotherapie kodieren	Urothelkarzinom

Chemotherapie	Indikation
Epirubicin/Taxol/Carboplatin, Cisplatin/Taxol	Ovarialkarzinom
Rx/5-FU/Cisplatin	Ösophaguskarzinom
Rx/5-FU/Mitomycin/Cisplatin	Analkarzinom
Rx/5-FU/Cisplatin	Pankreaskarzinom
Gemcitabin/Cisplatin	NSCLC, Pleuramesotheliom, Pankreaskarzinom, Gastrointestinale Tumoren, Urothelkarzinom
CVD, Cisplatin/DTIC/BCNU	Melanom
Adriamycin/Ifosfamid, EIA, Mini-ICE, VIDE, VAI, 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.

Hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie (z. B. 5- bis 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
Induktionstherapie I oder II, Konsolidationstherapie I, Konsolidationstherapie II in high-risk oder very-high-risk ALL, Reinduktionstherapie I oder II bei ALL	ALL
CLAEg, Ida-FLAG oder Mito-FLAG bei AML oder ALL	ALL, AML
AML-Induktion (A-EC, AIE, DA, DA+Dasatinib, DAV, DNR, EC, HAM, IA, IAA, ICE, IC mit/ohne Clofarabin, IDAC, I-MAC, IVA, IVA+ATRA, IVA+Valproinsäure, IVA+Valproinsäure+ATRA, MAV, MAMAC, Mini-ICE, MTC)	AML
AML-Konsolidation (HAM, H-MAC, I-MAC, MAMAC, MHD-Ara-C/AMSA, MHD-Ara-C/Daunorubicin, MICE, NOVE)	AML
Block A, B oder C bei B-ALL, aggressiven Lymphomen und ZNS-Lymphomen bei Patienten unter dem vollendeten 60. Lebensjahr („Bonner Protokoll“), BEAM und DEXA-BEAM bei NHL	B-ALL, NHL
Konditionierungsprotokolle s. u.	

VDTPACE wurde aus der Beispielliste gestrichen.

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

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

Hyperthermie Chemotherapie

Das Verfahren wird verschlüsselt mit den Codes

HIPEC (Hyperthermie intraperitoneale Chemotherapie)	8-546.0
HITOC (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 (autolog)	8-542.21

Konditionierungsprotokoll	Kode
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-7 bis-3, Cy 2000 d-5bis-3)	8-543.52
Flu/Mel (Allo – Konditionierung, nicht AML)	8-542.52
Mega-CHOEP	8-543.34
HD-PEI	8-543.53
Carbo/Eto (Keimzelltumor)	8-543.32
Flu/Bu/ATG** (8-812.3 oder 8-812.4 für ATG)	8-543.51

6.2 Therapie mit Antikörpern oder Zytokinen

Therapie mit Antikörpern oder Zytokinen	Kode
Nicht modifizierte Antikörper (z. B. Rituximab, Alemtuzumab, Herceptin, Bevacizumab, 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.

6.3.1 Transfusion von Erythrozyten

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

Die Kodierung erfolgt über die Codes aus

	Kode
Erythrozytenkonzentrate	8-800.c-

6.3.2 Transfusion von Thrombozyten

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

Neu ist die Möglichkeit pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate gesondert zu kodieren. Dabei wird unterschieden in pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate Kode 8-800.d- und in pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate Kode 8-800.e-. Die Maßnahme der Pathogeninaktivierung wird vor dem Hintergrund der Reduktion von bakterieller und viraler Kontaminationen von Thrombozytenkonzentraten durchgeführt.

	Kode
Pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	8-800.d-
Pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	8-800.e-

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 Codegruppe

	Kode
Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	8-800.6-

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

	Kode
Apherese-Thrombozytenkonzentrate	8-800.9-

Thrombozytenkonzentrate

Für die Abrechnung von gepoolten Thrombozytenkonzentraten ist nicht mehr die äquivalente Menge von (Einzelspender-)Thrombozytenkonzentraten heranzuziehen, sondern die Gesamtzahl an Thrombozyten von mindestens 2×10^{11} pro Transfusionseinheit. Ein gepooltes Konzentrat entspricht in seinem medizinischen Effekt damit ungefähr einem Apheresekonzentrat. Damit ist die Definition transparenter. Die Kodierung erfolgt durch einen Kode aus

	Kode
Thrombozytenkonzentrate	8-800.b-

6.3.3 Transfusion von Leukozyten/ Transfusion von Granulozyten

Die Transfusion von Granulozyten erfolgt durch einen Kode aus

	Kode
Granulozytenkonzentrate	8-802.6-

Donor-Lymphozyten (DLI): die Kodierung erfolgt ohne Angabe der Menge

Lymphozyten vom gleichen Spender nach Transplantation 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:

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

6.4 Ernährungstherapie

Ernährungstherapie	Kode
Enterale Ernährungstherapie über eine Sonde als medizinische Hauptbehandlung	8-015.0
Parenterale Ernährungstherapie als medizinische Hauptbehandlung	8-016
Enterale Ernährungstherapie über eine Sonde als medizinische Nebenbehandlung (unterteilt nach Anzahl der Behandlungstage)	8-017.-
Komplette parenterale Ernährungstherapie als medizinische Nebenbehandlung (unterteilt nach Anzahl der Behandlungstage)	8-018.-

Bei der kompletten parenteralen Ernährungstherapie (als Nebenbehandlung) ist die Verabreichung über einen zentralvenösen Katheter Voraussetzung zur Anwendung des Kodes. Enterale oder parenterale Ernährungstherapie als Nebendiagnose ist bei Intensivpatienten nicht anzugeben. Bei allen genannten Kodes ist die Erstellung eines Behandlungsplanes inbegriffen.

6.5 Schmerztherapie, Palliativmedizin, allg. Komplexbehandlung

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

6.5.1 Schmerztherapie

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

Multimodale Schmerztherapie, mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage mit Unterteilung in Abhängigkeit der Therapieeinheiten	8-918.0-
Multimodale Schmerztherapie, mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage mit Unterteilung in Abhängigkeit der Therapieeinheiten	8-918.1-
Multimodale Schmerztherapie, mindestens 21 Behandlungstage mit Unterteilung in Abhängigkeit der Therapieeinheiten	8-918.2-
Komplexe Akutschmerzbehandlung	8-919
Multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung, max. 6 Tage	8-91b
Teilstationäre Multimodale Schmerztherapie	8-91c-
Basisbehandlung (mind. zwei definierte Verfahren)	8-91c.0-
Umfassende Behandlung (mind. drei definierte Verfahren)	8-91c.1-
Intensivbehandlung (mind. vier definierte Verfahren)	8-91c.2-

6.5.2 Palliativmedizin

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

Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung	Kode
Bis zu 6 Behandlungstage	8-98e.0
Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage	8-98e.1
Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage	8-98e.2
Mindestens 21 Behandlungstage	8-98e.3

Ab 2014 existieren zwei verschiedene Zusatzentgelte entsprechend der unterschiedlichen Komplexbehandlungen.

6.5.3 Sonstige Komplexbehandlungen

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

Multimodale Komplexbehandlung bei sonstiger chronischer Erkrankung	Kode
Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage	8-974.0
Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage	8-974.1
Mindestens 21 Behandlungstage	8-974.2

6.6 Diagnostik und Arbeitstechniken

6.6.1 Spezifische Diagnostik bei hämatologischen und onkologischen Erkrankungen

Knochenmark

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

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

Komplexe Staging-Untersuchungen bei Jugendlichen unter 19 Jahren:

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

Bedingungen:

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

Komplexkode für die Diagnostik bei Leukämien

(ICD-10-GM C90-95; D46):

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

Bedingungen:

- Knochenmarkpunktion/Knochenmarkaspiration
- Durchführung folgender Zusatzuntersuchungen:
Morphologische Beurteilung, Immunphänotypisierung/
FACS Analyse, klassische Zytogenetik, mindestens ein
molekularbiologisches Verfahren (z. B. FISH, PCR, Array)
- Hochauflösende 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 einigen DRG gruppierungsrelevant.

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

Molekulares Monitoring der Resttumorlast (MRD) und Genmutationsanalysen (diese Codes sind nur einmal während des stationären Aufenthaltes anzugeben)	Kode
Durchführung von Genmutationsanalysen und Genexpressionsanalysen bei soliden bösartigen Neubildungen. (Analysen (z. B. Kras, Her2-neu, EGF-R) zur Prognosebestimmung und zur Therapieplanung und -steuerung bei einem malignen Tumor, z. B. PCR- und Sequenzanalyse, FISH, Immunhistochemische Analyse (ICA)) Analyse von 1 bis 2 genetischen Alterationen	1-992.0
Analyse von 3 bis 12 genetischen Alterationen	1-992.2
Analyse von 13 und mehr genetischen Alterationen	1-992.3
Automatisierte Anreicherung mit immunzytochemischer Detektion zirkulierender Tumorzellen (CTC)	1-993
In-vitro-Bestimmung des Genexpressionsprofils mittels RNA aus Monozyten des peripheren Blutes bei Zustand nach Transplantation	1-994

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

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

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

Diagnostische Techniken ohne eigenen Kode

- KM-Aspirationszytologie
- Immunphänotypisierung (FACS-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.

6.6.2 Allgemeine diagnostische und therapeutische Prozeduren

Biopsien

Art der Biopsie	Kode
Hautbiopsie (Stanze) Die Lokalisation ist an der 5. Stelle anzugeben, ggf. auch die Seitenlokalisation	1-490.-↔
Mammabiopsie ohne Steuerung durch bildgebende Verfahren	
– Feinnadel	1-493.30↔
– Stanze ohne Clipmarkierung der Biopsieregion	1-493.31↔
– Stanze mit Clipmarkierung der Biopsieregion	1-493.32↔
Mammabiopsie mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	
– Feinnadel	1-494.30↔
– Stanze ohne Clipmarkierung der Biopsieregion	1-494.31↔
– Stanze mit Clipmarkierung der Biopsieregion	1-494.32↔

Art der Biopsie	Kode
Lymphknotenbiopsie ohne Inzision ohne Steuerung durch bildgebende Verfahren. Die Lokalisation ist an der 5. Stelle anzugeben, ggf. auch die Seitenlokalisation	1-425.- ↔
Lymphknotenbiopsie ohne Inzision mit Steuerung durch bildgebende Verfahren. Die Lokalisation ist an der 5. Stelle anzugeben, ggf. auch die Seitenlokalisation	1-426.-↔
Lymphknotenbiopsie durch Inzision Die Lokalisation ist an der 5. Stelle anzugeben, ggf. auch die Seitenlokalisation	1-586.-↔

Punktionen

Art der Punktion	Kode
Leberpunktion (diagnostisch)	1-845
Perkutane (Nadel-)Biopsie, Leber	1-441.0
Perkutane Biopsie mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, Leber	1-442.0
Schilddrüse (diagnostisch)	1-859.0
Perikard-Punktion (diagnostisch)	1-842
Perikard-Punktion (therapeutisch)	8-152.0
Pleurapunktion (diagnostisch) ►	1-844↔
Pleurapunktion (therapeutisch) ►	8-152.1↔
Pleuradrainage großlumig (Bülaudrainage)	8-144.0↔
Pleuradrainage kleinlumig, dauerhaftes Verweilsystem	8144.1↔
Pleuradrainage kleinlumig (Pleurakatheter)	8-144.2↔

Art der Punktion	Kode
Aszitespunktion (diagnostisch) ►	1-853.2
Aszitespunktion (therapeutisch) ►	8-153
Drainageeinlage in Peritonealraum	8-148.0
Lumbalpunktion Liquor (diagnostisch)	1-204.2
Endosonografische FNP (Feinnadelpunktion)	
– Oberer Verdauungstrakt	1-445
– 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

Therapeutische Prozeduren

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

6.6.3 Hyperthermie

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

Art der Hyperthermie	Kode
Lokoregionale, lokale (oberflächliche) Hyperthermie	8-600.0
Lokoregionale Tiefenhyperthermie	8-600.1
Teilkörperhyperthermie (Erwärmung einer Körperregion wie Becken, Bauch) <u>mit MR-Monitoring</u> Das MR-Monitoring wird nicht zusätzlich kodiert.	8-601
Ganzkörperhyperthermie Die Anwendung der Herz-Lungen-Maschine wird gesondert kodiert <i>8-851.- Operativer äußerer Kreislauf (bei Anwendung der Herz-Lungen-Maschine).</i>	8-602
Interstitielle und intrakavitäre Hyperthermie Eine Thermoablation wird mit einem Kode aus dem Kapitel 5 „Operationen“ unter dem jeweiligen Verfahren, z. B. Destruktion von erkranktem Gewebe, kodiert.	8-603
Computergestützte Planung aus CT- oder MRT-Daten einer Hyperthermie	8-604
Hypertherme intraperitoneale Chemotherapie [HIPEC]	8-546.0
Hypertherme intrathorakale Chemotherapie [HITOC]	8-546.1

6.6.4 Radiologische Prozeduren bei Tumorpatienten

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

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

Arteriographie der thorakalen Gefäße	3-603
Arteriographie der Gefäße des Abdomens (incl. viscerale Gefäße)	3-604
Arteriographie der Gefäße des Beckens	3-605
Supraselektive Arteriographie	3-608

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

Perkutan-transluminale Gefäßintervention:

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

Beispiele:

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

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

Arteriographie der Gefäße des Abdomens (incl. viscerale Gefäße)	3-604
Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immun- modulatoren, arteriell	8-541.6
Intraarterielle Radiorezeptorthherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga	8-530.a0
Intraarterielle Therapie mit sonstigen radioaktiven rezeptorgerichteten Substanzen	8-530.a1
Intraarterielle Radionuklidtherapie mit radioaktiven Antikörpern	8-530.a2

Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie (SIRT) mit Yttrium-90-markierten Mikrosphären	8-530.a5
Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie (SIRT) mit Rhenium-188-markierten Mikrosphären	8-530.a6

Weitere Kodes für verschiedene Therapien mit offenen Radionukliden siehe OPS-Katalog.

Perkutane Therapie von Lebertumoren (Bildgebung nicht gesondert kodierbar)

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

Szintigraphie

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

6.6.5 Sonstige Techniken

Die extrakorporale Photopherese wird kodiert mit

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

Damit sind die Teilprozeduren für die ärztliche und pflegerische Leistung und der Aufwand für das Gerät, die Leuchtenbaugruppe und das Photopharmazeutikum erfasst. Pro Sitzung (ca. 4 h Dauer) wird jeweils ein Kode verschlüsselt. Die Photopherese kann als Zusatzentgelt abgerechnet werden.

7. Stammzelltransplantation (Knochenmark und periphere Blutstammzellen)

7.1 Stammzellgewinnung

Die Stammzellgewinnung wird mit unterschiedlichen Kodes beschrieben, in Abhängigkeit der Quelle (Knochenmark, periphere Stammzellen) und der Verwendung (Eigenspende, Fremdspende). Die weitere Differenzierung betrifft dann die Aufbereitung, die mit einem Extrakode anzugeben ist, und zwar von der Klinik, die den Aufwand bzw. die Kosten hat. Dieser Kode 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 Chemotherapie): ICD der Grundkrankheit Z52.01 Stammzellspender
HD ND	
Proz.	5-410.10 Entnahme von hämatopoetischen Stammzellen aus peripherem Blut zur Eigenspende
Ggf.	5-410.2- Art der In-vitro-Aufbereitung (Details siehe 7.1.1)

Die medikamentöse Stimulation vor der Entnahme ist im OPS-Code enthalten. Wenn das Medikament zur Stimulation in den Listen für Medikamente in Kapitel 6 des OPS-Katalogs enthalten ist, ist dieser Code zusätzlich anzugeben (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.	5-410.2 Art der In-vitro-Aufbereitung (Details siehe 7.1.1)

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

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

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

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

Für den Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen kann ein krankenhausindividuelles Zusatzentgelt (ZE 2014-35) vereinbart werden.

7.2 Stammzelltransplantation

7.2.1 Allgemeine Hinweise zur Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen

Die Codes für die Konditionierungsschemotherapie 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 (resp. die Kosten) der Aufbereitung hat. Die alleinige Angabe der Art der Aufbereitung (z. B: Erythrozytendepletion) ist nicht DRG-entscheidend.

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

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

7.2.2 HLA-Identität

HLA-Identität liegt vor:

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

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

Eine fehlende Übereinstimmung im Allelbereich wird auch als Subtyp mismatch oder Allel mismatch bezeichnet. So ist dann z. B. ein Befund eines HLA-DQB1 subtyp MM (mismatch) als nicht-HLA-ident zu verschlüsseln.

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 bei Differenz in 1 Antigen	5-411.26
Ohne In-vitro-Aufbereitung bei Differenz in 2–3 Antigenen (haploident)	5-411.27

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

Allogen, nicht HLA-identisch, nicht-verwandter 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, nicht-verwandter 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

Allogen, nicht-HLA-identisch, verwandter Spender	Kode
Ohne In-vitro-Aufbereitung bei Differenz in 1 Antigen	8-805.26
Ohne In-vitro-Aufbereitung bei Differenz in 2–3 Antigenen (haploident)	8-805.27
Nach In-vitro-Aufbereitung bei Differenz in 1 Antigen	8-805.24
Nach In-vitro-Aufbereitung bei Differenz in 2–3 Antigenen (haploident)	8-805.25

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

Allogen, HLA-identisch, nicht-verwandter 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 und Retransplantation

Bezeichnung	Kode
Stammzellboost nach erfolgter Stammzelltransplantation Ohne In-vitro-Aufbereitung	8-805.60
Stammzellboost nach erfolgter Stammzelltransplantation Nach In-vitro-Aufbereitung	8-805.62

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

Für die Prozedur 8-805.62, d. h. Stammzellboost nach In-vitro-Aufbereitung, kann das krankenhausindividuelle Zusatzentgelt ZE2014-44 verhandelt werden.

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.

Für die selten erforderliche Retransplantation im selben Aufenthalt gibt es ab 2014 neue Codes, jeweils für Knochenmark und peripher gewonnene Stammzellen.

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

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

7.2.6 Konditionierung und Ganzkörperbestrahlung

Die Chemotherapie bei der Konditionierung wird nach den allgemeinen Regeln für die Chemotherapie kodiert. Seit 2012 ist der OPS-Schlüssel für die Ganzkörperbestrahlung aufgeteilt in 3 Kodes:

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

7.3 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 Codes.) [vgl DKR P015m]

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

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

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

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

Akute Leber-Graft-versus-host-Krankheit	Kode
Stadium 1 (Bilirubin 2–3 mg/dl bzw. 34–52 µmol/l)	K77.11*
Stadium 2 (Bilirubin 3,1 bis 6 mg/dl bzw. 53 bis 104 µmol/l)	K77.12*
Stadium 3 (Bilirubin 6,1 bis 15 mg/dl bzw. 105 bis 259 µmol/l)	K77.13*
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 > 1.000 ml/d)	K93.22*
Stadium 3 (Diarrhoen > 1.500 ml/d)	K93.23*
Stadium 4 (Schmerzen/Ileus)	K93.24*

Chronische GvHD

Definition der begrenzten Form:

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 fehlen. 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]) bzw. COP (kryptogene organisierende Pneumonie) 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 erfasst 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 Kodes 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, abnormer Lungenfunktionstest, abnorme submuköse Drüsen in der Biopsie. Diese Erkrankungen können kodiert werden in Abhängigkeit der überwiegenden Störung mit z. B.:

Bronchiolitis obliterans (BOP) bei obstruktiver Störung

J44.8- Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit

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

Bronchiolitis obliterans organisierende Pneumonie (BOOP oder COP) bei restriktiver Störung.

J84.8 Sonstige näher bezeichnete interstitielle Lungenkrankheiten oder

J84.1 Sonstige interstitielle Lungenerkrankung mit Fibrose

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. Beispiel: Generalisierter Herpes zoster 4 Monate nach autologer Stammzelltransplantation.

7.3.3 Veno-occlusive Disease

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

Defibrotide zur Therapie der VOD wird mit dem Kode 6-005.k verschlüsselt.

7.3.4 Weitere im Bereich der Transplantation benützte Kodes 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 und kodiert werden müssen.

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

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

In den folgenden Tabellen finden Sie die für die Hämatologie/Onkologie bedeutsamen ZE. Unter Anlage finden Sie die entsprechende Anlage des Fallpauschalenkatalogs 2014 in der das Zusatzentgelt abgebildet ist.

8.1 Zusatzentgeltfähige Medikamente

8.1.1 Zytostatika und Tyrosinkinaseinhibitoren

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

Bortezomib, parenteral (ZE 49)	Anlage	Kode
19 Dosisklassen	5	6-001.9-

Busulfan, parenteral (ZE79)	Anlage	Kode
17 Dosisklassen ACHTUNG: nur für Kinder abrechenbar	5	6-002.d-

Carmustin-Implantat, intrathekal (ZE 96)	Anlage	Kode
3 Dosisklassen	5	6-003.3-

Clofarabin, parenteral (ZE 142)	Anlage	Kode
29 Dosisklassen	5	6-003.j-

Cytarabin, liposomal, intrathekal (ZE 75)	Anlage	Kode
4 Dosisklassen	5	6-002.a-

Dasatinib oral (ZE 2014-91)	Anlage	Kode
18 Dosisklassen	5	6-004.3-

Docetaxel, parenteral (ZE 80)	Anlage	Kode
4 Dosisklassen	5	6-002.h-

Doxorubicin, liposomal, parenteral (ZE 52)	Anlage	Kode
22 Dosisklassen	5	6-001.b-

Doxorubicin, pegyliert, liposomal, parenteral (ZE 72)	Anlage	Kode
18 Dosisklassen	5	6-002.8-

Gemcitabin, parenteral (ZE 17)	Anlage	Kode
6 Dosisklassen	5	6-001.1-

Imatinib, oral (ZE 92)	Anlage	Kode
18 Dosisklassen	5	6-001.g-

Irinotecan, parenteral (ZE 19)	Anlage	Kode
6 Dosisklassen	5	6-001.3-

Lenalidomid, oral (ZE 2014-77)	Anlage	Kode
20 Dosisklassen	5	6-003.g-

Nelarabin, parenteral (ZE 2014-79)	Anlage	Kode
24 Dosisklassen	6	6-003.e-

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

Pemetrexed, parenteral (ZE 53)	Anlage	Kode
19 Dosisklassen	5	6-001.c-

Sunitinib, oral (ZE 2014-74)	Anlage	Kode
15 Dosisklassen	6	6-003.a-

Sorafenib, oral (ZE 2014-75)	Anlage	Kode
18 Dosisklassen	6	6-003.b-

Temsirolimus, parenteral (ZE 2014-85)	Anlage	Kode
13 Dosisklassen	6	6-004.e-

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

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

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

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

8.1.2 Antikörper

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

Catumaxomab, parenteral (ZE 2014-92)	Anlage	Kode
18 Dosisklassen	6	6-005.1-

Cetuximab, parenteral (ZE 50)	Anlage	Kode
19 Dosisklassen	5	6-001.a-

Eculizumab, parenteral (ZE 2014-93)	Anlage	Kode
20 Dosisklassen	6	6-003.h-

Infliximab, parenteral (ZE 68)	Anlage	Kode
17 Dosisklassen	5	6-001.e-

Ofatumumab (ZE 2014-100)	Anlage	Kode
17 Dosisklassen	6	6-006.4-

Palifermin, parenteral (ZE 95)	Anlage	Kode
12 Dosisklassen	5	6-003.2-

Panitumumab parenteral (ZE 116)	Anlage	Kode
14 Dosisklassen	5	6-004.7-

Rituximab, parenteral (ZE 82)	Anlage	Kode
19 Dosisklassen	5	6-001.6-

Trastuzumab, parenteral (ZE 27)	Anlage	Kode
19 Dosisklassen	5	6-001.7-

8.1.3 Antimykotika

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

Amphotericin-B-Lipidkomplex, parenteral (Abelcet [®] , ZE 2014-80)	Anlage	Kode
22 Dosisklassen	6	6-003.1-

Anidulafungin, parenteral (ZE 115)	Anlage	Kode
27 Dosisklassen	5	6-003.k-

Caspofungin, parenteral (ZE 109)	Anlage	Kode
28 Dosisklassen	5	6-002.p-

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

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

Posaconazol, oral (ZE 114)	Anlage	Kode
23 Dosisklassen	5	6-003.0-

Voriconazol, parenteral (ZE 112)	Anlage	Kode
28 Dosisklassen	5	6-002.r-

Voriconazol, oral (ZE 111)	Anlage	Kode
15 Dosisklassen	5	6-002.5-

8.1.4 Wachstumsfaktoren

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

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

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

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

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

Sargramostim, parenteral (ZE2014-33)	Anlage	Kode
24 Dosisklassen	6	6-001.4-

8.1.5 Immunmodulatoren

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

Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral (ZE 2014-46)		Kode
Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin vom Kaninchen, parenteral		8-812.3
Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin vom Pferd, parenteral		8-812.4

Interferon alfa-2a, nicht pegylierte Form, parenteral (ZE 2014-59)	Anlage	Kode
22 Dosisklassen	6	8-812.1-

Interferon alfa-2b, nicht pegylierte Form, parenteral (ZE 2014-60)	Anlage	Kode
23 Dosisklassen	6	8-812.2-

8.2 Blut und Blutprodukte (einschl. Stammzellen, DLI)

Erythrozytenkonzentrat (ZE 107)	Anlage	Kode
23 Dosisklassen	5	8-800.c-

Thrombozytenkonzentrat (ZE 94)	Anlage	Kode
29 Dosisklassen nicht pathogeninaktiviert	5	8-800.b-
29 Dosisklassen pathogeninaktiviert	5	8-800.e-

Patientenbezogenes Thrombozytenkonzentrat (ZE 108)	Anlage	Kode
24 Dosisklassen	5	8-800.6-

Apherese-Thrombozytenkonzentrat (ZE 84)	Anlage	Kode
29 Dosisklassen nicht pathogeninaktiviert	5	8-800.9-
29 Dosisklassen pathogeninaktiviert	5	8-800.d-

Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen (ZE 2014-35)	Anlage
Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen über Spenderdateien bei nicht-verwandten Spendern oder Bezug von hämatopoetischen Stammzellen von außerhalb Deutschlands bei Familienspendern	6

Fremdbezug von Donor-Lymphozyten (ZE 2014-99)	Anlage	
Fremdbezug von Donor-Lymphozyten über Spenderdateien bei nicht-verwandten Spendern oder Bezug von Donor-Lymphozyten von außerhalb Deutschlands bei Familienspendern	6	

Antithrombin III, parenteral (ZE 47)	Anlage	Kode
17 Dosisklassen	5	8-810.g-

Prothrombinkomplex, parenteral (ZE 30) Nicht abrechenbar wenn ZE 2014-97 (Bluter) abgerechnet wird.	Anlage	Kode
12 Dosisklassen	5	8-812.5-

Granulozytenkonzentrate (ZE 2014-34)	Anlage	Kode
12 Dosisklassen	6	8-802.6-

Human-Immunglobuline, spezifisch gegen Zytomegalie-Virus (CMV), parenteral (ZE 64)	Anlage	Kode
15 Dosisklassen	5	8-810.s-

Human-Immunglobuline, polyvalent, parenteral (ZE 93)	Anlage	Kode
28 Dosisklassen	5	8-810.w-

Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Varicella-Zoster-Virus (VZV), parenteral (ZE 67)	Anlage	Kode
14 Dosisklassen	5	8-810.t-

Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Hepatitis-B-surface-Antigen, parenteral (ZE 51)	Anlage	Kode
20 Dosisklassen	5	8-010.q-

Behandlung mit Blutgerinnungsfaktoren (krankenhausindividuelle ZE)	Anlage	Kode
ZE 2014-97: Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren: an bestimmte ICD-Diagnosen gebunden, in der Regel angeborene Gerinnungsstörungen (siehe FP-Katalog)	6 und 7	8-810.--
ZE 2014-98: Behandlung mit Blutgerinnungsfaktoren: an bestimmte ICD-Diagnosen gebunden, in der Regel erworbene Gerinnungsstörungen (siehe FP-Katalog). Schwellenwert Summe größer 9.500 €.	6 und 7	8-810.--

8.3 Radioimmuntherapeutika

DOTATOC (ZE 2014-71)	Anlage	Kode
Radiorezeptorthherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga intravenöse	6	8-530.60
Radiorezeptorthherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga intraarteriell	6	8-530.a0

SIRT (ZE 2014-65)	Anlage	Kode
Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie (SIRT) mit Yttrium-90-markierten Mikrosphären	6	8-530.a5
Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie (SIRT) mit Rhenium-188-markierten Mikrosphären	6	8-530.a6

8.4 Sonstige

	Palliativmedizinische Komplexbehandlung (ZE 60)	Kode
ZE 60.01	Palliativmedizinische Komplexbehandlung, mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage	8-982.1
ZE 60.02	Palliativmedizinische Komplexbehandlung, mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage	8-982.2
ZE 60.03	Palliativmedizinische Komplexbehandlung, mindestens 21 Behandlungstage	8-982.3

	Spezialisierte stationäre palliativ-medizinische Komplexbehandlung (ZE 145)	Kode
ZE 145.1	Spezialisierte stationäre palliativ-medizinische Komplexbehandlung, mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage	8-96e.1
ZE 145.2	Spezialisierte stationäre palliativ-medizinische Komplexbehandlung, mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage	8-96e.2
ZE 145.3	Spezialisierte stationäre palliativ-medizinische Komplexbehandlung, mindestens 21 Behandlungstage	8-96e.3

	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	Anlage	Kode
ZE 130	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen,	5	9-200.-

8.5 Hämatologisch und onkologisch wichtige NUB

Die Tabelle enthält die NUBs, die 2013 den Status 1 erhalten haben und die NUBs, die von der DGHO als Antrag empfohlen wurden. Die Liste der 2014 mit dem Status 1 versehenen NUBs wird vom InEK Ende Januar/Anfang Februar 2014 veröffentlicht. Die Tabelle enthält weiterhin einige Medikamente, die verschlüsselt werden können, ohne dass sie ZE oder NUB sind.

Wirkstoff	Kode OPS 2014	2013 mit Status 1	2013 als Antrag für 2014 empfohlen
Arsentrioxid, parenteral	6-005.5	x	x
Abirateronacetat	6-006.2	x	x
Afatinib			x
Axitinib, oral	6-006.g	x	x
Brentuximab, parenteral	6-006.b	x	x
Bosutinib	n. n. d		x
Cabazitaxel	6-006.1	x	x
Carfilzomib	n. n. d.	Status 4	x
Crizotinib, oral	6-006.c	x	x
Decitabin, parenteral [^]	6004.4	x	x
Defibrotide	6-005.k	x	x
Denileukin Diftitiox, parenteral	6-005.6	x	x
Dabrafenib	n. n. d.		x
Eltrombopag	6-006.0		x
Enzalutamid	n. n. d.	Status 4	x
Eribulin	6-006.5	x	x
Etarfolatid	n. n. d		x
Everolimus bei Neplasie	6-005.8	x	x
Ipilimumab	6-006.3	x	x
Lipegfilgrastim	n. n. d		x
Mifamurtid	6-005.g	x	x
Nilotinib	6-004.6	x	x
Nab-Paclitaxel	6-005.d	x	x
Obintuzumab	n. n. d		x
Pazopanib	6-005.a	x	x

Wirkstoff	Kode OPS 2014	2013 mit Status 1	2013 als Antrag für 2014 empfohlen
Pertuzumab	n. n. d.		x
Pixantron	6-006.e	x	x
Pomalidomid	n. n. d.		x
Ponatinib	n. n. d.		x
Posaconazol, Tablette	n. n. d.		x
Posaconazol, i. v.	n. n. d.		x
Regorafenib	n. n. d.		x
Rituximab s. c.	n. n. d.		x
Ruxolitinib	n. n. d.		x
Temozolamid i. v.	6-005.c	x	x
Trametinib	n. n. d.		x
Trastuzumab Emsantine	n. n. d.		x
Vandetanib	n. n. d.		x
Vemurafenib, oral	6-006.f	Status 4	x
Vintafolid	n. n. d.		x
Vismodegib	n. n. d.		x
Zlv-Aflibercept	n. n. d.	Status 4	x
adoptiver Transfer von viruspezifischen T-Zellen	8-802.41	Status 4	x
Molekulares Monitoring der Resttumorlast (MRD)	1-991.0 1-991.1	x	x

n. n. d. = noch nicht definiert. Für diese Verfahren wurde im OPS 2014 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.

8.6 Beispiele

In diesem Kapitel sind einige typische Beispiele für die Kodierung hämatologisch-onkologischer Patienten. Dabei sind auch Diagnosen und Prozeduren aufgeführt, die nicht immer bei solchen Fällen vorkommen. Teilweise wird nur der Oberbegriff einer Kodeklasse aufgeführt, teilweise sehr spezifisch der Kode für eine Untergruppe. Mit der rechten Spalte wird angegeben, in welchem Kapitel das Thema erläutert wird. Beispielhaft sind auch Codes allgemeiner Art aufgeführt, die in diesem Kodierleitfaden nicht explizit behandelt werden.

8.6.1 Beispiele Infektionen

Patient mit Fieber in Aplasie. Im Verlauf zeigt sich als Fokus eine pulmonale Pilzinfektion mit Nachweis von Aspergillus fumigatus in der BAL		Verweis
Diagnosen	ICD-10	Kapitel Nr.
Hämato-/Onkologische Grunderkrankung	Kode aus Kapitel C/D	5.1- 5.4
Invasive Aspergillose der Lunge	B44.0+	5.8
(bei fehlendem Nachweis des Aspergillus, jedoch wahrscheinlicher Aspergillose)	B44.1+	5.8
Pneumonie bei Mykosen	J17.2*	5.8
Agranulozytose/Neutropenie	D70.--	5.6.3
Prozeduren	OPS	
Abnahme von 2 Blutkulturpärchen	Kein Kode	
Rö-Thorax	Kein Kode	

Patient mit Fieber in Aplasie. Im Verlauf zeigt sich als Fokus eine pulmonale Pilzinfektion mit Nachweis von Aspergillus fumigatus in der BAL		Verweis
Prozeduren	OPS	
CT-Thorax mit KM	3-222	
Bronchoskopie	1-620.-	
Biopsie bei der Bronchoskopie	1-430.-	
antimykotische Therapie	Kodes aus 6-002/ 3/4.--	8.1.3
Wachstumsfaktoren	6-002.--	8.1.4

Patient in der Neutropenie erleidet eine Sepsis, Notwendigkeit der Verlegung auf eine Intensivstation, Beatmung		Verweis
Diagnosen	ICD-10	Kapitel Nr.
Hämato-/Onkologische Grund- erkrankung	Kode aus Kapitel C/D	5.1-5.4
Sepsis	z. B. A02.-; A32.7; A39.-, A40-A41.- B00.7; B37.7 B44.7	5.8.6
Im Falle eines septischen Schocks zusätzlich zum Sepsiskode	R57.2	5.8.6

Patient in der Neutropenie erleidet eine Sepsis, Notwendigkeit der Verlegung auf eine Intensivstation, Beatmung		Verweis
Diagnosen	ICD-10	Kapitel Nr.
SIRS	R65.-	5.8.6
Erreger, falls nicht im Infektionscode enthalten	B95-98	5.8.6
Resistenz des Erregers	U80-85!	5.8.11
Organkomplikationen (Nierenversagen, DIC, Azidose, ARDS etc.)	N17.9; D65.1, E87.2, G93.4, J80	5.8.6
Agranulozytose/Neutropenie	D70.--	5.6.3
Prozeduren	OPS	
Abnahme von 2 Blutkulturpärchen	Kein Kode	
Rö-Thorax	Kein Kode	
CT-Thorax	3-202 oder 3-222	
Intubation/Beatmung	8-70; 8-71	
Transfusionen von Erythrozytenkonzentraten	8-800.b-	6.3
Gabe von Gerinnungsfaktoren	8-81-	5.7
Dialyse	8-85-	
Intensivmedizinische Komplexbehandlung	8-98.0- 8-98f.-	

8.6.2 Beispiele Leukämie/Lymphome

Akute myeloische Leukämie, Erstdiagnose, Induktionstherapie, mit üblichen Komplikationen		Verweis
Diagnosen	ICD-10	Kapitel Nr.
Akute Myeloische Leukämie, nicht in Remission	C92.00	5.2
Zytostatika-induzierte Anämie	D61.10	5.6.1
Therapie-induzierte Granulopenie (weniger als 500 Neutrophile/ μ l für insgesamt 17 Tage)	D70.11	5.6.3
Therapie-induzierte Thrombozytopenie (transfusionspflichtig, nicht transfusionrefraktär)	D69.58	5.6.2
Umkehrisolierung bei schwerer Neutropenie	Z29.0	5.8.3
Sepsis in der Neutropenie ohne Erregernachweis, ohne Organkomplifikationen, antibiotisch behandelt	A41.9	5.8.6
Zusatzkode: SIRS infektiöser Genese ohne Organkomplikationen	R65.0	5.8.6
Hypokaliämie (durch Kaliuminfusionen ausgeglichen)	E87.6	
Prozeduren	OPS	
Komplexe Diagnostik bei Erstdiagnose incl. HLA-Typisierung	1-941.1	6.6.1
Knochenmarkpunktion bei Erstdiagnose	1-424	6.6.1

Akute myeloische Leukämie, Erstdiagnose, Induktionstherapie, mit üblichen Komplikationen		Verweis
Prozeduren	OPS	
Knochenmarkpunktion im Verlauf (Frühpunktion)	1-424	
Legen eines zentralvenösen Katheters	8-831.0	
Induktionstherapie (DA)	8-544.0	6.1
CT Thorax nativ zur Suche nach mögl. Pneumonie	3-202	
Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D Auswertung	3-990	
Filgrastim s.c. 12x30 Mio Einheiten	6-002.14	8.1.4
Posaconazol oral als antimykotische Prophylaxe, insgesamt 10.200 mg	6-003.07	8.1.3
Gabe von insgesamt 7 Apherese-Thrombozytenkonzentraten	8-800.94	6.3
Gabe von insgesamt 10 Erythrozyten-Konzentraten	8-800.c1	6.3

Diffus großzelliges B-Zell-Lymphom, Rezidiv mit ZNS-Befall, Intensivierte Rezidivtherapie, Komplikationen		Verweis
Diagnosen	ICD-10	Kapitel
Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom	C83.3	5.1
Befall Gehirn oder Hirnhäute	C79.3	5.5
Zytostatika-induzierte Anämie	D61.10	5.6.1
Therapie-induzierte Granulopenie (weniger als 500 Neutrophile/ μ l für insgesamt 5 Tage)	D70.13	5.6.3

Diffus großzelliges B-Zell-Lymphom, Rezidiv mit ZNS-Befall, Intensivierte Rezidivtherapie, Komplikationen		Verweis
Diagnosen	ICD-10	Kapitel
Therapie-induzierte Thrombozytopenie (transfusionspflichtig, nicht transfusionrefraktär)	D69.58	5.6.2
Umkehrisolierung bei schwerer Neutropenie	Z29.0	5.8.3
Therapieinduzierte generalisierte Mukositis	K91.80	5.10.2
Fieber bei Staphylokokken-Bakterämie (Sepsiskriterien nicht erfüllt)	A49.0	5.8.4
Zusatzcode: koagulase-negative Staphylokokken	B95.7!	5.8.4
Hirnorganisches Psychosyndrom aufgrund des Lymphombefalles	F07.9	
Hemiparese aufgrund des Lymphombefalles	G81.0	
Prozeduren	OPS	
MRT Schädel mit KM	3-820	
Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D Auswertung	3-990	
Diagnostische Liquorpunktion (Lumbal)	1-204.2	6.6.2
Anlage eines ZVK	8-831.0	
Therapie mit Rituximab	8-547.0	6.2
Zusatzcode für Medikament: Rituximab 700 mg	6-001.66	8.1.2

Diffus großzelliges B-Zell-Lymphom, Rezidiv mit ZNS-Befall, Intensivierte Rezidivtherapie, Komplikationen		Verweis
Prozeduren	OPS	
Therapie mit Hochdosis MTX-AraC (3 Tage gesamt)	8-543.32	6.1
Gabe von 2 Apherese-TK	8-800.90	8.2
Hochaufwendige Pflege, 170 Aufwandspunkte	9-200.7	8.4

8.6.3 Beispiel Transplantation

Patient mit ALL zur Stammzelltransplantation mit HLA-identem, nicht-verwandten Spender mit u. a. akuter GvHD der Haut > 50 % der Hautoberfläche		Verweis
Diagnosen	ICD-10	Kapitel Nr.
Akute lymphatische Leukämie ohne Angabe einer Remission	C91.00	5.2
Zytostatika-induzierte Anämie	D61.10	5.6.1
Therapie-induzierte Granulopenie (weniger als 500 Neutrophile/ μ l für insgesamt 17 Tage)	D70.11	5.6.3
Therapie-induzierte Thrombozytopenie (transfusionspflichtig, nicht transfusionsrefraktär)	D69.58	5.6.2
Orale Mukositis	K12.3	5.10.2
Akute Graft-versus-host-Krankheit Grad I und II	T86.01	7.3.1

Patient mit ALL zur Stammzelltransplantation mit HLA-identem, nicht-verwandten Spender mit u. a. akuter GvHD der Haut > 50 % der Hautoberfläche		Verweis
Diagnosen	ICD-10	Kapitel Nr.
GVHD der Haut Stadium 3	L99.13	7.3.1
Prozeduren	OPS	
Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen, allogene, HLA-ident, nicht verwandt, ohne In-vitro-Aufbereitung	8-805.50	7.2.4
Art des Transplantates: allogene, ABO nicht kompatibel	5-930.21	7.2.1
Infektiologisches Monitoring bei Immunsuppression (genaue Bedingungen siehe OPS-Katalog)	1-930.0	5.8.1
Molekulares Monitoring der Resttumorlast	1-991.1	6.6.1
Konditionierung mit Fludarabin/Melphalan Tag -6 bis -2	8-542.52	6.1
Methotrexat an Tag 1 und 3	8-542.21	6.1
Methotrexat an Tag 6	8-542.11	6.1
Ciclosporin i. v.	8-547.30	6.1
Transfusion von Erythrozytenkonzentraten	8-800.c-	6.3
Transfusion von Apherese-Thrombozytenkonzentraten	8-800.9-	6.3

8.6.4 Beispiel Onkologie

Patient mit metastasierten (Leber, abd. Lymphknoten) Adenokarzinom des rektosigmoidalen Übergangs erhält eine Chemotherapie mit FOLFOX-6 und Cetuximab. Die eingeschränkte klinische Situation macht eine stationäre Behandlung notwendig. Ein K-RAS Wildtyp wird in diesem stationären Aufenthalt nachgewiesen.		Verweis
Diagnosen	ICD-10	Kapitel Nr.
Adenokarzinom des rektosigmoidalen Übergangs	C19	5.4.2
Lebermetastasen	C78.7	5.4.3
Lymphknotenmetastasen	C77.2	5.5
Prozeduren	OPS	
K-RAS Mutationsanalyse	1-992.0	6.6.1
FOLFOX-6	8-543.12	6.1
Cetuximab (600 mg)	8-547.0 6-001.a3	6.2

9. Index

- A**
ABO-Kompatibilität 171
Adnexe 80
adoptiver Transfer 200
Agranulozytose 14, 16, 19, 93, 99,
100, 101, 111, 113, 201, 203
akute GvHD 177, 178, 179, 207,
208
Aldesleukin 193
Alkoholinjektion 166
ALL 37, 61, 67, 68, 145, 147, 148,
207, 208
Allogen 173, 174, 175
AML 67, 69, 70, 142, 145, 147, 148,
149
Amphotericin B, Lipidkomplex 191
Amphotericin B, liposomal 191
Analkarzinom 146
Anämie 91
aplastisch 93, 96
arzneimittelinduziert 93, 95, 96
autoimmunhämolytisch 95, 96,
131
Blutungs- 94
Eisenmangel 94
Evans-Syndrom 96, 98
Fanconi 96
Folsäure-Mangel 94
paroxysmale nächtliche
Hämoglobinurie 96
renal 93, 97
Sichelzellen 95
Tumor 96
Vitamin-B12-Mangel 94
Anämie, refraktär 70
Angiodysplasie 104
Angiosarkom 77, 86, 87
Anidulafungin 191
Antibiotikaphylaxe 126
Anti-Human-T-Lymphozyten 149,
193
Antikoagulanzen 103
Antikörper 92, 97 103, 107, 138,
140, 142, 144, 149, 165, 190
Bevacizumab 190
Catumaxomab 190
Cetuximab 190, 209
Eculizumab 190
Infliximab 190
Ofatumumab 13, 21, 190
Palifermin 190
Panitumumab 149, 190
radioaktiv markiert 39, 149
Rituximab 149, 191, 200, 206
Trastuzumab 191 200
Antimykotika 100, 191
Amphotericin B, Lipidkomplex 191
Amphotericin B, liposomal 191
Anidulafungin 191
Caspofungin 191
Itraconazol 191
Miconazol 191
Posaconazol 192, 200, 205
Voriconazol oral 120, 192
Voriconazol parenteral 120, 192
Antiphospholipidsyndrom 107
Antithrombin III 195
Arsentrioxid 199
Arteriographie 164, 165
Aspergillose 119, 201
Aszites 43, 44, 48, 50
Aszitespunktion 162
Augen 180
Ausrufezeichen-Kode 19, 28, 29,
111, 112
autolog 13, 148, 176
autonomes Nervensystem, Sarkom
87
Axitinib 13, 199
Azacytidin 142, 187
- B**
Bakteriämie 112
bakterielle Infektion 54, 111, 112,
113
B-ALL 61, 67, 147
Basisassessment 156
Basis-DRG 34, 56, 70
Behandlung, geplant 51, 53

- Bestrahlung 38, 40, 42, 150
 Beurlaubung 22, 23, 24
 Bevacizumab 190
 Biopsie
 Haut 160
 Lymphknoten 161
 Mamma 160
 Blut und Blutprodukte
 Apherese-Thrombozytenkonzentrat
 151, 152, 194
 Erythrozytenkonzentrat 150, 194
 Granulozytenkonzentrate 153, 195
 Thrombozytenkonzentrat 151, 152,
 194, 208
 Thrombozytenkonzentrat,
 patientenbezogen 151, 194
 Bluter 195, 196
 Blutkultur 109, 113, 115, 119
 Bluttransfusionen 150
 Blutung 92, 93, 98, 102, 103, 104,
 105, 116
 Gastritis 104
 Blutung, Angiodysplasie 104
 Blutung, gastrointestinal 101, 104
 Blutung, Ulcus 105
 BNPNAS 87
 Bortezomib 142, 187
 Bosutinib 199
 Brentuximab 199
 Bronchialkarzinom 142
 Budd-Chiari Syndrom 106
 Burkitt 67
 Burkitt-Lymphom 61, 63, 67
 Busulfan 187
- C**
- Cabazitaxel 199
 Candida 109, 120
 Candidämie 120
 Candida-Sepsis 120
 Carfilzomib 199
 Carmustin-Implantat 187
 Caspofungin 191
 Catumaxomab 190
 Cauda equina-Syndrom 132
 CD34-Selektion 171
 Cetuximab 190, 209
- Chemotherapie 19, 23, 25, 37, 38,
 39, 40, 42, 51, 52, 53, 56, 100,
 127, 138, 139, 140, 141, 142, 143,
 144, 145, 146, 147, 148, 163, 165,
 169, 171, 177, 184, 209
 arteriell 141, 165
 hochgradig komplexe 138, 146
 147
 intraperitoneal 141, 148, 163
 intrathekal 139, 141, 144, 187
 intrazerebral 141
 mittelgradig komplex 340, 138,
 144
 nicht komplex 138, 141, 142
 Chlamydien 112
 Chondrosarkom 86
 chronische myelomonozytäre
 Leukämie 70
 chronische GvHD 177, 178, 180,
 181, 182, 183
 chronische myeloische Leukämie
 69, 70
 CLL 58, 65
 Clofarabin 21, 147, 187
 CML 69, 72
 CMML 72
 CMV-Infektionen 121
 Crizotinib 13, 199
 Cytarabin 187
- D**
- Dasatinib 147, 187
 Defibrotide 184, 1996
 Dendritische Zellen 153, 185
 Denileukin Diftitox 199
 Diagnostik Leukämie 158
 DIC 102, 103, 117, 203
 Dickdarm 75, 76, 90
 DIMDI 15, 16, 27, 29, 93, 186
 Divertikulitis 104
 Divertikulose 104
 Docetaxel 143, 144, 188
 Donor-Lymphozyten 20, 21, 153,
 195
 DOTATOC 197
 Doxorubicin 143, 144, 145, 146,
 188
 Doxorubicin, liposomal 188
 Dünndarm 75, 90

E

EBV nach TX 63
Eculizumab 190
Eigenanamnese 41, 42, 43
Eltrombopag 199
Embolisation 164, 165
Enzalutamid 199
Enzephalopathie 117, 132
Eosinophilenleukämie 69
Epistaxis 22, 102
Eribulin 199
Erythrozytendepletion 168, 171
Erythrozytenkonzentrat 146, 198
Evans-Syndrom 96,98
Everolimus 199
Ewingsarkom 86
Ex-vivo-Zellkultursystem 159

F

Faktorenmangel 103
Fallpauschalenkatalog 13, 19, 186
Fallpauschalenvereinbarung 15
Fallpauschalenverordnung 34, 56
Feinnadelpunktion,
 endosonographisch 162
Fibrosarkom 86
Fieber unklarer Ursache 54, 110
Filgrastim 169, 192, 205

G

Gallenblase 77
Gallengangskarzinom 76
Gallenwege 77
Gastrointestinaltrakt 74 104, 182
Gehirn 39, 88, 89, 90, 205
Gemcitabin 143, 145, 146, 188
Genmutationsanalyse 158, 159
GIST 86
Gliome 144
Graft-versus-Host-Disease 177
Granulozytenkonzentrate 153, 195
Grenzverweildauer 34, 56
GvHD, akut 178, 178, 179, 207, 208
GvHD, chronisch 177, 178, 180,
 181, 182, 183
GvHD, Haut 178, 181
GvHD, Leber 178, 179,
GvHD, Verdauungstrakt 178, 179

H

Haarzellenleukämie 59
Hämatom, Muskel 102
Haemophilus influenzae 112
hämolytisch-urämisches Syndrom
 93, 96, 137
Hämophilie 102
Hämoptoe 102
Hämostaseologie 101, 131
Hand-Fuß-Syndrom 133
haploident 173,174,175
Harnblase 50, 81, 90, 141
Harnwegsinfekte 29
Hauptdiagnose 16, 28,, 32, 37, 38,
 39, 40, 43, 44, 46, 48, 49, 53, 55,
 91, 92, 134, 170
Haut 60, 76, 79, 83, 84, 88, 90, 121,
 129, 130, 178, 179, 180, 181, 207,
 208
Hautbiopsie 160
Hemmkörperhämophilie 103, 107
heparin-induzierte
 Thrombozytopenie 98
Hepatitis, CMV 121
Herz 78, 90, 176
Hirnininfarkt 107
Histiozytom 86
Histiozytose 69
HLA-Identität 172
HLA-Typisierung 18, 204
HNO 73
HNO-Tumore 143, 145
Hoden 82
Hodentumor 143
Hodgkin 58, 91, 146
Human-Immunglobuline 195
Hyperkalziämie 131, 133
Hypersplenismus 98, 101
Hyperthermie 148, 163
Hyperviskosität 133

I

ICD-10-GM 16, 27, 28, 29, 73, 84,
 106, 107, 108, 158
Ileus 133, 179
Imatinib 188
Immunkompromittierung 184
Immunmodulatoren 138, 141, 193
 SIRT 166, 197
 Aldesleukin 193

Anti-Human-T-Lymphozyten-
Immunglobulin 149, 193
Interferon 149
immunproliferative
Dünndarmkrankheit 60
Immunsuppression 109, 122, 184,
208
Immunthrombozytopenie (ITP,
M. Werlhof) 98
Induktion 66, 69, 72, 147, 148, 204,
205
InEK 15, 16, 18, 20, 186, 198
infektiologisches Monitoring 109,
208
Infektionen 27, 36, 108, 109, 112,
113, 120, 121, 122, 123
Infliximab 190
Interferon alfa-2a 193
Interferon alfa-2b 193
intraperitoneal 141, 148, 163
intrathekal 139, 141, 144, 187
intrazerebral 141
In-vitro-Aufbereitung 153, 168, 169,
170, 171, 173, 174, 175, 176, 185
Ipilimumab 199
Irinotecan 143, 188
Isoliereinheit 125, 126
Isolierung 100, 111, 113, 123, 124
125
Itraconazol 191

K

Kaposi 87, 88
Kieferosteonekrose 132
Knochen(mark)herde bei malignen
Lymphomen 64
Knochenfraktur 64, 91, 132
Knochenfraktur (Neubildungen) 64,
132
Knochenmark Biopsie 157
Knochenmarkentnahme 168, 169
Knochenmarkpunktion 92, 97, 100,
158, 204, 205
Knochensarkom 85
Kodierrichtlinie 11, 13, 16, 31, 37
Kolonkarzinom 42, 49, 50
Komplexbehandlung
bei MRE 124
palliativmedizinisch 13, 156, 197
Komplexes Staging 157

Komplikationen 35, 37, 55, 64, 108,
135, 177, 204, 205, 206, 207
Komplizierende Konstellation 19
Konditionierungsprotokolle 147,
148
Konsolidierung 37
Kopfschmerz 34, 43, 45
Kreuz-Stern-System 28, 29, 108
Kryptokokkose 121
Kyphoplastie 16, 162

L

Langerhans-Zell-Histiozytose 71
Larynx 74
Leber 76, 77, 87, 90, 161, 166, 176,
178, 179, 209
Leberpunktion 161
Leberzellkarzinom 49, 76
Leiomyosarkom 80, 86
Lenalidomid 188
Lenograstim 169, 192
Leukämie
akut, lymphatisch 67, 207
akut, myeloisch 67, 69, 70, 204,
205
Chlorom 67
Promyelozytenleukämie 67
refraktär 66, 69, 72
Leukämie, akut 65, 66, 67, 68, 146
Leukencephalopathie 130
Leukostase 132, 170
Leukozyten nach ex-vivo-Kultur 153,
185
Liposarkom 86
Lungenarterienembolie 106, 107
Lupus Antikoagulans 107
Lymphangiosis carcinomatosa 50
Lymphknotenbiopsie 161
Lymphknotenmetastasen 89, 209
Lymphom 16, 39, 40, 48, 50, 58, 60,
61, 62, 63
anaplastisch 62
Burkitt 61, 63, 67
diffus großzelliges B-NHL 205,
206, 207
follikuläres NHL = Keimzentrum
NHL 59
HTLV-1 63
Knochenbefall 39, 91
Malt-Lymphom 59, 60

- Mantelzelllymphom 59
 - Marginalzonelymphom 59
 - Meningeosis lymphomatosa 64
 - Mykosis fungoides 62
 - Non-Hodgkin-Lymphom 58, 61, 91
 - reifzelliges 62
 - Sézary-Syndrom 62
- M**
- M. Moschkowitz 93, 96, 98, 131
 - Magen 51, 74, 75, 86, 104
 - Magenkarzinom 145
 - maligner primitiver neuroektodermaler Tumor (MPNET und PNET) 87
 - Malignome, gleichzeitig 49
 - Malignomnachweis, fehlend 49
 - Mallory-Weiss-Syndrom 104
 - Mammabiopsie 160
 - Mammakarzinom 27, 28, 38, 42, 47, 49, 143, 145
 - Mastozytose 70, 71
 - Mastzellenleukämie 67, 71
 - MDS 67, 69, 70, 97, 142
 - Melanom 43, 49, 83, 84, 144, 146
 - Meningeosis carcinomatosa 50, 88
 - Meningeosis lymphomatosa 64
 - mesenchymale Stammzellen 172
 - Mesenterialvenenthrombose 106
 - Mesenterium 87
 - Mesotheliom 87
 - Metallspiralen 164, 165
 - Metastase
 - Brustdrüse 79, 90
 - Dickdarm 75, 76, 90
 - Dünndarm 75, 90
 - Gallenwege 77
 - Gehirn 90
 - Harnblase 81, 90
 - Haut 80, 86
 - Herz 78, 90
 - Knochen 86
 - Leber 76, 90
 - Lunge 90
 - Mediastinum 90
 - Meningeosis carcinomatosa 88
 - Nebenniere 90
 - Niere 90
 - Ovar 90
 - Perikard 90
 - peritoneal 76
 - Pleura 90
 - retroperitoneal 81
 - ZNS 90
 - Metastase als Hauptdiagnose 38
 - Metastase als Nebendiagnosen 40, 41, 44
 - Metastasenkode bei Leukämie 91
 - Methotrexat 139, 140, 144, 145, 208
 - MGUS 62
 - Micafungin 191
 - Mifamurtid 199
 - Molekulares Monitoring der Resttumorlast (MRD) 158, 159, 200
 - MPNET 87
 - MRD 158, 159, 200
 - MRSA 123, 124, 154
 - Mukormykose 120, 121
 - Mukositis 133, 206, 207
 - multiple endokrine Neoplasie 83
 - Mund 73, 180, 182
 - Muskelhämatom 102
 - Myelodysplasie 70
 - Myelofibrose 67, 69
 - Myelom
 - multiples 62, 64, 65, 91, 142, 145
 - myeloproliferative Erkrankungen 69, 70
 - Mykoplasmen 109, 112
 - Mykose 111, 118, 119, 120, 201
 - Mykosis fungoides 62
- N**
- Nab-Paclitaxel 199
 - nachstationär 21
 - Nase 74
 - Nebendiagnose 16, 17, 19, 26, 31, 32, 33, 34, 38, 40, 41, 42, 43, 44, 48, 49, 55, 56, 64, 92, 93, 97, 99, 100, 129, 136, 142, 154, 178, 184
 - Nebenhoden 82
 - Nebenniere 83, 90
 - Nebenschilddrüse 83
 - Nelarabin 188
 - Neurofibrosarkom 87
 - Neutropenie 16, 56, 99, 100, 101, 111, 112, 113, 115, 119, 201, 202, 203, 204, 206
 - NHL 38, 39, 59, 60, 145

- Niere 81, 90, 131
 Niereninsuffizienz (Multiples Myelom) 64
 Nierenversagen 117, 122, 133, 136, 137
 Nilotinib 199
 NK-Zellen 153, 185
 Notfälle 129, 132
 NSCLC 143, 145, 146
 NUB 15, 18, 29, 198
- O**
- Ofatumumab 13, 21, 190
 OPS 13, 14, 16, 19, 20, 26, 29, 30, 31, 39, 109, 118, 124, 125, 127, 138, 142, 144, 150, 154, 155, 156, 166, 169, 177, 186, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209
 Ösophagitis 120
 Ösophagitis, CMV 121
 Ösophagitis, Strahlen 133
 Ösophagus 51, 74
 Ösophaguskarzinom 146
 Ösophagusvarizen 104, 105
 Osteolyse 64, 66, 91, 132
 Osteomyelofibrose 69
 Osteonekrose 132
 Osteoporose 64, 91
 Osteoporose (Multiples Myelom) 64
 Osteosarkom 86, 144
 Ovar 80, 90
 Ovarialkarzinom 43, 143, 146
- P**
- Paclitaxel 143, 189
 Palifermin 190
 Palliativmedizin 154, 156, 197
 Panitumumab 149, 199
 Pankreas 776, 77, 162
 Pankreaskarzinom 143, 146
 Paraneoplasie 129
 Paravasat 129, 134
 Partikel
 medikamentenbeladen 165
 Pazopanib 199
 Pegfilgrastim 169, 192
 Pemetrexed 143, 145, 189
 Penis 82
 Perikard-Punktion 161
 Peritonealkarzinose 50
 perkutane Therapie 166
 perkutan-transluminale Gefäßintervention 164
 Pertuzumab 200
 Pflege, aufwendig 198, 207
 Pfortaderthrombose 106
 Pharynx 73
 Phlebitis 106
 Photopherese 167, 184
 Plasmazellenleukämie 62
 Plasmozytom 16, 62, 91, siehe auch Myelom
 Plerixafor 21, 169, 192
 Pleura 47, 50, 78, 87, 90
 Pleuraerguss 44, 47, 48, 50, 90
 Pleurahöhle 141
 Pleuramesotheliom 146
 Pleurapunktion 161
 Pleurodese 48
 PNET
 maligner primitiver neuroektodermaler Tumor 87
 Pneumonie 108, 118, 119, 126, 181, 183, 201, 205
 Pneumonie bei Mykosen 118, 119, 201
 Pneumonie, CMV 121
 Polycythämia vera 69
 Posaconazol 192, 200, 205
 Positivanreicherung 168
 postthrombotisches Syndrom 107
 Posttransplant lymphoproliferative disorder 63, 185
 Primärkode 28
 Primärtumor 38, 39, 42, 48, 49
 Polymphozyten-Leukämie 63
 Prophylaxe 126, 128, 204
 Prostata 46, 82
 Prostatakarzinom 46, 143
 Protein, C 107
 Protein, S 107
 Prothrombinkomplex 195
 Prozedur
 nicht durchgeführt 52
 PTLD 60, 63, 185
 Punktion
 Aszites 43, 162
 endosonografische FNP 162
 Leber 161
 lumbal, Liquor 162

- Perikard 161
Pleura 161
Schilddrüse 161
- R**
- Radiofrequenzablation 166
Radioimmuntherapeutika 197
Rasburicase 128, 129
Refraktäre Anämie 70
Regorafenib 200
Remissionsstatus 65, 68, 71
Restaging 37, 41, 42
Retinitis, CMV 122
Retroperitoneum 48, 86, 87, 90
Rezidiv 48, 205, 206
Rhabdomyosarkom 86
Rituximab 149, 191, 200, 206
Romiplostim 21, 192
Ruxolitinib 200
- S**
- Sargramostim 193
Sarkom 40, 71, 72, 77, 79, 85, 86,
87, 88, 144, 146, 149
Schilddrüse 83, 161
Schilddrüsenpunktion 161
Schmerz 44, 45, 46, 47, 132, 179
Schmerz, akut 45, 155, 179
Schmerz, chronisch 45, 47
Schmerztherapie 46, 154, 155
Schwannom 87
Seitenlokalisation 30, 141, 160,,
161, 162
Sekundärkode 28, 29
Sepsis 111, 114, 115, 116, 117,
118, 120, 202, 203, 204, 206
septischer Schock 117, 118
Sézary-Syndrom 62
Sichelzellanämie 95
Sinusvenenthrombose 107
SIRS 114, 115, 116, 117, 118, 203,
204
SIRT 166, 197
Sorafenib 189
Speicheldrüsen 73, 180
Sphärozytose 95
Spiegelmessung 139, 145
Staging 37, 39, 157
Stammzellboost 175, 176
Stammzellenspender 170
Stammzellgewinnung 168
Stammzelltransplantation 13, 63,
148, 168, 171, 176
Staphylokokkeninfektion 112, 124
Stomatitis, Candida 108, 120
Strahlenösophagitis 133
Strahlenpneumonitis 133
Strahlentherapie 24, 35, 37, 39, 41,
47, 57, 91, 163
Streptokokkeninfektion 112
Subarachnoidalblutung 102
Sunitinib 189
Supportivmedikamente 140
Symptom 27, 33, 34, 43, 44, 46, 54,
55, 129, 132, 182
Synovialsarkom 86
Szintigraphie 166
- T**
- T- und B-Zell-Depletion 168
TACE 165
teilstationär 15, 16, 18, 21, 155
Temozolamid i. v. 200
Temsirolimus 189
Thalassämie 95
Therapietage 139
Thrombophilie 106, 107, 108
Thrombophlebitis 106
Thrombophlebitis migrans 106
Thrombose 36, 105, 106, 107, 108
Thrombozytenkonzentrat 13, 30,
151, 152, 194, 205, 207, 208
Apherese 13, 151, 152, 194, 205,
207, 208
gepoolt 152
patientenbezogen 151, 194
Thrombozythämie 69
Thrombozytopathie 98
Thrombozytopenie 22, 93, 97, 98,
99, 116, 206
Thymom 146
Thymus 78
Topotecan 13, 143, 189
Trabectedin 189
Trachea 74
TRALI 133
Transfusion 20, 65, 92, 93, 98, 99,
110, 135, 150, 151, 152, 153, 170,
174, 203, 208
Donor-Lymphozyten 20, 21, 153, 195

Erythrozyten 150, 203
Granulozyten 153, 170
Leukozyten 153
Thrombozyten 151
transfusionsrefraktär 98, 99
Transplantation
 allogen 13, 17, 72, 121, 122, 144,
 169, 170, 171, 173, 174, 175, 208
Transplantat-Versagen 177
Trastuzumab 191, 200
TTP 93, 96, 131
Tuben 80
Tumorlyse 127, 128, 129
Tumorschmerz 44, 46
Tyrosinkinaseinhibitoren 187
Tyrosinkinaseinhibitoren
 Dasatinib 187
 Imatinib 188
 Nilotinib 199
 Pazopanib 199
 Sorafenib 186
 Sunitinib 186
T-Zellen 153, 185, 200

U

Ureter 81
Urethra 81
Urothelkarzinom 143, 145, 146
Uterus 80, 86

V

Vagina 79
Vandetanib 200
Vemurafenib 13, 200
Veno-occlusive Disease 184
Verbringung 22, 25
Verdachtsdiagnose 32, 44, 53, 54,
 55, 110
Verlegung 22, 23, 25, 54, 55, 202, 203
Vertebroplastie 157, 162
Vinflunin 189
Virusinfektion 111
Virus-Nukleinsäurebestimmung 109
Vismodegib 200
Vitamin-B12-Mangel 94
vollstationär 21, 22
Voriconazol oral 120, 192
Voriconazol, parenteral 120, 192
vorstationär 21
Vulva 79

W

Wachstumsfaktoren 100, 138, 192,
 202
 Filgrastim 169, 192, 205
 Lenograstim 169, 192
 Pegfilgrastim 169, 192
 Plerixafor 21, 169, 192
 Sargramostim 193
Waldenström 59, 60
Weichteilsarkom 52, 86
Wiederaufnahmeregelung 34, 56
Willebrand-Jürgens-Syndrom 102
Wirbelkörperkompression 91, 132

Z

Zellapherese 170
Ziv-Aflibercept 200
ZNS-Lymphom 39, 64, 142, 145, 147
Zusatzentgelt 13, 15, 16, 20, 21, 29,
 101, 117, 138, 141, 148, 156, 167,
 170, 176, 186, 187
ZVK-Wechsel 109
Zytokine 149
Zytostatika 96, 97, 98, 99, 100, 138,
 139, 140, 141, 142, 144, 187, 204,
 205, 207
 Arsentrioxid 199
 Azacytidin 142, 187
 Bortezomib 142, 187
 Busulfan 187
 Clofarabin 21, 147, 187
 Cytarabin 187
 Docetaxel 143, 144, 188
 Doxorubicin 143, 144, 145, 146,
 188
 Doxorubicin, liposomal 188
 Gemcitabin 143, 145, 146, 188
 Irinotecan 143, 188
 Nab-Paclitaxel 199
 Nelarabin 188
 oral 135, 138, 140
 Paclitaxel 143, 189
 Pemetrexed 143, 145, 189
 Temozolamid i. v. 198
 Temozolomid 188
 Temsirolimus 187
 Topotecan 139, 187
 Trabectedin 188

