


Kodierleitfaden



**Hämatologie, Onkologie und
Stammzelltransplantation
Version 2015**



Ein Leitfaden für die klinische Praxis



Herausgegeben von



Deutsche Gesellschaft für Hämatologie
und Medizinische Onkologie e. V.

Kodierleitfaden

Hämatologie, Onkologie und Stammzelltransplantation Version 2015

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.)**

11. aktualisierte Auflage 2015

Berlin, DGHO e. V.

ISBN 978-3-00-048216-8

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

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 PD 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 2015	13
2. Fallpauschalensystem 2015	14
2.1 Das G-DRG-System 2015	14
2.1.1 Hämatologisch-onkologische Aspekte in den G-DRG 2015	15
2.1.2 Teilstationäre Leistungen	17
2.2 Weiterentwicklung des Systems	17
2.3 Fallpauschalenkatalog 2015	18
2.3.1 Eingruppierung	18
2.3.2 Splitkriterien	18
2.3.3 Zusatzentgelte	19
2.3.4 Begriffsbestimmungen	21
3. ALLGEMEINE KODIERREGELN	26
3.1 Diagnosenklassifikation ICD	26
3.1.1 Kreuz-Stern-System (†*)	27
3.1.2 Ausrufezeichen-Kode (!)	28
3.2 Prozedurenklassifikation OPS	28
3.3 Regeln zur medizinischen Dokumentation	30
3.3.1 Hauptdiagnose	31
3.3.2 Nebendiagnose	31
3.4 Wiederaufnahmeregelung – Bedeutung für die Onkologie	33
4. SPEZIELLE KODIERREGELN ONKOLOGIE	35
4.1 Auswahl und Reihenfolge der Codes [0201n]	35
4.2 Metastase als Hauptdiagnose [0201n]	37
4.3 CUP-Syndrom	38
4.4 Atypische Lokalisation	38
4.5 Metastasen als Nebendiagnosen	39
4.6 Spezialfälle [0201I]	39
4.6.1 Malignom in der Eigenanamnese, Restaging [0209d]	39
4.6.2 Symptombehandlung	41

4.6.3	Behandlung eines Rezidivs	46
4.6.4	Fehlender Malignomnachweis [0201n]	47
4.6.5	Mehrere Malignome gleichzeitig	47
4.6.6	Lymphangiosis carcinomatosa	48
4.6.7	Wachstum per continuitatem [0206a]	48
4.6.8	Ungenau bezeichnete Lokalisationen	49
4.7	Die geplante Behandlung kann nicht durchgeführt werden	49
4.8	Verdachtsdiagnosen [D008b]	51
4.9	Komplikationen	53
4.9.1	Reihenfolge der Codes für Komplikationen und Malignome	53
4.9.2	Wiederaufnahmeregelung – Bedeutung für die Onkologie	54
5.	KODIERUNG VON DIAGNOSEN	56
5.1	Lymphome (inkl. CLL und andere leukämische NHL), Myelome	56
5.1.1	Histologie	56
5.1.2	Lokalisation/Ausbreitung/Komplikationen	62
5.1.3	Remissionsstatus	63
5.1.4	Refraktäre Erkrankung	64
5.2	Akute Leukämien	64
5.2.1	Klassifikation	64
5.2.2	Remissionsstatus	66
5.2.3	Refraktäre Erkrankung	67
5.3	Myeloproliferative Neoplasien, MDS und Histozytosen	67
5.3.1	Klassifikation	67
5.3.2	Remissionsstatus	70
5.3.3	Refraktäre Erkrankung	70
5.4	Neubildung solider Organe	71
5.4.1	Tumoren aus dem HNO-Bereich (Auswahl)	71
5.4.2	Gastrointestinaltrakt	73
5.4.3	Hepatobiliäres System und Pankreas	75
5.4.4	Lunge/Mediastinum/Pleura – Tumoren	76
5.4.5	Gynäkologische Tumoren	77
5.4.6	Urogenitale Tumoren	79
5.4.7	Endokrine Organe	81
5.4.8	Tumore der Haut	81
5.4.9	Augentumoren	82

5.4.10	Sarkome	82
5.4.11	Kaposi-Sarkome	85
5.4.12	Bösartige Neubildung des Gehirns	86
5.4.13	CUP-Syndrom	87
5.5	Metastasen einschließlich Lymphknotenmetastasen	87
5.6	Zytopenien	89
5.6.1	Anämien	89
5.6.2	Thrombozytopenie	95
5.6.3	Neutropenie und Agranulozytose	97
5.7	Hämostaseologie	99
5.7.1	Blutungen und Blutungsneigungen	99
5.7.2	Thrombosen und Thrombophilie	104
5.8	Infektionen	106
5.8.1	Infekt-Diagnostik	107
5.8.2	Fieber	108
5.8.3	Fieber unklarer Ursache (FuO), kein Nachweis von Keim oder Fokus	108
5.8.4	Fieber bei Neutropenie mit Erregernachweis, ohne Fokus	110
5.8.5	Fieber bei Neutropenie mit Fokus, ohne Erreger	111
5.8.6	Sepsis	112
5.8.7	Aspergillus	116
5.8.8	Candida-Infektionen	118
5.8.9	Weitere Pilzinfektionen	118
5.8.10	Virus-Infektion	119
5.8.11	Resistente Keime und MRSA	121
5.8.12	Im Krankenhaus erworbene Pneumonie	124
5.8.13	Antibiotikaphylaxe	125
5.9	Tumorlyse-Syndrom	125
5.10	Paraneoplasien, Komplikationen, Notfälle, Paravasat, Mangelernährung, Niereninsuffizienz	127
5.10.1	Paraneoplasien	127
5.10.2	Onkologische Komplikationen, Notfälle	130
5.10.3	Paravasat	133
5.10.4	Mangelernährung und Kachexie	133
5.10.5	Akutes Nierenversagen und chronische Nierenkrankheit	135

6.	KODIERUNG VON PROZEDUREN	137
6.1	Zytostatische Chemotherapie	137
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	174
7.2.4	Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen	175
7.2.5	Stammzellboost nach erfolgter Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen und Retransplantation	177
7.2.6	Konditionierung und Ganzkörperbestrahlung	178
7.3	Komplikationen nach KMT/SZT	179
7.3.1	Graft-versus-Host-Disease (GvHD)	179
7.3.2	Immunkompromittierung nach Transplantation	185
7.3.3	Veno-occlusive Disease	186
7.3.4	Weitere im Bereich der Transplantation benützte Codes	186
8.	ANHANG	187
8.1	Zusatzentgeltfähige Medikamente	188
8.1.1	Zytostatika und Tyrosinkinaseinhibitoren	188
8.1.2	Antikörper	191
8.1.3	Antimykotika	192
8.1.4	Wachstumsfaktoren	194
8.1.5	Immunmodulatoren	194
8.2	Blut und Blutprodukte (einschl. Stammzellen, DLI)	195
8.3	Radioimmuntherapeutika	198
8.4	Sonstige	199
8.5	Hämatologisch und onkologisch wichtige NUB	201
8.6	Beispiele	204
8.6.1	Beispiele Infektionen	204
8.6.2	Beispiele Leukämie/Lymphome	207
8.6.3	Beispiel Transplantation	210
8.6.4	Beispiel Onkologie	212
9.	INDEX	213

Vorwort

Die elfte 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 Medizinische Onkologie (DGHO) und der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Knochenmark- und Blutstammzelltransplantation (DAG-KBT) in Zusammenarbeit mit der DRG-Research-Group des Universitätsklinikums Münster erstellt.

Der Leitfaden soll den mit der Kodierung befassten klinisch tätigen Kollegen sowie den Kodierern für die tägliche Routine umfassende Informationen und Hilfen bieten, um mit dem DRG-System 2015 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. Die Kodierbeispiele in dem Leitfaden sollen Ihnen die Kodierung bei schwierigen und kontroversen Fragen erleichtern. Textpassagen, die aus den offiziellen Katalogen übernommen wurden, sind *kursiv* gedruckt.

Für den schnellen Einstieg haben wir ein Kapitel „Zusammenfassung der Neuerungen in 2015“ 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
Marchioninstr. 15
81377 München
helmut.ostermann@med.uni-muenchen.de

Frau Dr. Cornelia Haag

Universitätsklinik Carl Gustav Carus Dresden
Medizinische Klinik und Poliklinik I
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
cornelia.haag@uniklinikum-dresden.de

1. Zusammenfassung der Änderungen 2015

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 Gerinnungsstörungen erweitert, insbesondere bezüglich der Antikoagulation
- Kriterien für Akute Niereninsuffizienz und Stadieneinteilung

OPS-Katalog:

- Retransplantationen während desselben Aufenthaltes werden durch Hinweise präzisiert
- Kode für Art der in vitro-Aufbereitung auch für den Transplantationsaufenthalt, nicht nur für die Entnahme
- Kodes für Thrombozytenkonzentrate jeglicher Art werden in der Mengestaffelung vereinheitlicht

Fallpauschalenkatalog 2015

- Krankenhausindividuelle ZE für Rituximab, Trastuzumab und Posaconazol jeweils für die neue Applikationsform (s. c. bzw. Tabletten)
- Krankenhausindividuelle ZE für Decitabine und Mifamurtid

Kodierleitfaden 2015

- Präzisierung der Sepsiskriterien
- Anpassung der HLA-Identität nach dem neuen deutschen Konsensus

2. Fallpauschalensystem 2015

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. Sie müssen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen, dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und müssen in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden (§§ 2, 12, 39 und 70 SGB V). Dabei handelt es sich insbesondere um ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit 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 für molekulare Diagnostik).

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 2015

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 2015 besteht aus:

- Fallpauschalenvereinbarung (FPV) 2015 mit den Abrechnungsbestimmungen und den Anlagen (Fallpauschalenkataloge für Haupt- und Belegabteilungen; teilstationäre DRGs; nicht bewertete, krankenhausindividuell zu verhandelnde voll- und teilstationäre DRGs; bewertete Zusatzentgelte; nicht bewertete, krankenhausindividuell zu verhandelnde Zusatzentgelte)
- Kodierrichtlinien 2015 mit Regelungen zur Anwendung der medizinischen Klassifikationen ICD-10-GM und OPS Version 2015
- Definitionshandbücher mit Auflistungen der gruppierungsrelevanten Parameter
- Zertifizierte Grouper-Programme zur automatisierten Ermittlung der Fallpauschalen aus den Fall-Datensätzen

2.1.1 Hämatologisch-onkologische Aspekte in den G-DRG 2015

Hämatologisch-onkologische Schwerpunkte in der klassifikatorischen Überarbeitung sind für das System 2015 insbesondere die Stammzelltransplantation und die Überarbeitung der NUB und Zusatzentgelte mit onkologischer Relevanz. Schwerpunkte der Überarbeitung waren aber nach Auskunft des InEK vor allem die Bereiche Intensivmedizin, Extremkostenfälle und Allgemeinchirurgie.

Dabei war die Ausgangssituation im Bereich der Stammzelltransplantation durch eine fallzahlbedingt schlechte Datenlage charakterisiert. Für Fälle mit Re-Transplantation waren 2014 zwei neue, unbewertete DRG etabliert worden, die A04A (*Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion, allogene, mit zweiter Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion im selben Aufenthalt*) und die A15A (*Kno-*

chenmarktransplantation/Stammzelltransfusion, autogen, mit zweiter Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion im selben Aufenthalt). Für beide Konstellationen lagen in den bundesweiten Daten nur 26 (A04A) bzw. 19 (A15A) Fälle für das Datenjahr 2013 vor. Die Definition dieser Fälle würde im Jahr 2014 über neue OPS-Kodes für die Retransplantation während desselben Aufenthaltes erreicht (5-411.6 bzw. 8-805.7). Dabei ist allerdings die Definition der Retransplantation nicht klar abgegrenzt. So kann eine Transplantation in zwei Gaben innerhalb weniger Tage aus medizinischen/organisatorischen Gründen genauso vorkommen wie eine erneute Transplantation bei zögerlicher Rekonstitution des blutbildenden Systems. Dies ist eigentlich ein Stammzellboost und über ein Zusatzentgelt (ZE2015-44) abgedeckt. Im Sinne dieser Konstellation ist eigentlich gemeint ein Transplantatversagen mit erneuter Transplantationspflichtigkeit oder eine erneute komplette Transplantation nach einem Rezidiv. In diesem Zusammenhang ist auch auf den Hinweistext zu den OPS-Kodes (ab 2015) hinzuweisen, siehe auch Kapitel Transplantation.

Aus der kommentierten Migrationstabelle lässt sich entnehmen, dass sich in den meisten Fällen in den DRG der MDC 17 keine Änderungen des Gruppierungsergebnisses ergeben, dies ist bei 51 der 98 DRG der Fall. Sonstige Umbauten (Sortierungen, CC-Matrixveränderungen, Veränderungen von Funktionen, etc.) oder rangfolgebedingte Fallverschiebung gibt es bei 29 DRG. Relevante Veränderungen wurden vor allem im operativen Bereich durchgeführt. Dort ist es z. B. in 9 DRG zu einer Angleichung der Gruppierungsrelevanz der Prozeduren für endoskopische und sonstige lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens gekommen, so dass alle diese Koagulationsverfahren nicht mehr als OR-Prozeduren gewertet werden. Die Kodeaufnahme der Prozedur für Implantation oder Wechsel

einer Tumorendoprothese in die DRGs R01A, R02Z und R12A führt zu einer Fallverschiebung aus den DRGs R03Z, R04A, R11A und R61A in die DRGs R01A und R02Z im Sinne einer Aufwertung.

2.1.2 Teilstationäre Leistungen

Teilstationäre Leistungen der Onkologie sind nach wie vor nicht als DRG definiert. Gründe hierfür liegen wie in 2014 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 250 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 2015 beruhen also auf Kostendaten aus dem Jahr 2013, z. T. ergänzt durch spezifische Nacherhebungen für spezielle Leistungsbereiche.

Aktuelle medizinische Entwicklungen, die nach dem Jahr 2013 eingeführt wurden, werden damit in den DRG 2015 nicht auf dem „normalen“ Wege berücksichtigt. Um diese Innovationslücke zu schließen, können krankenhausesindividuelle Anträge zur Berücksichtigung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) eingereicht werden. Die hämatologisch-onkologisch relevanten NUB-Entgelte sind im Anhang dieses Kodierleitfadens aufgeführt. Zu den jeweils aktuellen Vorschlägen siehe auch www.dgho.de (Informations-Pool → Dokumente der Arbeitskreise → AK 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 2015

Der Fallpauschalenkatalog ist in 23 organsystem-bezogene Hauptdiagnosegruppen (Major Diagnostic Category, MDC), eine Sondergruppe für besonders aufwändige Leistungen und eine Fehlergruppe eingeteilt. Der Fallpauschalenkatalog 2015 umfasst 1.200 DRGs für Hauptabteilungen, vier mehr als im Vorjahr. Davon sind 1.152 bundeseinheitlich bewertet, die unbewerteten DRGs müssen bezüglich der Vergütungshöhe krankenhausindividuell verhandelt werden.

2.3.1 Eingruppierung

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

2.3.2 Splitkriterien

Die DRG-Klassifikation versucht bei jedem Fall, die ökonomische Schwere einzuschätzen. Dazu werden verschiedene Kriterien herangezogen, zu denen die dokumentierten Nebendiagnosen, komplizierende Diagnosen (wie z. B. die 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 2015 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 2015 sind folgende Zusatzentgelte mit onkologischer Relevanz:

- Mifamurtid, parenteral (ZE2015-101)
- Decitabine, parenteral (ZE2015-102)

Diese beiden unbewerteten Zusatzentgelte wurden aus dem Status 1 NUB in Zusatzentgelte überführt.

Die neuen Applikationsformen einiger Medikamente haben Differenzierungen bestehender Zusatzentgelte zur Folge. So würde die Einführung der subkutanen Darreichungsform von Rituximab mit einer Fixdosis von 1.400 mg zu einer Übervergütung führen. Daher wurde das ZE148 Gabe von Rituximab, intravenös um das ZE2015-103 Gabe von Rituximab, subkutan (6-001.j*) ergänzt.

Bei der parenteralen Gabe von Trastuzumab liegt ein ähnlicher Sachverhalt wie bei Rituximab vor. Die subkutane Applikationsform von Trastuzumab hat einen niedrigeren Preis pro mg als die intravenöse Applikationsform, dies führt bei einer Abrechnung über das ZE27 auf mg-Basis zu einer Übervergütung bei Gabe von subkutanem Trastuzumab. Im Ergebnis führt dies zu dem neuen, unbewerteten ZE2015-104 Gabe von Trastuzumab, subkutan.

Für Posaconazol wurde 2014 die neue Applikationsform als magensaftresistente Tabletten eingeführt. Für die Tablette ist nur die Hälfte der Tagesdosis im Vergleich zur Suspension notwendig (300 mg statt 600 mg). Da der Tagestherapiepreis jedoch vergleichbar hoch ist, würde es bei Abrechnung über das ZE114 (auf mg-Basis) zu einer Untervergütung bei Gabe von Posaconazol Tabletten kommen. Es wurde daher das bestehende ZE150 Gabe von Posaconazol, Suspension, ergänzt um das unbewertete ZE2015-105 Gabe von Posaconazol, Tabletten (6-007.1*).

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 (http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/abrechnung/abrechnungspruefung/Gemeinsame_Empfehlung_150404_Anlage_2.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 Verlegungsabschläge sowohl im Krankenhaus A als auch im Krankenhaus B der Fallpauschalen hingegenommen werden, solange die mittlere Verweildauer der Fallpauschale in Haus A und Haus B jeweils nicht erreicht worden ist.

Achtung: Eine Verlegung liegt immer dann vor, wenn zwischen Entlassung und erneuter Aufnahme nicht mehr als 24 Stunden vergangen sind. Es können also auch regulär entlassene 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 9,219 = ca. 29.500 €). Nach 30 Tagen Aufenthalt wird der Patient in ein externes Krankenhaus zur weiteren Betreuung verlegt. Die mittlere Verweildauer beträgt bei der Fallpauschale 50 Tage. Es werden

ca. 11.465 € abgezogen (20 Tage × 0,179 Punkte Verlegungsabschlag = 3,580 Punkte, diese multipliziert mit dem Basisfallwert ergeben den Eurobetrag).

Viele onkologische Fallpauschalen sind von dieser Regelung ausgenommen (sog. Verlegungs-Fallpauschalen), so z. B. die A04B-D, A15B-D, 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 2015 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. Behandlungs-

pausen, 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 2015 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 uro-pelvinen Stenose. Zur Anlage von Harnleiterschienen wird er in eine externe urologische Klinik geschickt, wo Double-J-Katheter eingelegt werden.

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

Diagnosebezogene Fallpauschalen (Diagnosis)

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 2015 ist die vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegebene „German Modification“ der Version 2015 maßgebend. ICD-10-Kodes sind alphanumerische Kodes 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 Kontaktpunkte zum Gesundheitswesen zusammen, die keinem der anderen Kapitel zugeordnet werden können (z. B. Nachsorge oder Verdachtsfälle). Im abschließenden „U“-Kapitel sind Kodes für besondere Zwecke (z. B. Funk-

tionseinschränkungen, HIV-Kategorien, Antibiotikaresistenzen oder die Klassifikation bestimmter Blutgerinnungsstörungen als „temporär“ oder „dauerhaft“) aufgeführt.

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

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

3.1.1 Kreuz-Stern-System (†*)

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

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

pondierenden 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 Codes 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 Codes sind wie Sternkodes ebenfalls Sekundärkodes, die nur zusätzlich zu einem Kode ohne Stern und ohne Ausrufezeichen benutzt werden können.

Zum Beispiel sollte bei der Kodierung eines Harnwegsinfektes (N39.0) der Erreger – sofern bekannt – durch einen Ausrufezeichen-Kode mit angegeben werden (z. B. B96.2! für *E. coli*). Weitere wichtige Beispiele für Ausrufezeichen-Kodes neben den Codes B95! – B98! 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 2015 herausgegeben. Die OPS-Kodes bestehen aus drei Teilen:

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

Kapitel	Maßnahme	Spezifizierung
5-	410.	00

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

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

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

3.3 Regeln zur medizinischen Dokumentation

Die Diagnosen- und Prozedurenklassifikationen müssen so angewendet werden, dass sie vergleichbare Krankenhausfälle 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 Krankenhausfällen 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.

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

hinzu kodiert werden. Beispielhaft sei in diesem Zusammenhang die regelmäßige Kodierung von Kopfschmerzen als Symptom einer Migräne angeführt.

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

3.4. Wiederaufnahmeregelung – Bedeutung für die Onkologie

Die Zusammenführung einzelner stationärer Aufenthalte zu einem Gesamtfall wird in den Abrechnungsbestimmungen der FPV 2015 (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 Therapiewirkung als akzeptabel und notwendig erachtet. Ebenso stellt eine durch die Krankheit hervorgerufene Komorbidität, welche ohne Zusammenhang mit der zuvor durchgeführten Leistung (Therapie) aufgetreten ist, **keine Komplikation** im Sinne der FPV dar.

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

4. Spezielle Kodierregeln Onkologie

In den letzten Jahren erfolgten eine Reduktion und Vereinfachung der Kodierregeln sowie an einigen Stellen Klarstellungen. Das Kapitel 3 der deutschen Kodierrichtlinien (Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems) ist nicht besetzt. Die Zahlen in eckigen Klammern verweisen auf die entsprechende Kennzeichnung in den deutschen Kodierrichtlinien. Für 2015 wurden keine inhaltlichen Änderungen im Kapitel 2 Neubildungen vorgenommen, lediglich ein Kodierbeispiel ergänzt.

4.1 Auswahl und Reihenfolge der Kodes [0201n]

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

Beispiel:

Ein Patient wird 6 Wochen nach R0-Resektion eines 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 Portsystern

Proz: 5-399.5 Implantation und Wechsel Portsystern

Beispiel:

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

HD: C50.- Mammakarzinom

ND: Z42.1 Nachbehandlung plastische Chirurgie Mamma

*Proz: 5-885.- Plastische Rekonstruktion der Mamma
oder 5-886.- And. plastische Rekonstruktion der Mamma*

Wird die Tumorerkrankung nicht direkt behandelt (Beispiel: Tumorpatient 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 [0201n]

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

Bei **systemischer** Chemotherapie, Antikörpertherapie und/oder **systemischer** Strahlentherapie ist immer der Primärtumor die Hauptdiagnose, wenn die Aufnahme **primär** zur systemischen Therapie erfolgte. Die Regel gilt auch dann, wenn das primäre Ziel der Chemotherapie eine Metastase ist. Dies gilt auch für CUP-Syndrome und für Lymphome und Leukämien mit Hirn- oder Knochenbefall. Unter einer systemischen Strahlentherapie versteht man die Therapie mit Radionukliden, radioaktiv markierten Substanzen, eine Radiojodtherapie oder eine Ganzkörperbestrahlung. Die genauen OPS-Kodes für systemische Therapie stehen in Tabelle 1 der DKR 0201n.

Sonderfall:

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

Beispiel:

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

HD: C79.3 Sek. Neubildung Gehirn und Hirnhäute

ND: C83.3 Diffus großzelliges NHL

Proz: 8-52 [Kode für Strahlentherapie]

4.3 CUP-Syndrom

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

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

4.4 Atypische Lokalisation

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

Beispiel:

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

HD C38.1 Bösartige Neubildung vorderes Mediastinum

Proz: 8.543.- mittelgradig komplexe Chemotherapie

4.5 Metastasen als Nebendiagnosen

Wichtig ist die Kodierung der Metastasen (siehe dazu 5.5 Fernmetastasen) als Nebendiagnosen, da diese oft den Patientenschweregrad 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 [0201n]

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 Kombinations-
therapie bei bösartiger Neubildung

C50.- Mammakarzinom

Beispiel:

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

HD: I50.13 Herzinsuffizienz NYHA III

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

Z85.8 Bösartige Neubildung sonstiger Organe
in der Eigenanamnese

4.6.2 Symptombehandlung

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

Beispiele:

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

Zusätzlich gelten die allgemeinen Regeln zur Kodierung von Symptomen:

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

Verursacht ein Symptom Aufwand im Sinne der Nebendiagnosendefinition, wird es zusätzlich zur Grunderkrankung kodiert. [D003I] Beispiele: Krampfanfall bei Hirntumor, 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 systemischer Therapie des Malignoms oder bei einem spezifischen Aufwand wie Ultraschallkontrolle oder Punktion kodiert.

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

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

4.6.3 Behandlung eines Rezidivs

Ein Rezidiv wird wie ein Primärtumor kodiert.

4.6.4 Fehlender Malignomnachweis [0201n]

Selbst bei fehlendem pathologischem Nachweis (z. B. positiver Schnellschnitt/positive Biopsie ohne Nachweis im OP-Präparat) bleibt das Malignom Hauptdiagnose. Dies ist eine Ausnahme der allgemeinen Verdachtsdiagnosenregel D008b.

4.6.5 Mehrere Malignome gleichzeitig

Erfüllt mehr als ein Malignom das Kriterium der Hauptdiagnose, wird ergänzend als Nebendiagnose wie folgt kodiert: Einer der Primärtumoren wird zur Hauptdiagnose (größerer Ressourcenaufwand), die weiteren Malignome werden als Nebendiagnose verschlüsselt. Dies gilt natürlich nur, wenn für jedes Malignom auch ein Aufwand bestand (Diagnostik, Therapie, Pflege, Überwachung). Zusätzlich wird der Code 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 Code 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“ im Sinne des ICD-10) überlappt und deren Ursprungsort nicht bestimmt werden kann, ist mit der Subkategorie .8 „mehrere Teilbereiche überlappend“ zu kodieren, es sei denn, es existiert ein spezifischer Kode wie z. B.

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

4.6.8 Ungenau bezeichnete Lokalisationen

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

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

4.7 Die geplante Behandlung kann nicht durchgeführt werden

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

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

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

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

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

Beispiel:

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

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

Wurde die geplante Behandlung, z. B. die Chemotherapie, bereits begonnen, wird sie auch bei Abbruch kodiert, 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.

Ausnahmen:

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

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

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

Bei Verlegung:

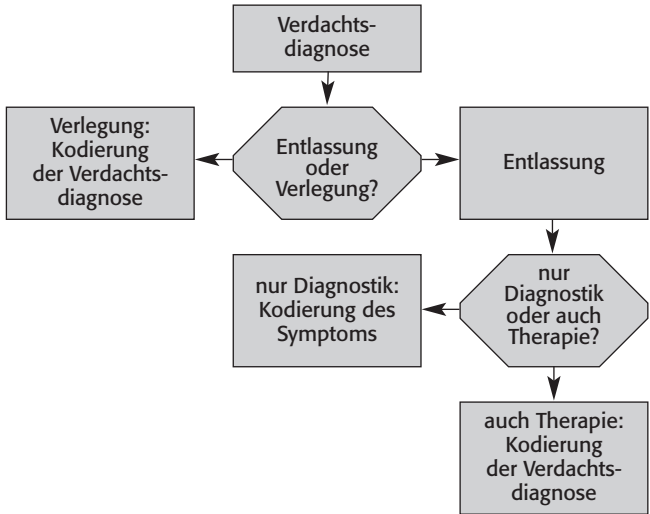
Kodierung der Verdachtsdiagnose nach dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Verlegung

Bei Entlassung:

Verdachtsdiagnose therapiert oder nicht therapiert?

- 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 häufigen strittigen Konstellationen erreicht.

5. Kodierung von Diagnosen

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

5.1.1 Histologie

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

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

Bezeichnung	Kodes
Chronische lymphatische Leukämie vom B-Zell-Typ (B-CLL)	C91.1-
Prolymphozytäre Leukämie vom B-Zell-Typ	C91.3-
Haarzellenleukämie	C91.4-
Lymphatische Leukämie, nicht näher bezeichnet	C91.9-
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, lymphoplasmazytisches 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 PTLD, s. u.)	C88.7-
Bösartige immunproliferative Krankheit, nicht näher bezeichnet	C88.9-

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

Bezeichnung	Kodes
Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom (inkl. Varianten, auch plasmablastisches und T-zell reiches B-Zell- Lymphom)	C83.3
Lymphoblastisches Lymphom (nodale Variante der B- und T-Vorläufer ALL)	C83.5
Burkitt-Lymphom (inkl. Burkitt-like) (aber: reifzellige B-ALL → C91.8)	C83.7
Mediastinales (thymisches) großzelliges B-Zell-Lymphom	C85.2
Sonstige nicht follikuläre Lymphome (inkl. 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 follikuläres Lymphom, nicht näher bezeichnet	C83.9
B-Zell-Lymphom, nicht näher bezeichnet	C85.1
Sonstige näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms	C85.7
Non-Hodgkin-Lymphom, nicht näher bezeichnet	C85.9

Da seit der ICD-10 Version 2011 alle gängigen Diagnosen 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
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	Kodes
Mykosis fungoides	C84.0
Sézary-Syndrom	C84.1
Subkutanes pannikulitisches T-Zell-Lymphom	C86.3
Primäre kutane CD30-positive T-Zell-Proliferationen (inkl. lymphomatoide Papulose)	C86.6
Kutanes T-Zell-Lymphom, n. n. bezeichnet	C84.8

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

Lokalisationsdiagnosen und andere ausgewählte Nebendiagnosen

Bezeichnung	Kodes
Nebendiagnose Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute (Meningeosis lymphomatosa) ¹	C79.3
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-*
Nebendiagnose (Sternkode) Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei Neubildungen	G55.0*

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 des Kodes verwenden (siehe Tabelle am Anfang von Kapitel M im ICD-10-Katalog).

5.1.3 Remissionsstatus

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

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

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

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

- Keine Lymphknotenvergrößerung (>1,5cm)
- 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 Kyle et al. Leukemia 2009):

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

- weniger als 5 % klonale Plasmazellen im Knochenmark
- Kein Nachweis von Weichteilplasmazytomen (extra-medul-lärem Befall)
- Normalisierung der Ratio der freien Leichtketten, falls diese für die Evaluation des Krankheitsverlaufes verwendet wurden

5.1.4 Refraktäre Erkrankung

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

Eine auf Standard-Induktionstherapie refraktäre Leukämie wird mit dem zusätzlichen 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 Codes weiterhin an der vorangegangenen Version des ICD-10. Da im Thesaurus vermutlich noch fehlerhafte Zuordnungen vorhanden sind, sollte man sich im Zweifel immer am Text und Interpretationshinweisen des systematischen Verzeichnisses orientieren.

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

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

Bezeichnung	Kodes
Akute Myeloische Leukämie (AML M0-M2 oder nicht nach FAB zugeordnet, auch mit t(8;21))	C92.0-
AML M3 (= Akute Promyelozytenleukämie, t(15;17) und Varianten)	C92.4-
AML M4, auch M4eo, inv(16) oder t(16;16)	C92.5-
AML M5	C93.0-
AML M6	C94.0-
AML M7	C94.2-
AML mit 11q23 Veränderung (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, biphenotypische 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. Eine Kodierung als AML scheint gerechtfertigt, wenn die myeloische Differenzierung überwiegt und der Patient wie eine AML therapiert wird.

5.2.2 Remissionsstatus

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

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

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

Kriterien für das Vorliegen einer CR bei der ALL (nach GM-ALL 07/03-Protokoll):

- weniger als 5 % Blasten im Knochenmark
- mindestens 15 % bzw. 25 % normale Erythro- und Granuloopoese

- 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):

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

5.2.3 Refraktäre Erkrankung

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

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

5.3 Myeloproliferative Neoplasien, MDS und Histozytosen

5.3.1 Klassifikation

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

Bezeichnung	Kodes
Chronische myeloische Leukämie, bcr-abl positiv (bei Blastenschub Zusatzkode C94.8!)	C92.1-
Polycythämia vera	D45

Bezeichnung	Kodes
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
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	C80.9
in kompletter Remission	1

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

Als Kriterium für das Vorliegen einer kompletten Remission bei der CML wird die zytogenetische Remission (d. h. die Elimination von philadelphiapositiven Metaphasen in der konventionellen Zytogenetik) empfohlen. Ein alleiniger Nachweis von bcr/abl mit PCR ist danach noch mit einer CR vereinbar. Eine CR liegt jedoch nicht vor, wenn eine Zunahme von bcr/abl Transkripten (z. B. nach allogener KMT) nachgewiesen wird.

5.3.3 Refraktäre Erkrankung

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

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

5.4 Neubildung solider Organe

Die Hinweise des Kapitel II, Abs. 3 des ICDs legen fest, dass die Klassifizierung der Neubildungen (primär) innerhalb großer Gruppen (Karzinome, Sarkome, andere Weichteiltumoren, Lymphome, Leukämien, sonstige) nach dem biologischen Verhalten erfolgt und innerhalb dieser Gruppen (sekundär) hauptsächlich nach der Lokalisation. Metastasen werden grundsätzlich als „sekundäre bösartige Neubildungen“ bezeichnet. Für Neubildungen unsicheren oder unbekanntem Verhaltens gibt es eigene Codes.

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

5.4.1 Tumoren aus dem HNO-Bereich (Auswahl)

Die Klassifikation erfolgt entsprechend den Codes C00 bis C14, die sich sehr exakt an den anatomischen Gegebenheiten orientieren. Die Tumoren der oberen Luftwege werden entsprechend den Codes C30 bis C33 kodiert. Für eine exakte Klassifikation verweisen wir auf den ICD-10-GM Katalog in der aktuellen Version.

Mund und Pharynx	Kodes
Vorderer Teil des Mundbodens	C04.0
Seitlicher Teil des Mundbodens	C04.1
Mundboden, mehrere Teilbereiche überlappend	C04.8
Harter Gaumen	C05.0
Weicher Gaumen	C05.1
Gaumen, mehrere Teilbereiche überlappend	C05.8

Mund und Pharynx	Kodes
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
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
Kolon transversum	C18.4
Flexura coli sinistra [lienalis]	C18.5
Kolon descendens	C18.6
Kolon sigmoideum	C18.7
Kolon, mehrere Teilbereiche überlappend	C18.8
Kolon, unsicheres Verhalten	D37.4
Rektosigmoid, Übergang	C19
Rektum	C20
Metastase des Dickdarms und des Rektums	C78.5
Rektum, unsicheres Verhalten	D37.5
Anus, exkl. Analhaut	C21.0

Dickdarm	Kodes
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 Kodegruppen C22 bis C24, die des Pankreas mit der Kodegruppe C25 kodiert.

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

Gallenblase und Gallenwege	Kodes
Gallenblase	C23
Extrahepatischer Gallengang	C24.0

Gallenblase und Gallenwege	Kodes
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
Untere Lappen (-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, inkl. 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
Unterer äußerer Quadrant	C50.5
Recessus axillaris	C50.6

Brust, inkl. Sarkom der Brust	Kodes
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 Teilbereiche überlappend	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

> inkl. 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, inkl. Kanthus	C43.1
Melanom Ohr, inkl. 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, inkl. Schulter	C43.6
Melanom untere Extremität, inkl. Hüfte	C43.7
Melanom Haut, mehrere Teilbereiche überlappend	C43.8

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

5.4.9 Augentumoren

Augentumoren und Tumoren der Augenanhangsgebilde werden mit der Codegruppe 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 Extremität, mehrere Teilbereiche überlappend	C40.8

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

Neubildungen des Bindegewebes >>	Kodes
Kopf, Gesicht, Hals	C49.0
obere Extremität/Schulter	C49.1
untere Extremität/Hüfte	C49.2

Neubildungen des Bindegewebes >>>	Kodes
Thorax/Axilla/Zwerchfell	C49.3
Abdomen/Bauchwand >>	C49.4
GIST (Gastrointestinaler Stromatumor)	C49.4
GIST des Magens >>>	C16.8
GIST des Dünndarms >>>	C17.8
Becken/Gesäß	C49.5
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

Ausnahmen bei Bindegewebsneubildungen (i. W. Sarkom)	Kodes
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-Sarkome	Kodes
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, exkl. 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
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

Metastasen der Atmungs- und Verdauungsorgane	Kode
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

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

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

Der Befall von Knochen und Knochenmark (C79.5) kann **nur bei Lymphomen**, also allen Diagnosen aus C81-C88 kodiert werden. Der 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 Lymphomanifestation; lokale Therapie eines solitären zerebralen Lymphomherdes).

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

M89.5- Osteolysen

M90.7- Knochenfraktur bei Neubildung*

M49.5- Wirbelkörperkompression bei Neubildung*

M82.0- Osteoporose bei Plasmozytom*

5.6 Zytopenien

5.6.1 Anämien

Kriterien zur Kodierung einer Anämie:

Der Nachweis eines pathologischen Hämoglobinwertes allein rechtfertigt nicht die Kodierung einer Anämie. Auch die alleinigen Kontrollen des abnormen Hämoglobinwertes genügen nicht [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 g/l bzw. $> 1,2$ mmol/l in 24h oder Hb Abfall auf Werte < 8 g/dl bzw. $< 5,0$ mmol/l mit dokumentiertem Überwachungs- und Betreuungsaufwand

Beispiele für therapeutische Konsequenz:

- Gabe von Erythropoietin
- Transfusion
- Stillung einer Blutung

Anämien bei Malignomen

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

Kodierung von Anämien

Der Übersichtlichkeit halber ist die nachfolgende Tabelle nicht ganz vollständig. Es fehlen seltene Diagnosen und einige Untergliederungen sind nur teilweise angegeben. Dies wird

durch die fehlende im Einzelfall zu ergänzende 5. Stelle erkennbar.

Alimentäre Anämien	Kode
Eisenmangelanämie nach chronischem Blutverlust	D50.0
Eisenmangelanämie mit Dysphagie (Plummer-Vinson-Syndrom, sideropenische Dysphagie)	D50.1
Sonstige Eisenmangelanämien	D50.8
Eisenmangelanämie, n. n. b. (exkl. Eisenmangel ohne Anämie – E61.1, s. u.)	D50.9
Eisenmangel ohne Anämie (Hb normal, Ferritin niedrig, MCV kann niedrig sein) (Hinw.: Aufwand z. B. eine Substitution von Eisen)	E61.1
Vitamin-B12 Mangelanämie (exkl. Vitamin B12 Mangel ohne Anämie – E53.8)	D51.-
Vitamin-B12 Mangelanämie durch Mangel an Intrinsic Faktor (perniziöse Anämie)	D51.0
Vitamin B-12 Mangelanämie alimentär	D51.3
Sonstige Vitamin-B12 Mangelanämien (Resorptionsstörung u. a, nicht alimentär bedingt)	D51.8
Folsäure-Mangelanämie alimentär	D52.0
Folsäure-Mangelanämie, arzneimittelinduziert	D52.1
Sonstige megaloblastäre Anämien o. n. A.	D53.1
Vitamin B-12 Mangel oder Folsäure-Mangel ohne Anämie	E53.8
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
Evans-Syndrom (Immunthrombopenie plus Immunhämolyse)	D69.3
Arzneimittelinduzierte nicht-autoimmunhämolytische Anämie	D59.2
Hämolytisch-urämisches Syndrom	D59.3
Thrombotisch-thrombozytopenische Purpura (M. Moschkowitz)	M31.1
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 und sonstige Anämien	Kode
Aplastische Anämie, n. n. b. (KM-Insuffizienz, hypoplastische Anämie o. n. A.)	D61.9
Anämie infolge einer bösartigen Neubildung (z. B. Tumoranämie, Anämie bei KM-Infiltration, nur als Nebendiagnose)	D63.0*
Anämie chronischer (andernorts klassifizierter) Erkrankungen (z. B. renale Anämie; nur Nebendiagnose, „ACD“)	D63.8*
Sideroachrestische Anämien (sehr selten; nur wenn kein MDS vorliegt)	D64.0-.2
Sonstige Anämie, n. n. b.	D64.9

5.6.2 Thrombozytopenie

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

Kriterien zur Kodierung von Thrombopenien als Nebendiagnose

Der alleinige Nachweis einer pathologischen Thrombozytenzahl rechtfertigt nicht die Kodierung. Auch die alleinigen Kontrollen der abnormen Thrombozytenzahl genügen nicht [DKR 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

Thrombozytopenie (Auswahl)	Kode
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 Codegruppe D70.- dokumentiert. Zytostatikainduzierte Neutropenien/Agranulozytosen sind spezifisch erwähnt. Sie werden zusammen mit anderen medikamentös induzierten Neutropenien/Agranulozytosen mit D70.1- kodiert und nach Schweregrad getrennt.

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

Falls Tage in Neutropenie unterbrochen werden durch Tage ohne Neutropenie, so werden die Neutropenietage addiert und mit dem passenden ICD-Kode verschlüsselt (z. B. 3 Tage

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

Kriterien zur Kodierung von D70.-

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

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

Beispiele für eine weiterführende Diagnostik

- Knochenmarkpunktion

Beispiele für therapeutische Konsequenz

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

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

5.7 Hämostaseologie

5.7.1 Blutungen und 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)	D68.00
Willebrand-Jürgens-Syndrom (erworben)	D68.01
Willebrand-Jürgens-Syndrom (n. n. b.)	D68.09
Angeborener Mangel von F XI	D68.1
Angeborener Mangel von sonstigen Gerinnungsfaktoren (F I, II, V, VII, X, XII, XII) spezifisch kodieren!	D68.2-
Hämorrhagische Diathese durch Antikörper gegen Faktor VIII (Hemmkörperhämophilie)	D68.31
Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen sonstige Gerinnungsfaktoren (IX, X, XI, von Willebrand)	D68.32
Hämorrhagische Diathese durch Vitamin K Antagonisten	D68.33
Hämorrhagische Diathese durch Heparine	D68.34
Hämorrhagische Diathese durch sonstige Antikoagulanzen (F-Xa-Inhibitoren, F-II-Inhibitoren, Hirudin, Lepirudin)	D68.35
Hämorrhagische Diathese durch sonstige und n. n. bez. Antikoagulanzen	D68.38
Hämorrhagische Diathese durch Thrombozytenaggregationshemmer	D69.80
Sonstige näher bezeichnete hämorrhagische Diathese (Kapillarbrüchigkeit, vaskuläre Pseudohämophilie)	D69.88

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

Bezeichnung	Kodes
Hämatemesis	K92.0
Mallory-Weiss-Syndrom	K22.6
Ösophagus- und Magenvarizen bei andernorts klassifizierten Krankheiten, mit Blutung (s. u.)	I98.3*
Akute hämorrhagische erosive Gastritis	K29.0
Angiodysplasie des Magens und des Duodenums mit Blutung	K31.82
Angiodysplasie des Kolons mit Blutung	K55.22
Divertikulo <u>se</u> des Dickdarms ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	K57.31
Divertikulit <u>is</u> des Dickdarms ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	K57.33
Hämorrhoiden, blutend	K64.-

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

Bezeichnung	Kodes
Ulcus ventriculi	K25.-
Ulcus duodeni	K26.-
Ulcus pepticum, Lokalisation n. n. b.	K27.-
Ulcus pepticum jejunum (inkl. Anastomosen-, gastrokolisch u. a.)	K28.-

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

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

Da in der Regel den Ösophagus- und Magenvarizen eine andere Krankheit zugrunde liegt, sollte der Code I98.3* (und nicht I85.0) benutzt werden. Im ICD steht als Beispiel zwar nur die Leberkrankheiten und die Schistosomiasis, aber kein Exklusivum, sodass der Code auch bei Varizen infolge 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
Embolie und Thrombose der Nierenvene	I82.3
Embolie und Thrombose der Milzvene	I82.80
Lungenarterienembolie, akutes Cor pulmonale, massive o. fulminante Lungenembolie	I26.0
Lungenarterienembolie ohne Cor pulmonale	I26.9
Sinusvenenthrombose, Thrombose sonstiger intracranieller Venen	I67.6
Hirnfarkt durch arterielle Thrombose oder Embolie zerebraler oder präzerebraler Gefäße (4. Ziffer spezifizieren im ICD!)	I63.-

Bezeichnung	Kodes
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.

N.B.: Die Gruppe D68 stellt trotz ihrer Diversifizierung nach wie vor eine zukünftig klarer zu differenzierende Mischgruppe von Hypo- und Hyperkoagulabilität dar. Insbesondere in den ICD-Kodes D68.8 und D68.9 können sowohl Erkrankungen mit Blutungsneigung als auch Thromboseneigung enthalten sein.

5.8 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 Kodes zur Verfügung, die Ort und Ur-

sache 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–U85 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, Rö-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: Körpertemperaturen über 38,3 °C und Dauer länger als 1 Stunde oder Körpertemperatur zweimalig in 12 Stunden über 38,0 °C. Zur Definition von Fieber unklarer Ursache müssen die folgenden Kriterien zutreffen: keine erkennbare Ursache (z. B. Transfusionen, keine Medikamentenreaktion), kein Keimnachweis und kein Fokus.

5.8.2.1 Unklares Fieber, keine Aplasie, keine Therapie einer Verdachtsdiagnose

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

5.8.2.2 Unklares Fieber, keine Aplasie, Therapie einer Verdachtsdiagnose

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

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

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

B99 Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten

verwendet. Alternativ können auch folgende Codes benutzt werden.

Bezeichnung		ICD-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-Kodes B95 – B96 („Bakterien als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln aufgeführt sind“) kombiniert, da der Nachweis des Keimes fehlt.

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

Bezeichnung	ICD-Kode
Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	B99
ergänzt um einen Code aus der Gruppe Agranulozytose und 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 Kodes 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–U85 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 Infektionskode 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.

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

Bezeichnung	ICD-Kode
Lobärpneumonie	J18.1
Kode aus der Gruppe Agranulozytose und 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 Organkomplikationen (= schwere Sepsis, s. unten)	R65.1!
SIRS nichtinfektiöser Genese ohne Organkomplikationen	R65.2!
SIRS nichtinfektiöser Genese mit Organkomplikationen	R65.3!
SIRS, n. n. b.	R65.9!

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

- Fieber ($\geq 38,0\text{ }^{\circ}\text{C}$) oder Hypothermie ($\geq 36,0\text{ }^{\circ}\text{C}$). Letztere muss durch eine rektale, intravasale oder intravesikale Messung bestätigt werden.

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

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

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

- bei positiver Blutkultur mindestens 2 SIRS-Kriterien erfüllt sind

oder

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

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

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

Kode für Sepsis	z. B. A02.-; A32.7; A39.-, A40-A41.- B00.7; B37.7 B44.7
Kode für SIRS	R65.-
Kode für Erreger und Infektion	Siehe oben
Ggf. Kode für Resistenz des Erregers	U80–U85!
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 ≤ 70 mmHg oder notwendiger Vasopressoreinsatz, um den systolischen arteriellen Blutdruck ≥ 90 mmHg oder den arteriellen Mitteldruck ≥ 70 mmHg zu halten. Die Hypotonie besteht trotz adäquater Volumengabe und ist nicht durch andere Ursachen zu erklären.
- Relative oder absolute Thrombozytopenie: Abfall der Thrombozyten um mehr als 30 % innerhalb von 24 Stunden oder Thrombozytenzahl $100.000/\text{mm}^3$ oder weniger. Eine Thrombozytopenie durch akute Blutung oder immunologische Erkrankung muss ausgeschlossen sein.
- Arterielle Hypoxämie: 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 ≤ 5 mmol/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)	J80.0-

*Zum Zwecke der Abrechnung der Zusatzentgelte ZE2015-97 bzw. ZE2015-98, 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 Codes für Intensivtherapie).*

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

5.8.7 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 Organbefall und Einleitung einer Therapie	B37.88
Candida mit Resistenz gegen Fluconazol oder Voriconazol (jeweils zusätzliche Nebendiagnose!)	U83!

5.8.9 Weitere Pilzinfektionen

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

Pilzinfektion	Kode
Mukormykose der Lunge	B46.0
Rhinozerebrale Mukormykose	B46.1
Mukormykose des Magen-Darmtraktes	B46.2
Mukormykose der Haut	B46.3

Pilzinfektion	Kode
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 Code für die spezifische CMV-Infektion empfehlen wir den Code *B25.88 sonstige Zytomegalie* mit einem Code aus dem betreffenden Organ-

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

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

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

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

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

5.8.11 Resistente Keime und MRSA

Bei Infektionen mit resistenten Keimen können Zusatzcodes aus den 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 Kodegruppe U80.- bis U83.- ist im ICD-10 genauer differenziert, sodass 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 Kode Z11 (spezielle Verfahren zur Untersuchung auf infektiöse und parasitäre Erkrankungen) kann bei MRSA-Abstrich u. Ä. angegeben werden.

MRSA/MRE

Hier ist zwischen Keimträgern und Infektion zu unterscheiden.

MRSA-Keimträger

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

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-!	
Evtl. 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 einigen Jahren 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 Isolierstation (8-987.1-). An 6. Stelle wird die Dauer der Komplexbehandlung kodiert.

Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit

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

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

Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit

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

5.8.12 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 ICD-10 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 Antibiotikaphylaxe

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 µmol/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

Paraneoplastisches Syndrom	Kode
Haut/Bindegewebe/Muskel- und Skelettsystem	
Acrodermatitis enteropathica, Zinkstoffwechselstörung	E83.2
Dermatomyositis-Polymyositis	M36.0*
Polymyalgia rheumatica	M35.3
Karzinoidmyopathie, Kachexiemyopathie	G72.88
Paraneoplastische Neuromyopathie und Neuropathie	G13.0*
Arthropathie bei Neubildungen	M36.1*
Nervensystem	
Polyneuropathie bei Neubildungen	G63.1*
Lambert-Eaton-Syndrom	G73.1*
Myasthenie-Syndrome bei Neubildungen	G73.2
Retinopathie bei Neubildungen	H36.8*
Limbische Encephalitis	G13.1*
Zerebelläre Degeneration	G32.8*
Optikusatrophie	H48.0*
Guillain-Barré-Syndrom	G61.0
Serumpolyneuropathie, Sensorische Neuropathie bei Plasmazelldyskrasie	G61.1
Stiff-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 Nebennierenrindeninsuffizienz	E27.1
Addisonkrise, akute Nebennierenrindeninsuffizienz	E27.2
Cushing-Syndrom, ektopisches ACTH-Syndrom	E24.3
SIADH	E22.2
Gynäkomastie	N62
Galaktorrhoe	N64.3

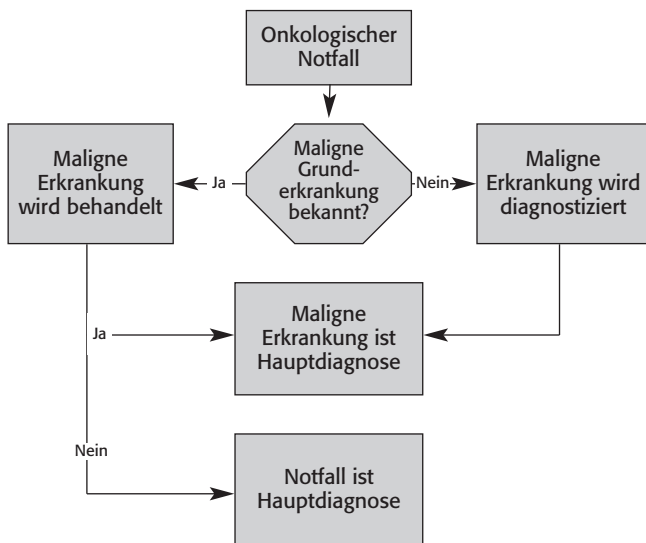
5.10.2 Onkologische Komplikationen und Notfälle

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 Neubildung (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-

Komplikation, Notfall	Kode
Leukostase mit Somnolenz, Sopor oder Koma	D72.8 und R40.-
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 (siehe auch Kapitel 5.10.5)	N17.9-
Obstruktive Uropathie ohne Infektion	N13.-
Obstruktive Uropathie mit Infektion, Pyonephrose, ggf. mit B95 bis B97	N13.6
Mukositis (oral)	K12.3
Mukositis des Gastrointestinaltraktes, generalisiert	K91.80
Gastroenteritis, Kolitis nach Strahleneinwirkung	K52.0
Ösophagitis nach Strahlenwirkung	K20
Proktitis nach Strahleneinwirkung	K62.7
Subileus, Ileus	K56.7

Komplikation, Notfall	Kode
Mechanischer Ileus	K56.6
Generalisierte Dermatitis durch Arzneimittel	L27.0
Hand-Fuß-Syndrom, lokalisierte Dermatitis durch Arzneimittel	L27.1
Hämosiderose, Eisenüberladung	E83.1
Blutungen – siehe Kapitel 5.7.1	

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



5.10.3 Paravasat

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

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

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 (erheblicher Gewichtsverlust bzw. Gewicht mit mindestens 3 Standardabweichungen (SD) unter dem Mittelwert (MW) einer Bezugspopulation)	E43

Mäßige Energie- und Eiweißmangelernährung	
Bezeichnung	Kode
(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. Ein Gewichtsverlust von 5 % in 6 Monaten ist in Übereinstimmung mit u. g. Kachexiedefinition als „erheblich“ einzuordnen und bei Vorliegen einer Mangelernährung mit E43 zu kodieren. Ein „normaler“ BMI von z. B. 22 kg/m² kann also bei einem Tumorpatienten, der bisher ein BMI von 25 kg/m² (oder höher) hatte, ein deutliches Zeichen einer Mangelernährung mit oder ohne Tumorkachexie sein. Die Tumorkachexie ist nach dem internationalen Consensus (Fearon et al. Lancet Oncology 2011, Vol 12, No 5, 489–495) ein multifaktorielles Syndrom mit einer systemischen Inflammation und definiert durch

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

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

5.10.5 Akutes Nierenversagen und chronische Nierenkrankheit

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

- Anstieg des Serumkreatinin von einem gemessenen Ausgangswert oder anzunehmenden Grundwert des Patienten um 50 % innerhalb der vorangehenden 7 Tagen oder
- Anstieg des Serumkreatinins über einem gemessenen Ausgangswert um mindestens 0,3mg/dl bzw. 26,5 µmol/l innerhalb von 48 Stunden oder
- Abfall der Urinausscheidung auf weniger als 0,5ml/kg/h über mind. 6 Stunden.

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

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

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

ANV Stadium 3: Anstieg des Serum-Kreatinins um mindestens 200 % gegenüber dem Ausgangswert innerhalb von 7 Tagen oder Anstieg des Serum-Kreatinins auf mindestens 4,0 mg/dl oder Einleitung einer Nierenersatztherapie oder Abfall der glomerulären Filtrationsrate auf unter 35 ml/min/1,73 m² Körperoberfläche bei Patienten bis zur Voll-

endung des 18. Lebensjahres oder Abfall der Diurese auf unter 0,3 ml/kg/h über mindestens 24 Stunden oder Vorliegen einer Anurie über mindestens 12 Stunden (adäquate Flüssigkeitszufuhr vorausgesetzt)

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/1,73m² Körperoberfläche beträgt und wird stadienentsprechend kodiert. Die Kodierung N18.9 Chronische Nierenkrankheit, nicht näher bezeichnet, sollte vermieden werden.

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

6 Kodierung von Prozeduren

6.1 Zytostatische Chemotherapie

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

Zuletzt wurde die Kodierung 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 2015 der Gruppe der mittelgradig komplexen Chemotherapien zugeordnet. Gegenüber dem Vorjahr wird die Applikation von PEB, PE, PEI, PIV bei Hodentumoren nun in der Beispielliste für hochkomplexe Chemotherapien geführt

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. Neu in 2015 ist, dass eine weitere Differenzierung für bestimmte Antikörper hinsichtlich der Applikationsform vorgenommen wurde. Bedingt ist das durch die zunehmende Entwicklung von subkutan statt intravenösen Gaben. So wurden neue Kodes geschaffen, während die alten Kodes für Rituximab und Trastuzumab „parenteral“ entfallen.

Medikament und Applikationsform	Kode
Rituximab intravenös (mit Dosisstaffeln)	6-001.h-
Rituximab subkutan (mit Dosisstaffeln)	6-001.j-
Trastuzumab intravenös (mit Dosisstaffeln)	6-001.k-

Medikament und Applikationsform	Kode
Trastuzumab subkutan (mit Dosisstaffeln)	6-001.m-
Trastuzumab-Emtansin, parenteral (ohne Dosisstaffel)	6.007.d

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; Folin-säure 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.

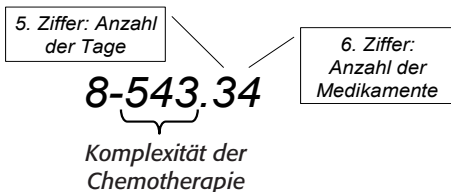
Die Systematik ist selbsterklärend:

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

Instillation von zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren

Therapieart	Kode
Intrathekal	8-541.0
Intrazerebral	8-541.1

Therapieart	Kode
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.*

Inthrathekale 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 2015).

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)
Taxol/Carboplatin, Topotecan, Gemcitabin-mono, Docetaxel, Vinorelbine, Doxorubicin/Docetaxel, Gemcitabin/Pemetrexed, Gemcitabin/Irinotecan, ACO	NSCLC
5-FU/Carboplatin, Mitomycin/5-FU	HNO-Tumoren
5-FU-Mono, 5-FU/Folinsäure, Irinotecan-Mono, Gemcitabin-mono, Vinorelbin, ELF, FLP, Octreotid, Tomudex/Oxaliplatin, Gemcitabin/5-FU/Folinsäure (GFF), Oxaliplatin/Capecitabin	Gastrointestinale Tumore
Gemcitabin/Oxaliplatin, OFF	Pankreaskarzinom

Chemotherapie	Indikation
CMF, FAC, AC, EP, MCP, Docetaxel, Vinorelbin, Gemcitabin-mono, Doxorubicin/Docetaxel, Taxol mono, Bendamustin, Docetaxel/Capecitabin, Docetaxel/Gemcitabin, Navelbine/Mitomycin, Ifosfamid/Carboplatin, FEC, EC, ET Paclitaxel/Gemcitabine, Paclitaxel	Mamma- karzinom
Carboplatin mono, Cyclophosphamid/ Carboplatin, Treosulfan-mono i. v., pegyliertes liposomales Doxorubicin, Gemcitabin-mono, Epirubicin, Vepesid Tag 1–3, Topotecan	Ovarial- karzinom
Cyclophosphamid-mono, Doxorubicin mono, Cyclophosphamid/ Doxorubicin, Mitoxantron/ Prednisolon, Taxane/Mitoxantron/Prednisolon, Docetaxel/Estramustin/Prednisolon/ Dexamethason	Prostata- karzinom
Gemcitabin mono, Taxol mono, POMB-ACE	Hodentumor
Taxol/Gemcitabin, Gemcitabin mono, Taxol mono, M-VAC (für Tage 15 und 22)	Urothel- karzinom
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 Transplan- tation

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 Folsäure-Rescue).

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

Kommentar: Dieser Kode wird bei der Gabe von mehr als zwei Medikamenten oder Dauer des Zyklus über drei Tage oder notwendiger Spiegelmessung (evtl. plus Dauerinfusion unter stationären Bedingungen) verwendet. 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, DEXA-BEAM, IMVP-16, Mega-CHOEP, Ifosfamid/Etoposid/Epirubicin (IEV)	NHL

Chemotherapie	Indikation
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	Magen- karzinom
Cisplatin/Doxorubicin, Doxorubicin/ Hochdosis-Ifosfamid (nur Tag 1), Pemetrexed/Cisplatin	Pleura- meso- theliom
E/AC-Doc, E/AC-Pac, TA/EC, dosisdicht E/ATC, dosisdicht E-T, EC-TX, E/AT-CMF, Ifosfamid/ Epirubicin	Mamma- karzinom
M-VAC (für Tage 1 und 2), dann Tage 15 und 22 gesondert als nichtkomplexe Chemo- therapie kodieren	Urothel- karzinom
Epirubicin/Taxol/Carboplatin, Cisplatin/Taxol	Ovarial- karzinom
Rx/5-FU/Cisplatin	Ösophagus- karzinom
Rx/5-FU/Mitomycin/Cisplatin	Anal- karzinom
Rx/5-FU/Cisplatin	Pankreas- karzinom

Chemotherapie	Indikation
Gemcitabin/Cisplatin	NSCLC, Pleura- meso- theliom, Pankreas- karzinom, Gastro- intestinale Tumoren, Urothel- karzinom
CVD, Cisplatin/DTIC/BCNU	Melanom
Adriamycin/Ifosfamid, EIA, Mini-ICE, VIDE, VAI, IP, CE, Ifosfamid/Doxorubicin, Cisplatin/ Doxorubicin, Ifosfamid sequentiell	Sarkom
FOLFIRI, FOLFOX, Raltitrexed/Oxaliplatin	Gastro- intestinale 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
PEB, PE, PEI, PIV	Hodentumore
Konditionierungsprotokolle s. u.	

VDTPACE wurde aus der Beispielliste gestrichen.

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

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

Hyperthermie Chemotherapie

Das Verfahren wird verschlüsselt mit den Codes

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

Hinweis: HIPEC und HITOC sind Teil 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
TBI-Cyclophosphamid (*8-523.4 für TBI)	8-543.11

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

6.2 Therapie mit Antikörpern oder Zytokinen

Therapie mit Antikörpern oder Zytokinen	Kode
Nicht modifizierte Antikörper (z. B. Rituximab, Alemtuzumab, Herceptin, Bevacicumab, Panitumumab)	8-547.0
Mit modifizierten Antikörpern (z. B. 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.

Im OPS 2015 wurde die Systematik der Kodierung und in einigen Bereichen die Staffelung der Mengen angepasst. Alle der betroffenen Blutprodukte erhalten dadurch 2015 neue Codes. Eine Gegenüberstellung zeigt die folgende Tabelle.

2014		2015	
8-800.0	Vollblut, 1-5 TE	Idem	
8-800.1	Vollblut, mehr als 5 TE	Idem	
8-800.6	Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate 1-71 und mehr THK	Idem	
8-800.9	Apherese-Thrombozytenkonzentrat 1-118 und mehr THK	8.800.f	Apherese-Thrombozytenkonzentrat 1-126 und mehr THK
8-800.b	Thrombozytenkonzentrat 1-128 und mehr THK	8-800.g	Thrombozytenkonzentrat 1-126 und mehr THK
8-800.c	Erythrozytenkonzentrat	Idem	
8-800.d	Pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate 1-128 und mehr THK	8-800.d	Pathogeninaktivierte Apherese Thrombozytenkonzentrate 1-126 und mehr THK

2014		2015	
8-800.e	Pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate 1-128 und mehr THK	8-800.f	Pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate 1-126 und mehr THK
8-800.x	Sonstige	Idem	
8-800.y	N. n. bez.	Idem	

Wie oben ersichtlich können pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate gesondert kodiert werden. Auch hier wird unterschieden in pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate Kode 8-800.d- und in pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate Kode 8-800.h-. Die Maßnahme der Pathogeninaktivierung kann bakterielle und virale Kontaminationen von Thrombozytenkonzentraten reduzieren.

Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate

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

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.

Thrombozytenkonzentrate

Hierunter sind gepoolte Thrombozytenkonzentrate zu verstehen. Für die Abrechnung ist nicht mehr wie früher die äquivalente Menge von (Einzelspender-)Thrombozytenkon-

zentraten heranzuziehen, sondern die Gesamtzahl an Thrombozyten von mindestens von 2×10^{11} pro Transfusionseinheit. Ein gepooltes Konzentrat entspricht in seinem medizinischen Effekt damit ungefähr einem Apheresekonzentrat.

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.-

Enterale oder parenterale Ernährungstherapie als Nebendiagnose ist bei Intensivpatienten **nicht** anzugeben. Bei der kompletten parenteralen Ernährungstherapie (als Nebenbehandlung) ist die Verabreichung über einen zentralvenösen Katheter sowie die Verabreichung von fett- und wasserlöslichen Vitaminen und Spurenelementen neben Glucose, Fetten und Aminosäuren Voraussetzung zur Anwendung des Kodes. 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 inkl. der Assessmentverfahren darf nur erfolgen, wenn definierte Bedingungen erfüllt

sind, die teilweise sehr weitreichend sind. Die Codes sind teilweise erlösrelevant (MRSA, Palliativmedizin usw.). Die genauen Bedingungen für die jeweiligen Codes sind im OPS-Katalog nachzulesen.

6.5.1 Schmerztherapie

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

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, mind. 120 min/d)	8-91c.0-
Umfassende Behandlung (mind. drei def. Verfahren, mind. 180 min/d)	8-91c.1-
Intensivbehandlung (mind. vier definierte Verfahren, mind. 240 min/d)	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

Seit 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

Molekulares Monitoring der Resttumorlast (MRD) und Genmutationsanalysen (diese Codes sind nur einmal während des stationären Aufenthaltes anzugeben)	Kode
Patientenspezifische molekulargenetische Quantifizierung der Resttumorlast (MRD-Monitoring) (mindestens 2 quantitative PCR pro Untersuchung)	1-991.1
Durchführung von Genmutationsanalysen und Genexpressionsanalysen bei soliden bösartigen Neubildungen. (Analysen (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
Perkutane Biopsie Pankreas (inkl. (Pseudo)-Zyste)	1-859.1
Schilddrüse (diagnostisch)	1-859.0
Perikard-Punktion (diagnostisch)	1-842
Perikard-Punktion (therapeutisch)	8-152.0
Pleurapunktion (diagnostisch) ▶	1-844↔
Pleurapunktion (therapeutisch) ▶	8-152.1 ↔
Pleuradrainage großlumig (Bülaudrainage)	8-144.0↔
Pleuradrainage kleinlumig, dauerhaftes Verweilsystem	8144.1 ↔

Art der Punktion	Kode
Pleuradrainage kleinlumig (Pleurakatheter)	8-144.2↔
Aszitespunktion (diagnostisch) ▶	1-853.2
Aszitespunktion (therapeutisch) ▶	8-153
Drainageeinlage in Peritonealraum	8-148.0
Lumbalpunktion Liquor (diagnostisch)	1-204.2
Endosonografische FNP (Feinnadelpunktion)	
– Oberer Verdauungstrakt	1-445
– Unterer Verdauungstrakt	1-446
– Pankreas	1-447
– Leber	1-448.0
– Gallenwege	1-448-1
– Sonstige	1-448-x
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 intra-peritoneale 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 8-851.- <i>Operativer äußerer Kreislauf (bei Anwendung der Herz-Lungen-Maschine).</i>	8-602
Interstitielle und intrakavitäre Hyperthermie Eine Thermoablation wird mit einem Kode aus dem Kapitel 5 „Operationen“ unter dem jeweiligen Verfahren, z. B. Destruktion von erkranktem Gewebe, kodiert.	8-603
Computergestützte Planung aus CT- oder MRT-Daten einer Hyperthermie	8-604

Art der Hyperthermie	Kode
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 DRGs bestimmen bzw. zusatzentgeltfähig sind (Embolisation mit Metallspiralen).

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

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

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

Perkutan-transluminale Gefäßintervention

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

Beispiele:

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

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

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

Intraarterielle Radiorezeptortherapie 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 Codes 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
Weitere Verfahren	5-501.--

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

7.1.1 Knochenmarkentnahme beim Patienten (Eigenspende)

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

7.1.2 Periphere Stammzellentnahme beim Patienten (Eigenspende)

HD 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 bei Entnahme von hämatopoetischen Stammzellen (Details siehe 7.1.1.)

Die medikamentöse Stimulation vor der Entnahme ist im OPS-Kode enthalten. Wenn das Medikament zur Stimulation in den Listen für Medikamente in Kapitel 6 des OPS-Katalogs enthalten ist, ist dieser Code zusätzlich anzugeben (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 bei Entnahme von hämatopoetischen Stammzellen (Details siehe 7.1.1.)

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

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

Bezüglich der medikamentösen Stimulation siehe 7.1.2

7.1.5 Entnahme von Lymphozyten

ND	Z52.08 Spender sonstiger Blutbestandteile
Proz.	–

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

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

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

Für den Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen oder Donorlymphozyten kann ein krankenhausespezifisches Zusatzentgelt (ZE 2015-35 bzw. ZE 2015-99) 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. Ab 2015 stehen nun 2 Arten Codes zur Verfügung, mit denen der Aufwand der in-vitro-Aufbereitung abgebildet werden kann: einen für die Entnahme der Stammzellen (bisheriger Code 5-410.2-, siehe 7.1.1) und einen für die eigentliche Transplantation (5-411.7-). Somit kann sowohl der Aufwand im Labor bei der Entnahme als auch der klinische Aufwand bei einer Transplantation nach in-vitro-Aufbereitung kodiert werden.

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

Beim Kapitel Zusatzinformationen (5-93 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 Code auch hier benutzt werden, da er im Hinblick auf eine eventuelle Aufbereitung des Transplantats zur genauen Abbildung des Falles hilfreich ist.

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

7.2.2 HLA-Identität

HLA-Identität liegt vor:

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

Bisher galt bei der Kodierung, dass zur Feststellung der HLA-Identität die Übereinstimmung bei HLA-A, HLA-B, HLA-C zweistellig und bei HLA-DR und HLA-DQ vierstellig zu betrachten ist. Mit der zunehmenden Verbreitung der hochauflösenden HLA-Bestimmung wurde diese aber in den letzten Jahren in den meisten Zentren auch bei der Beurteilung der Loci HLA-A,-B und -C zur Kodierung angewandt.

Nach dem neuen Deutschen Konsensus 2013 zur immunogenetischen Spenderauswahl für die allogene Stammzelltransplantation, der 2014 veröffentlicht wurde, wird nun bei der Spenderauswahl die Bestimmung aller 5 HLA-Loci vierstellig (hochauflösend) vorausgesetzt. Somit kann jetzt auch zur Kodierung die vierstellige Auflösung herangezogen werden.

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

Patient:

HLA-A*0101, *1101; HLA-B*1501, *2705; HLAC*0401, *0102

HLA-DRB1*0101, 0801; HLA-DQB1*0402, *0501

Spender:

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

Beispiel für fehlende Übereinstimmung bei HLA-DQ vierstellig (Allel) und somit **nicht-HLA-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
Bis 2014: HLA-ident Transplantation,
ab 2015 **nicht-HLA-ident** **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 Art der in-vitro-Aufbereitung der transplantierten oder transfundierten hämatopoetischen Stammzellen	5-411.02 5-411.7-

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

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

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

Allogen, HLA-identisch, nicht-verwandter Spender	Kode
Ohne In-vitro-Aufbereitung	5-411.50
Nach In-vitro-Aufbereitung Art der in-vitro-Aufbereitung der transplantierten oder transfundierten hämatopoetischen Stammzellen	5-411.52 5-411.7-

7.2.4 Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen

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

Allogen, nicht-HLA-identisch, 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

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

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

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

7.2.5 Stammzellboost nach erfolgter Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen und Retransplantation

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

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

Für die Prozedur 8-805.62, d. h. Stammzellboost nach In-vitro-Aufbereitung, kann das krankenhausindividuelle Zusatzentgelt ZE2015-44 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 seit 2014 neue Kodes, jeweils für Knochenmark und peripher gewonnene Stammzellen. Ab 2015 ist dieser Kode mit einem Hinweis versehen, der eine genaue Definition der Retransplantation enthält.

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

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

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

7.2.6 Konditionierung und Ganzkörperbestrahlung

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

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

7.3 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 oder 2	keine	keine
II	Stadium 3	Stadium 1	Stadium 1
III	(Stadium 1–3)	Stadium 2 oder 3	Stadium 2 oder 3
IV	Stadium 4	Stadium 4	Stadium 4

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

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

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

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

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

Akute Leber-Graft-versus-host-Krankheit	Kode
Stadium 1 (Bilirubin 2–3 mg/dl bzw. 34–52 µmol/l)	K77.11*
Stadium 2 (Bilirubin 3,1 bis 6 mg/dl bzw. 53 bis 104 µmol/l)	K77.12*
Stadium 3 (Bilirubin 6,1 bis 15 mg/dl bzw. 105 bis 259 µmol/l)	K77.13*
Stadium 4 (Bilirubin > 15 mg/dl bzw. 259 µmol/l)	K77.14*

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

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

Chronische GvHD

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 (Bronchiolitits 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 Code 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, abnorme 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 Kodes 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. Die Vergütung muss weiterhin über ein NUB erfolgen (bisher Status 1).

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

In den folgenden Tabellen finden Sie die für die Hämatologie/Onkologie bedeutsamen ZE. Unter Anlage finden Sie die entsprechende Anlage des Fallpauschalenkatalogs 2015 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 2015-91)	Anlage	Kode
18 Dosisklassen	6	6-004.3-

Decitabine, parenteral (ZE 2015-102)	Anlage	Kode
18 Dosisklassen	6	6-004.4-

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

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

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

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 (ZE19)	Anlage	Kode
6 Dosisklassen	5	6-001.3-

Lenalidomid, oral (ZE 2015-77)	Anlage	Kode
20 Dosisklassen	6	6-003.g-

Mifarmutid, (ZE 2015-101)	Anlage	Kode
19 Dosisklassen	6	6-005.g-

Nelarabin, parenteral (ZE 2015-79)	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 2015-74)	Anlage	Kode
15 Dosisklassen	6	6-003.a-

Sorafenib, oral (ZE 2015-75)	Anlage	Kode
18 Dosisklassen	6	6-003.b-

Temsirolimus, parenteral (ZE 2015-85)	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 2015-92)	Anlage	Kode
18 Dosisklassen	6	6-005.1-

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

Eculizumab, parenteral (ZE 2015-93)	Anlage	Kode
20 Dosisklassen	6	6-003.h-

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

Ofatumumab (ZE 2015-100)	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, intravenös (ZE 148)	Anlage	Kode
19 Dosisklassen	5	6-001.h-

Rituximab, subcutan (ZE 2015-103)	Anlage	Kode
6 Dosisklassen	6	6-001.j-

Trastuzumab, intravenös (ZE 149)	Anlage	Kode
22 Dosisklassen	5	6-001.k-

Trastuzumab, subcutan (ZE 2015-104)	Anlage	Kode
6 Dosisklassen	6	6-001.m-

8.1.3 Antimykotika

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

Amphotericin-B-Lipidkomplex, parenteral (Abelcet [®] , ZE 2015-80)	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
29 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, Suspension (ZE 150)	Anlage	Kode
23 Dosisklassen	5	6-007.0-

Posaconazol, oral, Tabletten (ZE 2015-105)	Anlage	Kode
18 Dosisklassen	6	6-007.1-

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
22 Dosisklassen	5	6-005.e-

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

Sargramostim, parenteral (ZE 2015-33)	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 2015-46)		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 2015-59)	Anlage	Kode
22 Dosisklassen	6	8-812.1-

Interferon alfa-2b, nicht pegylierte Form, parenteral (ZE 2015-60)	Anlage	Kode
23 Dosisklassen	6	8-812.2-

8.2 Blut und Blutprodukte (einschl. Stammzellen, DLI)

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

Thrombozytenkonzentrat (ZE 146)	Anlage	Kode
29 Dosisklassen nicht pathogeninaktiviert	5	8-800.g-
29 Dosisklassen pathogeninaktiviert	5	8-800.h-

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

Apherese-Thrombozytenkonzentrat (ZE 147)	Anlage	Kode
30 Dosisklassen nicht pathogeninaktiviert	5	8-800.f-
30 Dosisklassen pathogeninaktiviert	5	8-800.d-

Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen (ZE 2015-35)	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 2015-99)	Anlage
Fremdbezug von Donor-Lymphozyten über Spenderdateien bei nicht-verwandten Spendern oder Bezug von Donor-Lymphozyten von außerhalb Deutschlands bei Familienspendern	6

Stammzellboost (ZE 2015-44)	Anlage
Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen: Stammzellboost nach erfolgter Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen: Nach In-vitro-Aufbereitung	6

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

Prothrombinkomplex, parenteral (ZE 30) Nicht abrechenbar wenn ZE 2015-97 (Bluter) abgerechnet wird.	Anlage	Kode
12 Dosisklassen	5	8-812.5-

Granulozytenkonzentrate (ZE 2015-34)	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 2015-97: Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren: an bestimmte ICD-Diagnosen gebunden, in der Regel angeborene Gerinnungsstörungen (siehe FP-Katalog)	6 und 7	8-810.--
ZE 2015-98: 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 2015-71)	Anlage	Kode
Radiorezeptorthherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga intravenöse	6	8-530.60
Radiorezeptorthherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga intraarteriell	6	8-530.a0

Ibritumomab-Tiuxetan (ZE 2015-70)	Anlage	Kode
Radioimmuntherapie mit ⁹⁰ Y-Ibritumomab-Tiuxetan, parenteral	6	6-003.6

SIRT (ZE 2015-65)	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 palliativmedizinische Komplexbehandlung (ZE 145)	Kode
ZE 145.1	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung , mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage	8-96e.1
ZE 145.2	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung , mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage	8-96e.2

	Spezialisierte stationäre palliativ-medizinische Komplexbehandlung (ZE 145)	Kode
ZE 145.3	Spezialisierte stationäre palliativ-medizinische Komplexbehandlung, mindestens 21 Behandlungstage	8-96e.3

	Zellapherese (ZE2015-15)	Anlage	Kode
ZE 130	Zellapherese (therapeutisch)	6	8-823
	Spezielle Zellapherese-verfahren	6	8-825.-

	Extrakorporale Photopherese (ZE 37)	Anlage	Kode
ZE 37	Photopherese	5	8-824

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

8.5 Hämatologisch und onkologisch wichtige NUB

Die Tabelle enthält die NUBs, die 2014 den Status 1 erhalten haben und die NUBs, die von der DGHO als Antrag empfohlen wurden. Die Liste der 2015 mit dem Status 1 versehenen NUBs wird vom InEK Ende Januar/Anfang Februar 2015 veröffentlicht. Die Tabelle enthält weiterhin einige Medikamente, die verschlüsselt werden können, ohne dass sie ZE oder NUB sind.

Wirkstoff	Kode OPS 2015	2014 mit Status 1	2014 als Antrag für 2015 empfohlen
Arsentrioxid, parenteral	6-005.5	x	x
Abirateronacetat	6-006.2	x	x
Afatinib	n. n. b.		x
Aflibercept, intravenös	6-007.3	x	x
Axitinib, oral	6-006.g	x	x
Brentuximab, parenteral	6-006.b	x	x
Bosutinib, oral	6-007.4	x	x
Cabazitaxel	6-006.1	x	x
Carfilzomib	n. n. d.	Status 4	x
Crizotinib, oral	6-006.c	x	x
Dabrafenib, oral	6007.5	x	x
Defibrotide	6-005.k	x	x
Denileukin Diftitiox, parenteral	6-005.6	x	x
Eltrombopag	6-006.0		x
Enzalutamid, oral	6-007.6	x	x

Wirkstoff	Kode OPS 2015	2014 mit Status 1	2014 als Antrag für 2015 empfohlen
Eribulin	6-006.5	x	x
Etarfolatid	n. n. d.		x
Everolimus bei Neplasie	6-005.8	x	x
Ibrutinib	n. n. d.		x
Idelasinib	n. n. d.		x
Ipilimumab	6-006.3	x	x
Lipegfilgrastim, parenteral	6-007.7	x	x
Nab-Paclitaxel	6-005.d	x	x
Nilotinib	6-004.6	x	x
Nivolumab	n. n. d.		x
Obintuzumab	n. n. d.		x
Pazopanib	6-005.a	x	x
Pembrolizumab	n. n. d.		x
Pertuzumab, parenteral	6-007.9	x	x
Pixantron	6-006.e	x	x
Pomalidomid, oral	6-007.a	x	x
Ponatinib, oral	6-007.b	x	x
Posaconazol, i. v.	n. n. d.		x
Ramucirumab	n. n. d.		x
Regorafenib, oral	6-007.c	x	x
Ruxolitinib	n. n. d.		x
Situximab	n. n. d.		x

Wirkstoff	Kode OPS 2015	2014 mit Status 1	2014 als Antrag für 2015 empfohlen
Temozolamid i.v.	6-005.c	x	x
Trametinib	n. n. d.	Status 4	x
Trastuzumab-Emsantin, parenteral	6-007.d	x	x
Vandetanib	n. n. d.		x
Vemurafenib, oral	6-006.f	Status 4	x
Vintafolid	n. n. d.		x
Vismodegib	n. n. d.	Status 4	x
adoptiver Transfer virus-spezifischer T-Zellen bzw. virusspezifische Spenderzellen	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 2015 Katalog noch kein Prozedurencode festgelegt. Wir empfehlen zur Dokumentation hausindividuelle Dummy-OPS zu definieren. Vorschläge hierzu siehe www.dgho.de.

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.
Hämatologische/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	
CT-Thorax mit KM	3-222	

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	
Hämatologische/Onkologische Bronchoskopie	Kode aus 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.
Hämatologische/Onkologische Grunderkrankung	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
SIRS	R65.-	5.8.6

Patient in der Neutropenie erleidet eine Sepsis, Notwendigkeit der Verlegung auf eine Intensivstation, Beatmung		Verweis
Diagnosen	ICD-10	Kapitel Nr.
Erreger, falls nicht im Infektionskode 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, J80.0-	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 transfusionsrefraktär)	D69.58	5.6.2
Umkehrisolierung bei schwerer Neutropenie	Z29.0	5.8.3
Sepsis in der Neutropenie ohne Erregernachweis, ohne Organkomplikationen, 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 inkl. 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. 12 x 30 Mio. Einheiten	6-002.14	8.1.4
Posaconazol oral (Suspension) als antimykotische Prophylaxe, insgesamt 10.200 mg	6-007.07	8.1.3
Gabe von insgesamt 7 Apherese-Thrombozyten-Konzentraten	8-800.f6	6.3
Gabe von insgesamt 10 Erythrozyten-Konzentraten	8-800.c1	6.3

Diffus großzelliges B-Zelllymphom, Rezidiv mit ZNS-Befall, Intensivierte Rezidivtherapie, Komplikationen		Verweis
Diagnosen	ICD-10	Kapitel Nr.
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

Diffus großzelliges B-Zelllymphom, Rezidiv mit ZNS-Befall, Intensivierte Rezidivtherapie, Komplikationen		Verweis
Diagnosen	ICD-10	Kapitel Nr.
Therapie-induzierte Granulopenie (weniger als 500 Neutrophile/ μ l für insgesamt 5 Tage)	D70.13	5.6.3
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 intravenös	8-547.0	6.2

Diffus großzelliges B-Zelllymphom, Rezidiv mit ZNS-Befall, Intensivierte Rezidivtherapie, Komplikationen		Verweis
Prozeduren	OPS	
Zusatzkode für Medikament: Rituximab 700 mg intravenös	6-001.h5	8.1.2
Therapie mit Hochdosis MTX-AraC (3 Tage gesamt)	8-543.32	6.1
Gabe von 2 Apherese-TK	8-800.f1	8.2
Hochaufwändige 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

Patient mit ALL zur Stammzell-transplantation mit HLA-identem, nicht-verwandten Spender mit u. a. akuter GvHD der Haut > 50 % der Hautoberfläche		Verweis
Diagnosen	ICD-10	Kapitel Nr.
Akute Graft-versus-Host-Krankheit Grad I und II	T86.01	7.3.1
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.f-	6.3

8.6.4 Beispiel Onkologie

<p>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.</p>		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 172
- Adnexe 79
- adoptiver Transfer 203
- Agranulozytose 18, 91, 97, 98, 99, 109, 111
- akute GvHD 179
- Aldesleukin 194
- Alkoholinjektion 166
- ALL 35, 59, 65, 66, 144, 147, 148
- Allogen 172, 174, 175
- AML 65, 66, 67, 69, 142, 144, 147, 148, 149
- Amphotericin B, Lipidkomplex 192
- Amphotericin B, liposomal 192
- Anämie 89
 - aplastisch 91, 94
 - arzneimittelinduziert 91, 92, 94
 - autoimmunhämolytisch 94, 129
 - Blutungs- 92
 - Eisenmangel 92
 - Evans-Syndrom 94, 96
 - Fanconi 94
 - Folsäure-Mangel 92
 - paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie 94
 - renal 91, 95
 - Sichelzellen 93
 - Tumor 95
 - Vitamin-B12-Mangel 92
- Anämie, refraktär 68
- Angiodysplasie 103
- Angiosarkom 75, 84
- Anidulafungin 193
- Antibiotikaphylaxe 125
- Anti-Human-T-Lymphozyten 149, 195
- Antikoagulanzen 101, 102
- Antikörper 89, 94, 96, 101, 106, 137, 139, 141, 144, 149, 166, 191
 - Bevacizumab 191
 - Catumaxomab 191
 - Cetuximab 191, 212
 - Eculizumab 191
 - Infliximab 191
 - Ofatumumab 191
 - Palifermin 192
 - Panitumumab 149, 192
 - radioaktiv markiert 37, 149
 - Rituximab 149, 192, 209, 210
 - Trastuzumab 192, 203
- Antimykotika 102
 - Amphotericin B, Lipidkomplex 192
 - Amphotericin B, liposomal 192
 - Anidulafungin 193
 - Caspofungin 193
 - Itraconazol 193
 - Micafungin 193
 - Posaconazol 193, 202, 208
 - Voriconazol oral 120, 192
 - Voriconazol parenteral 193
- Antiphospholipidsyndrom 106
- Antithrombin III 201
- Arsentrioxid 201
- Arteriographie 164, 165
- Aspergillose 116, 117, 204
- Aszites 41, 42, 46, 48
- Aszitespunktion 162
- Aufbereitung 167, 171
- Augen 82, 181
- Ausrufezeichen-Kode 27, 28, 109, 110
- autolog 148, 174, 175, 177
- autonomes Nervensystem, Sarkom 85
- Axitinib 199
- Azacytidin 142, 188

B

- Bakteriämie 110
- bakterielle Infektion 52, 109, 110
- B-ALL 59, 65, 147
- Basisassessment 156
- Basis-DRG 33, 54, 69
- Behandlung, geplant 49, 51
- Bestrahlung 37, 39, 41, 150, 185
- Beurlaubung 22, 23, 24
- Bevacizumab 191

- Biopsie
 - Haut 160
 - Lymphknoten 161
 - Mamma 160
 - Blut und Blutprodukte
 - Apherese-Thrombozytenkonzentrat 152, 196
 - Erythrozytenkonzentrat 150, 194
 - Granulozytenkonzentrate 153, 195
 - Thrombozytenkonzentrat 150, 151, 195, 206, 211
 - Thrombozytenkonzentrat, patientenbezogen 152, 195
 - Bluter 197, 198
 - Blutkultur 111, 113, 117
 - Bluttransfusionen 150
 - Blutung 90, 92, 96, 99, 100, 102, 103, 104, 105, 114, 132
 - Gastritis 103
 - Blutung, Angiodysplasie 103
 - Blutung, gastrointestinal 99, 102
 - BNPNAS 85
 - Bortezomib 142, 188
 - Bosutinib 201
 - Brentuximab 201
 - Bronchialkarzinom 142
 - Budd-Chiari Syndrom 105
 - Burkitt 65
 - Burkitt-Lymphom 59, 61, 65
 - Busulfan 188
- C**
- Cabazitaxel 201
 - Candida 108, 118
 - Candidämie 118
 - Candida-Sepsis 118
 - Carfilzomib 201
 - Carmustin-Implantat 188
 - Caspofungin 193
 - Catumaxomab 191
 - Cauda equina-Syndrom 130
 - CD34-Selektion 171
 - Cetuximab 191, 212
 - Chemotherapie 18, 22, 23, 24, 35, 36, 37, 38, 40, 41, 49, 50, 51, 54, 98, 125, 137, 138, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 163, 164, 165, 169, 171, 178, 185, 212
 - arteriell 141, 165
 - hochgradig komplexe 138, 146, 147
 - intraperitoneal 141, 148, 164
 - intrathekal 139, 140, 144, 188
 - intrazerebral 140
 - mittelgradig komplex 38, 137, 138
 - nicht komplex 36, 138, 141, 142
- Chlamydien 110**
- Chondrosarkom 84**
- chronische myelomonozytäre Leukämie 68**
- chronische GvHD 179, 181, 184**
- chronische myeloische Leukämie 67, 68**
- CLL 56, 63**
- Clofarabin 147, 188**
- CML 70**
- CMML 70**
- CMV-Infektionen 119**
- Crizotinib 201**
- Cytarabin 188**
- D**
- Dasatinib 147, 188
 - Defibrotide 186, 201
 - Dendritische Zellen 153, 186
 - Denileukin Diftitox 201
 - Decitabine 13, 20, 189
 - Diagnostik Leukämie 158
 - DIC 101, 102, 115, 206
 - Dickdarm 74, 88, 103
 - DIMDI 15, 26, 29, 91, 187
 - Divertikulitis 103
 - Divertikulose 103
 - Docetaxel 142, 143, 189
 - Donor-Lymphozyten 153, 196
 - DOTATOC 198
 - Doxorubicin 142, 143, 145, 146, 189
 - Doxorubicin, liposomal 189
 - Dünndarm 74, 87, 88
- E**
- Eculizumab 191
 - Eigenanamnese 39, 40, 4
 - Eltrombopag 201
 - Embolisation 164, 165
 - Enzalutamid 201
 - Enzephalopathie 115, 128, 130

Eosinophilenleukämie 68
Epistaxis 22, 100
Eribulin 201
Erythrozytendepletion 168, 171
Erythrozytenkonzentrat 150, 151,
195, 206, 211
Evans-Syndrom 94, 96
Everolimus 202
Ewingsarkom 84
Ex-vivo-Zellkultursystem 159

F

Faktorenmangel 102
Fallpauschalenkatalog 13, 18, 187
Fallpauschalenvereinbarung 15
Fallpauschalenverordnung 33, 54
Feinnadelpunktion,
endosonografisch 162
Fibrosarkom 84
Fieber unklarer Ursache 52, 108
Filgrastim 169, 194, 208

G

Gallenblase 75, 76
Gallengangskarzinom 75
Gallenwege 75, 76, 162
Gastrointestinaltrakt 73, 102, 131
Gehirn 37, 86, 88, 119, 208
Gemcitabin 142, 143, 145, 146,
189
Genmutationsanalyse 158, 159
GIST 84
Gliome 143
Graft-versus-Host-Disease 179
Granulozytenkonzentrate 153, 198
Grenzverweildauer 33, 54
GvHD, akut 179, 210, 211
GvHD, chronisch 179, 181, 182,
183, 184, 185
GvHD, Haut 182, 210, 211
GvHD, Leber 180
GvHD, Verdauungstrakt 181

H

Haarzellenleukämie 57
Hämatom, Muskel 100
Haemophilus influenzae 110
hämolytisch-urämisches Syndrom
91, 94

Hämophilie 100, 101
Hämoptye 100
Hämostaseologie 99, 129
Hand-Fuß-Syndrom 132
haploident 174, 175, 176
Harnblase 48, 79, 141
Harnwegsinfekte 28
Hauptdiagnose 28, 31, 35, 37, 38,
41, 42, 44, 45, 46, 47, 51, 53, 89,
90, 132, 170
Haut 81, 82, 85, 88, 127, 128, 179,
180, 182
Hautbiopsie 160
Hemmkörperhämophilie 101
heparin-induzierte
Thrombozytopenie 96
Hepatitis, CMV 119
Herz 77, 88, 177
Hirnfarkt 105
Histiozytom 84
Histiozytose 67
HLA-Identität 13, 172
HLA-Typisierung 158, 207
HNO 71
HNO-Tumore 142, 145
Hoden 80
Hodentumor 137, 143
Hodgkin 56, 146
Human-Immunglobuline 197
Hyperkalziämie 129, 131
Hypersplenismus 97, 99
Hyperthermie 148, 163, 164
Hyperviskosität 131

I

ICD-10-GM 15, 26, 27, 28, 71, 82,
104, 106, 158
Ileus 131, 132, 181
Imatinib 189
Immunkompromittierung 185
Immunmodulatoren 137, 140, 165
Aldesleukin 194
Anti-Human-T-Lymphozyten-
Immunglobulin 149, 195
Interferon 149, 195
immunproliferative
Dünndarmkrankheit 58

Immunsuppression 107, 108, 120, 185, 211
Immunthrombozytopenie (ITP, M. Werlhof) 96
Induktion 64, 67, 70, 147, 148, 207, 208
InEK 15, 16, 18, 20, 186, 198
infektiologisches Monitoring 109, 208
Infektionen 26, 106, 107, 110, 111, 118, 119, 120, 121, 204
Infliximab 191
Interferon alfa-2a 195
Interferon alfa-2b 195
intraperitoneal 141, 148, 164
intrathekal 139, 140, 144, 188
intrazerebral 140
In-vitro-Aufbereitung 153, 168, 169, 170, 171, 174, 175, 176, 177, 186, 196, 211
Ipilimumab 202
Irinotecan 142, 189
Isolierereinheit 123, 124
Isolierung 98, 109, 111, 121, 122, 123
Itraconazol 193

K
Kaposi 85, 86
Knochen(mark)herde bei malignen Lymphomen 62
Knochenfraktur 62, 89, 130
Knochenfraktur (Neubildungen) 62, 89, 130
Knochenmark Biopsie 157
Knochenmarkentnahme 168, 169
Knochenmarkpunktion 90, 96, 98, 158, 207, 208
Kodierrichtlinie 11, 13, 15, 30, 31, 35, 141
Kolonkarzinom 48
Komplexbehandlung bei MRE 122
 palliativmedizinisch 156, 199, 200
Komplexes Staging 157
Komplikationen 35, 53, 62, 106, 127, 130, 133, 179, 207, 208, 209, 210
Komplizierende Konstellation 18
Konditionierungsprotokolle 147, 148
Konsolidierung 35

Kopfschmerz 33, 42, 43
Kreuz-Stern-System 27, 28, 107
Kryptokokkose 119
Kyphoplastie 162

L

Langerhans-Zell-Histiozytose 69
Larynx 72
Leber 75, 84, 88, 161, 162, 166, 177, 179, 180, 212
Leberpunktion 161
Leberzellkarzinom 47, 75
Leiomyosarkom 78, 84
Lenalidomid 189
Lenograstim 169, 194
Leukämie
 akut, lymphatisch 65, 210
 akut, myeloisch 65, 207, 208
 Chlorom 65
 Promyelozytenleukämie 65
 refraktär 64, 67, 68, 70
Leukämie, akut 63, 64, 65, 66, 146, 207, 208, 210
Leukenzephalopathie 128
Leukostase 130, 131, 170
Leukozyten nach ex-vivo-Kultur 153, 186
Liposarkom 84
Lungenarterienembolie 104, 105
Lupus Antikoagulans 106
Lymphangioidosis carcinomatosa 48
Lymphknotenbiopsie 161
Lymphknotenmetastasen 87, 212
Lymphom 37, 38, 45, 48, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 69, 71, 88, 89, 142, 146, 147, 186, 207
 anaplastisch 60
 Burkitt 59, 61, 65
 follikuläres NHL = Keimzentrum
 NHL 57
 HTLV-1 61
 Knochenbefall 37, 89
 Malt-Lymphom 57, 58
 Mantelzelllymphom 57
 Marginalzonenlymphom 57
 Meningeosis lymphomatosa 62
 Mykosis fungoides 60
 Non-Hodgkin-Lymphom 56, 59
 reifzelliges 60
 Sézary-Syndrom 60

M

M. Moschkowitz 91, 94, 96
Magen 49, 73, 84, 103
Magenkarzinom 145
maligner primitiver neuroektodermaler Tumor (MPNET und PNET) 85
Malignome, gleichzeitig 47
Malignomnachweis, fehlend 47
Mallory-Weiss-Syndrom 103
Mammabiopsie 160
Mammakarzinom 26, 27, 36, 41, 44, 47
Mastozytose 68, 69
Mastzellenleukämie 65, 69
MDS 65, 67, 68, 95, 142
Melanom 41, 47, 81, 82, 143, 146
Meningeosis carcinomatosa 48, 86
Meningeosis lymphomatosa 62
mesenchymale Stammzellen 177
Mesenterialvenenthrombose 105
Mesenterium 85
Mesotheliom 85
Metallspiralen 164, 165
Metastase
 Brustdrüse 78, 88
 Dickdarm 74, 75, 88
 Dünndarm 74, 87
 Gallenwege 75, 76
 Gehirn 88
 Harnblase 88
 Haut 82, 88
 Herz 77, 88
 Knochen 41, 44, 83, 88
 Leber 75, 88
 Lunge 76, 87
 Mediastinum 87
 Nebenniere 88
 Niere 88
 Ovar 88
 Perikard 77, 88
 peritoneal 75, 79
 Pleura 77
 retroperitoneal 79
 ZNS 88
Metastase als Hauptdiagnose 37
Metastase als Nebendiagnosen 39

Metastasenkode bei Leukämie 88
Methotrexat 139, 144, 211
MGUS 60
Micafungin 193
Mifamurtid 13, 20
Molekulares Monitoring der Resttumorlast (MRD) 158, 159, 203, 211
MPNET 85
MRD 158, 159, 203
MRSA 121, 122, 155
Mukormykose 118, 119
Mukositis 131, 209, 210
multiple endokrine Neoplasie 81
Mund 71, 72, 181, 183
Muskelhämatom 100
Myelodysplasie 68
Myelofibroose 65, 68
Myelom
 multiples 60, 62, 63, 89, 142, 145
myeloproliferative Erkrankungen 68
Mykoplasmen 107, 110
Mykose 109, 116, 117, 204
Mykosis fungoides 60

N

Nab-Paclitaxel 202
nachstationär 21
Nase 72
Nebendiagnose 18, 25, 30, 31, 32, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 45, 46, 47, 53, 54, 62, 91, 95, 98, 118, 127, 134, 141, 180, 185
Nebenhoden 80
Nebenniere 81, 88
Nebenschilddrüse 81
Nelarabin 190
Neurofibrosarkom 85
Neutropenie 54, 97, 99, 109, 110, 111, 113, 117, 204, 205, 206, 207, 209
NHL 36, 37, 56, 57, 58, 144, 147
Niere 79, 88, 129
Niereninsuffizienz (Multiples Myelom) 62
Nierenversagen 115, 120, 131
Nierenversagen, akut/chronisch: 135, 136.
Nilotinib 202

NK-Zellen 153, 186
Notfälle 127, 130
NSCLC 142, 145, 146
NUB 14, 15, 17, 20, 29, 186, 201

O

Ofatumumab 191
OPS 28
Ösophagitis 119
Ösophagitis, CMV 121
Ösophagitis, Strahlen 131
Ösophagus 49, 73,
Ösophaguskarzinom 145
Ösophagusvarizen 103, 104
Osteolyse 62, 89, 130
Osteomyelofibrose 68
Osteonekrose 130
Osteoporose 62, 89
Osteoporose (Multiples Myelom) 62
Osteosarkom 84, 143
Ovar 41, 79, 88
Ovarialkarzinom 41, 143

P

Paclitaxel 143, 190
Palifermin 192
Palliativmedizin 154, 155, 156, 199
Panitumumab 149, 192
Pankreas 75, 76, 81, 161, 162
Pankreaskarzinom 142, 145, 146
Paraneoplasie 127
Paravasat 127, 133
Partikel
 medikamentenbeladen 165
Pazopanib 202
Pegfilgrastim 169, 194
Pemetrexed 142, 145, 190
Penis 80
Perikard-Punktion 161
Peritonealkarzinose 48
perkutane Therapie 166
perkutan-transluminale
 Gefäßintervention 165
Pertuzumab 202
Pflege, aufwendig 200, 210
Pfortaderthrombose 105
Pharynx 71, 72
Phlebitis 105
Photopherese 167, 186, 200

Plasmazellenleukämie 60
Plasmozytom 60, 89,
 siehe auch Myelom
Plerixafor 169, 194
Pleura 45, 48, 76, 77, 87
Pleuraerguss 42, 45, 46, 48, 87
Pleurahöhle 141
Pleuramesotheliom 85
Pleurapunktion 161
Pleurodese 45
PNET
 maligner primitiver neuro-
 ektodermaler Tumor 85
Pneumonie 107, 116, 117, 124,
 182, 184, 204, 208
Pneumonie bei Mykosen 116, 117,
 204
Pneumonie, CMV 119
Polycythämia vera 67
Posaconazol 13, 20, 193, 202, 208
Positivanreicherung 168, 171
postthrombotisches Syndrom 106
Posttransplant lymphoproliferative
 disorder 61, 186
Primärkode 27, 28
Primärtumor 37, 38, 30, 45, 46, 47
Prolymphozyten-Leukämie 61
Prophylaxe 125, 126, 143, 208
Prostata 44, 80
Prostatakarzinom 44, 143
Protein, C 106
Protein, S 106
Prothrombinkomplex 197
Prozedur
 nicht durchgeführt 50
PTLD 58, 61, 186
Punktion
 Aszites 41, 162
 endosonografische FNP 162
 Leber 161
 lumbal, Liquor 162, 209
 Perikard 161
 Pleura 161
 Schilddrüse 161

R

Radiofrequenzablation 166
Radioimmuntherapeutika 198
Rasburicase 126, 127

Refraktäre Anämie 68
Regorafenib 202
Remissionsstatus 63, 66, 70
Restaging 35, 39, 40, 41
Retinitis, CMV 120
Retransplantation 13, 16, 177, 178
Retroperitoneum 46, 84, 85, 88
Rezidiv 16, 46, 208, 209, 210
Rhabdomyosarkom 84
Rituximab 13, 20, 137, 149, 192, 209, 210
Romiplostim 194
Ruxolitinib 202

S

Sargramostim 194
Sarkom 3, 69, 71, 75, 77, 78, 82, 84, 85, 86, 143, 146, 149
Schilddrüse 81, 161
Schilddrüsenpunktion 161
Schmerz 42, 43, 44, 45, 46, 47, 130, 181
Schmerz, akut 43, 155
Schmerz, chronisch 43, 45
Schmerztherapie 44, 154, 155
Schwannom 85
Seitenlokalisation 29, 160, 161, 162
Sekundärkode 27, 28
Sepsis 13, 109, 112, 113, 114, 115, 116, 118, 205, 206, 207
septischer Schock 115, 116
Sézary-Syndrom 60
Sichelzellanämie 93
Sinusvenenthrombose 105
SIRS 112, 113, 114, 115, 116, 205, 207
SIRT 166, 199
Sorafenib 190
Speicheldrüsen 72, 181
Sphärozytose 93
Spiegelmessung 139, 144
Staging 35, 37, 157
Stammzellboost 16, 177, 196
Stammzellenspender 170
Stammzellgewinnung 168
Stammzelltransplantation 15, 61, 148, 168, 172, 177, 185, 210, 211
Staphylokokkeninfektion 110, 122

Stomatitis, Candida 118
Strahlenösophagitis 131
Strahlenpneumonitis 131
Strahlentherapie 24, 34, 35, 37, 38, 39, 44, 55, 89, 163
Streptokokkeninfektion 110
Subarachnoidalblutung 100
Sunitinib 190
Supportivmedikamente 139
Symptom 26, 32, 41, 42, 44, 52, 53, 127, 130, 183
Synovialsarkom 84
Szintigraphie 166

T

T- und B-Zell-Depletion 168, 171
TACE 165
teilstationär 15, 17, 21, 155
Temozolamid i. v. 203
Temsilolimus 190
Thalassämie 93
Therapie tage 138
Thrombophilie 104, 105, 106
Thrombophlebitis 105
Thrombophlebitis migrans 105
Thrombose 104, 105, 106
Thrombozytenkonzentrat 13, 29, 151, 152, 195, 196, 211
Apherese 151, 152, 153, 196, 208, 210, 211
gepoolt 152, 153
patientenbezogen 151, 152, 195
Thrombozythämie 68
Thrombozytopathie 96
Thrombozytopenie 22, 91, 95, 96, 97, 114, 207, 209, 210
Thymom 146
Thymus 77
Topotecan 142, 143, 190
Trabectedin 191
Trachea 72
TRALI 131
Transfusion 19, 63, 90, 96, 97, 108, 133, 150, 151, 153, 170, 175, 196, 206, 211
Donor-Lymphozyten 153, 196
Erythrozyten 150, 206
Granulozyten 153, 170
Leukozyten 153
Thrombozyten 151

transfusionsrefraktär 96, 97
Transplantation
 allogen 119, 120, 143, 169, 170,
 171, 173, 174, 175, 176, 211
Transplantat-Versagen 179
Trastuzumab 13, 20, 137, 138, 192,
 203
TTP 91, 94, 129
Tuben 79
Tumorlyse 125, 126, 127
Tumorschmerz 42, 44
Tyrosinkinaseinhibitoren 188
Tyrosinkinaseinhibitoren
 Dasatinib 188
 Imatinib 189
 Nilotinib 202
 Pazopanib 202
 Sorafenib 190
 Sunitinib 190
T-Zellen 153, 186, 203

U

Ureter 79
Urethra 80
Urothelkarzinom 143, 145, 146
Uterus 78, 84

V

Vagina 78
Vandetanib 203
Vemurafenib 203
Veno-occlusive Disease 186
Verbringung 22, 24, 25
Verdachtsdiagnose 31, 42, 47, 51,
 52, 108
Verlegung 22, 23, 24, 52, 53, 205,
 206
Vertebroplastie 157, 162
Vinflunin 191
Virusinfektion 109
Virus-Nukleinsäurebestimmung 107
Vismodegib 203
Vitamin-B12-Mangel 92
vollstationär 21
Voriconazol oral 193
Voriconazol, parenteral 193
vorstationär 21
Vulva 78

W

Wachstumsfaktoren 98, 137, 194,
 205
 Filgrastim 169, 194, 208
 Lenograstim 169, 194
 Pegfilgrastim 169, 194
 Plerixafor 169, 194
 Sargramostim 194
Waldenström 57, 58
Weichteilsarkom 50, 84
Wiederaufnahmeregelung 33, 54
Willebrand-Jürgens-Syndrom 101
Wirbelkörperkompression 62, 89,
 130

Z

Zellapherese 170, 200
Ziv-Aflibercept 201
ZNS-Lymphom 37, 62, 147
Zusatzentgelt 14, 15, 16, 19, 20, 29,
 30, 100, 115, 137, 148, 156, 164,
 167, 170, 187, 188
ZVK-Wechsel 107
Zytokine 149
Zytostatika 94, 95, 97, 139, 140,
 141, 144, 188, 207, 208, 210
 Arsentrioxid 201
 Azacytidin 142, 188
 Bortezomib 142, 188
 Busulfan 188
 Clofarabin 147, 188
 Cytarabin 188
 Decitabine 189
 Docetaxel 142, 143, 189
 Doxorubicin 142, 143, 145, 146,
 189
 Doxorubicin, liposomal 189
 Gemcitabin 142, 143, 145, 146,
 189
 Irinotecan 142, 189
 Nab-Paclitaxel 202
 Nelarabin 190
 oral 139, 141, 144
 Paclitaxel 143, 190
 Pemetrexed 142, 145, 190
 Temozolamid i. v. 203
 Temozolomid 190
 Temsirolimus 190
 Topotecan 142, 143, 190
 Trabectedin 191

Der Kodierleitfaden der DGHO hat sich bewährt
und erscheint jetzt in seiner 11. Auflage.

Ziel dieses Buches ist es, den Kolleginnen und Kollegen
für hämatologische und onkologische Behandlungsfälle
Kodierhinweise zu geben, die leicht verständlich sind und
es jedem in der täglichen Routine ermöglichen,
mit überschaubarem Aufwand Diagnosen und Prozeduren der
behandelten Patientinnen und Patienten optimal zu kodieren.

Die vorliegende Ausgabe ist ein Regelwerk,
das auf der Grundlage der Deutschen Kodierrichtlinien
Version 2015 und unter Anwendung der ICD-10-GM Version 2015
und des OPS Version 2015 erarbeitet wurde.

Das Buch ist als Hilfe bei der Kodierung gedacht und
erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

In einigen Fällen wird das Nachschlagen in den
ausführlichen Klassifikationssystemen notwendig sein.



ISBN 978-3-00-048216-8