

Kodierleitfaden

Hämatologie, Onkologie & Stammzelltransplantation

Version 2010



Ein Leitfaden für die klinische Praxis

Herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie
und Onkologie (DGHO) und der Deutschen Arbeitsgemeinschaft
für Knochenmark- und Blutstammzelltransplantation (DAG-KBT)
in Zusammenarbeit mit der DRG-Research-Group,
Universitätsklinikum Münster

Kodierleitfaden Hämatologie, Onkologie & Stammzelltransplantation

Kodierleitfaden Hämatologie, Onkologie &
Stammzelltransplantation - Ein Leitfaden für die klinische Praxis
Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO)
und Arbeitsgemeinschaft für Knochenmark- und
Blutstammzelltransplantation (DAG-KBT)
6. aktualisierte Auflage 2010
Münster, Schüling Verlag, 2010, ISBN 978-3-86523-157-4

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

Münster 2010



978-3-86523-157-4

Diesen Kodierleitfaden haben erstellt: Für die DGHO und die DAG-KBT:

Frau Dr. C. Haag

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

Herr Prof.Dr. S. Krause

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

Herr Dr. P. Lütkes

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

Herr PD Dr. G. Massenkeil

Medizinische Klinik II
Städtisches Klinikum Gütersloh
Reckenberger Straße 19
33332 Gütersloh
gero.massenkeil@klinikum-
guetersloh.de

Herr Dr. M. Thalheimer

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

Frau Dr. A. Haas, MBA

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

Herr Dr. M. Krych

Medizinischen Klinik III
Universität München Großhadern
Marchioninistraße 15
81377 München
Matthaeus.Krych@med.uni-
muenchen.de

Herr C. Lotze

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

Herr Prof. Dr. H. Ostermann

Medizinische Klinik III
Universität München Großhadern
Marchioninistraße 115
81377 München
Helmut.ostermann@med.uni-
muenchen.de

Für die DRG- Research-Group, Münster:

Herr Prof. Dr. N. Roeder
Ärztlicher Direktor
Universitätsklinikum Münster
Domagkstraße 20
48129 Münster

Herr Dr. Dominik Franz
DRG-Research-Group
Universitätsklinikum Münster
Domagkstraße 20
48129 Münster
Dominik.Franz@ukmuenster.de

Wir danken für die Mitarbeit:

C. Hopfe
Universitätsklinik Dresden
Med. Klinik und Poliklinik I
Fetscherstraße 74
01307 Dresden

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

Vorschläge für Änderungen, Erweiterungen oder Kritik bitte an:

Cornelie.Haag@uniklinikum-dresden.de

Inhalt

1. Zusammenfassung der Neuerungen 2010	13
2. Fallpauschalensystem 2010	15
2.1 Das G-DRG-System 2010	15
2.1.1 G-DRG 2010 Onkologische Aspekte	16
2.1.2 Teilstationäre Leistungen	21
2.2 Weiterentwicklung des Systems	21
2.3 Fallpauschalenkatalog 2010	22
2.3.1 Eingruppierung	22
2.3.2 Splittkriterien	22
2.3.3 Zusatzentgelte	23
2.3.4 Begriffsbestimmungen	23
3. Allgemeine Kodierregeln	28
3.1 Diagnosenklassifikation ICD	28
3.1.1 Kreuz-Stern-System (+*)	29
3.1.2 Ausrufezeichen-Kode (!)	30
3.2 Prozedurenklassifikation OPS	30
3.3 Regeln zur medizinischen Dokumentation	31
3.3.1 Hauptdiagnose	32
3.3.2 Nebendiagnose	32
4. Spezielle Kodierrichtlinien Onkologie	35
4.1 Auswahl und Reihenfolge der Codes [0201f]	35
4.2 Metastase als Hauptdiagnose [0201f]	37
4.3 CUP-Syndrom	37
4.4 Metastasen als Nebendiagnosen	38
4.5 Spezialfälle [0201f]	38
4.5.1 Malignom in der Eigenanamnese, Restaging [0209d]	38

4.5.2	Symptombehandlung	40
4.5.3	Behandlung eines Rezidivs	44
4.5.4	Fehlender Malignomnachweis [0201f]	44
4.5.5	Mehrere Malignome gleichzeitig	44
4.5.6	Lymphangiosis carcinomatosa	45
4.5.7	Wachstum per continuitatem [0206a]	46
4.5.8	Ungenau bezeichnete Lokalisationen	46
4.6	Die geplante Behandlung kann nicht durchgeführt werden	47
4.7	Verdachtsdiagnosen [D008b]	48
4.8	Komplikationen	50
4.8.1	Wiederaufnahmeregelung – Bedeutung für die Onkologie	50
5.	Kodierung von Diagnosen	53
5.1	Lymphome, Myelome CLL	53
5.1.1	Histologie	53
5.1.2	Lokalisation/Ausbreitung/ Komplikationen	56
5.1.3	Remissionsstatus	57
5.1.4	Refraktäre Erkrankung	58
5.2	Akute Leukämien	59
5.2.1	Klassifikation	59
5.2.2	Remissionsstatus	60
5.2.3	Refraktäre Erkrankung	61
5.3	Myeloproliferative Erkrankungen, MDS und Histozytosen	61
5.3.1	Klassifikation	61
5.3.2	Remissionsstatus	63
5.3.3	Refraktäre Erkrankung	64
5.4	Neubildung solider Organe	64
5.4.1	Tumoren aus dem HNO Bereich	64
5.4.2	Gastrointestinaltrakt	66
5.4.3	Hepatobiliäres System und Pankreas	68
5.4.4	Lunge/Mediastinum/Pleura – Tumoren	69
5.4.5	Gynäkologische Tumoren	70
5.4.6	Urogenitale Tumoren	72

5.4.7 Endokrine Organe	74
5.4.8 Tumore der Haut	74
5.4.9 Augentumoren	75
5.4.11 Kaposi- Sarkome	78
5.4.12 Bösartige Neubildung des Gehirns	79
5.4.13 CUP – Syndrom	79
5.5 Metastasen einschließlich	
Lymphknotenmetastasen	80
5.6.1 Anämien	82
5.6.2 Thrombozytopenie	87
5.6.3 Neutropenie und Agranulozytose	89
5.7 Hämostaseologie	91
5.7.1 Blutungen und Blutungsneigungen	91
5.7.2 Thrombosen und Thrombophilie	94
5.8 Infektionen	97
5.8.1 Infekt-Diagnostik	97
5.8.2 Fieber unklarer Ursache (FuO)	98
5.8.3 FuO bei Neutropenie mit Erregernachweis	99
5.8.4 Sepsis	100
5.8.5 Aspergillus	102
5.8.6 Candida-Infektionen	103
5.8.7 Weitere Pilzinfektionen	104
5.8.8 CMV-Infektion	104
5.8.9 Resistente Keime und MRSA	105
5.8.10 Im Krankenhaus erworbene Pneumonie	108
5.8.11 Antibiotikaphylaxe	108
5.9 Tumorlyse-Syndrom	109
5.10 Paraneoplasien, Notfälle, Schmerzsyndrome und Paravasat	111
5.10.1 Paraneoplasien	111
5.10.2 Onkologische Notfälle/Schmerzsyndrome	113
5.10.3 Paravasat	116
6. Kodierung von Prozeduren	117

6.1 Zytostatische Chemotherapie	117
6.1.1 Nicht komplexe Chemotherapie (ein- oder mehrtägig)	120

6.1.2 Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	122
6.1.3 Hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	125
6.1.4 Konditionierungsprotokolle	126
6.2 Therapie mit Antikörpern oder Zytokinen	127
6.3 Transfusionen	128
6.3.1 Transfusion von Erythrozyten	128
6.3.2 Transfusion von Thrombozyten	129
6.3.3 Transfusion von Leukozyten/ Transfusion von Granulozyten	130
6.4 Schmerztherapie und Palliativmedizin	131
6.4.1 Schmerztherapie	131
6.4.2 Palliativmedizin	132
6.5 Diagnostik und Arbeitstechniken	133
6.5.1 Spezifische Diagnostik bei hämatologisch-onkologischen Erkrankungen	133
6.5.2 Allgemeine diagnostische und therapeutische Prozeduren	135
6.5.3 Hyperthermie	138
6.5.4 Radiologische Prozeduren bei Tumorpatienten	139
6.5.5 Sonstige Techniken	141
7. Knochenmark-Transplantation und PBSZT	143
<hr/>	
7.1 Stammzellgewinnung	143
7.1.1 Knochenmarkentnahme beim Patienten (Eigenspende)	143
7.1.2 Periphere Stammzellentnahme beim Patienten (Eigenspende)	143
7.1.3 Knochenmarkentnahme bei einem Spender (verwandt oder nicht-verwandt)	144
7.1.4 Periphere Stammzellentnahme bei einem Spender (verwandt und nicht-verwandt)	144
7.1.5 Entnahme von Lymphozyten	145
7.2 Stammzelltransplantation	145
7.2.1 Allgemeine Hinweise zur Transplantation	

	Inhalt
von hämatopoetischen Stammzellen	145
7.2.2 Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark	146
7.2.3 Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen	147
7.2.4 Stammzellboost nach erfolgter Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen	148
7.3 Komplikationen nach KMT / SZT	149
7.3.1 Graft-versus-Host-Disease (GvHD)	149
7.3.2 Immunkompromittierung nach Transplantation	154
8. Anhang	155
8.1 Zusatzentgeltfähige Medikamente	155
8.1.1 Zytostatika und Tyrosinkinaseinhibitoren	155
8.1.2 Antikörper	170
8.1.3 Antimykotika	177
8.1.4 Wachstumsfaktoren	186
8.1.5 Immunmodulatoren	190
8.2 Blut und Blutprodukte	193
8.3 Radioimmuntherapeutika	204
8.4 Sonstige	204
8.4 Hämatologisch und onkologisch wichtige NUB	206
9. Index	207

Vorwort

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

Der 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 2010 umgehen zu können. Die allgemeinen und speziellen Kodierrichtlinien der Selbstverwaltung sollen hierdurch ergänzt, aber nicht ersetzt werden. Ziel ist es, eine sachgerechte und einheitliche Kodierung onkologischer Fälle zu ermöglichen. Bei kontroversen Fragen haben wir versucht, eine möglichst einfache, rationale Entscheidungshilfe zu geben.

Für den schnellen Einstieg haben wir ein Kapitel „Zusammenfassung der Neuerungen in 2010“ dem Kodierleitfaden vorangestellt. In den letzten Jahren sind sehr entscheidende Änderungen weniger geworden; dies zeigt, dass das Deutsche DRG System eine gewisse Reife erreicht hat. Nichtsdestotrotz gibt es aber einige relevante Änderungen, die zu wissen für die optimale Kodierung der Patientenfälle unabdingbar sind.

Wir hoffen, dass auch die neue Auflage des Kodierleitfadens ihrem Anspruch, ein nützliches Hilfsmittel bei der Kodier-tätigkeit 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 Neuerungen 2010

In diesem Kapitel werden die für den hämatologischen und onkologischen Bereich wichtigen Neuerungen in den Kodierrichtlinien, des ICD- und OPS- Katalogs, des Fallpauschalensystems und einige Neuerungen im Kodierleitfaden 2010 kurz zusammengefasst. Die ausführliche Beschreibung erfolgt dann in jedem Kapitel.

Änderungen der Allgemeinen Kodierregeln

Symptom wird wie Nebendiagnose kodiert [D003i].

Änderungen der Speziellen Kodierregeln

Kapitel 2 (Neubildungen): CUP-Syndrom mit neuen Ziffern.

Veränderungen des OPS Version 2010

- Neue Unterteilung der Codes für Thrombozytenkonzentrate und Erythrozytenkonzentrate
- Neuer Code für Genmutationsanalyse
- Neue Codes mit Dosisklassen für Medikamente (z.B. Anidulafungin, Panitumumab, Trabectedin, Temsirolimus), teilweise neue Dosisklassen (z.B. Antimykotika), neue Codes ohne Dosisklassen für Medikamente (z.B. Azacytidin, Catumaxomab, Arsentrioxid)
- Differenzierung der Codes für die Chemotherapie bezüglich Anzahl der Zytostatika und Tage der Chemotherapie

Veränderungen der ICD 10 Version 2010

- Neue Codes im Bereich Gerinnung
- Differenzierung des Codes für CUP C80.-
- Weitere Differenzierung der Tage der Neutropeniedauer
- Neuer Code für Septischer Schock R57.2

Fallpauschalensystem 2010

- Sehr unspezifische Diagnosen bei Agranulozytose/ Neutropenie sind nicht mehr relevant für die DRG-Gruppierung in R61 und R62.
- D63.0* ohne CCL-Relevanz bei DRGs R61 bis R63
- Streichung C83.9 als HD bei DRG R61

2. Fallpauschalensystem 2010

Diagnosebezogene Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups) sind ein System zur ökonomischen Bewertung stationärer Behandlungsfälle. Jede Fallpauschale ist nach dem durchschnittlichen Ressourcenverbrauch bewertet und bildet so den Preis für eine stationäre Behandlung. Es sollen alle Krankenhausleistungen vergütet werden, die nach der Vorgabe des Sozialgesetzbuches für die Behandlung eines Patienten „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ sind (§39 SGB V). Dabei handelt es sich insbesondere um ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sowie die Unterkunft und Verpflegung. Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehören auch die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter (z.B. die eines externen Pathologen).

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

2.1 Das G-DRG-System 2010

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

Das G-DRG-System 2010 besteht aus:

- Fallpauschalenvereinbarung (FPV) 2010 mit den Abrechnungsbestimmungen und den Anlagen (Fallpauschalenkataloge für Haupt- und Belegabteilungen; teilstationäre DRG's; nicht bewertete, krankenhausindividuell zu verhandelnde voll- und teilstationäre DRG's; bewertete Zusatzentgelte; nicht bewertete, krankenhausindividuell zu verhandelnde Zusatzentgelte).
- Kodierrichtlinien 2010 mit Regelungen zur Anwendung der medizinischen Klassifikationen ICD-10-GM und OPS Version 2010.
- Definitionshandbücher mit Auflistungen der gruppierungsrelevanten Parameter.
- Zertifizierte Grouper-Programme zur automatisierten Ermittlung der Fallpauschalen aus den Fall-Datensätzen

2.1.1 G-DRG 2010 Onkologische Aspekte

Neben den Veränderungen im Bereich der ICD-10-GM und des OPS haben erneut zahlreiche Überarbeitungen auf Ebene der DRG und der Zusatzentgelte für die onkologischen Aspekte stattgefunden. Auffällig ist, dass diese Veränderungen wie auch im Jahr 2009 häufig zu einer schlechteren Bewertung der onkologischen Fallpauschalen führen. Das kann oft nur z.T. durch eine verbesserte Erlösstruktur im Bereich der Zusatzentgelte ausgeglichen werden. Dies muss allerdings krankenhausindividuell analysiert werden. Keinesfalls kann davon ausgegangen werden, dass die methodischen Verbesserungen des G-DRG-Systems 2010 auch immer zu einer Erlös-Verbesserung führen.

Im Bereich der Basis-DRG A04 (Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion, allogene) war 2009 die

Gruppierungsrelevanz der schweren akuten GvHD (Grad III und IV) die wichtigste Änderung. Für 2010 wurde die Gruppierungslogik nicht geändert, allerdings fallen z.T. deutliche Abwertungen der Fallpauschalen auf:

DRG 2009	BR 2009	DRG 2010	BR 2010	Differenz
A04A	37,852	A04A	32,346	-5,506
A04B	25,972	A04B	23,589	-2,383
		A09A	25,523	-0,449
A04C	22,57	A04C	22,154	-0,416
A04D	19,466	A04D	17,959	-1,507
		A09C	19,039	-0,427

Bei der Basis-DRG R60 (akute myeloische Leukämie) gibt es keine wesentlichen Verschiebungen:

DRG 2009	BR 2009	DRG 2010	BR 2010	Differenz
R60A	10,777	R60A	11,642	0,865
R60B	6,037	R60B	6,505	0,468
R60C	4,824	R60C	4,89	0,066
		R60E	1,892	-2,932
R60D	2,106	R60D	1,742	-0,364
R60E	1,963	R60E	1,892	-0,071
		R60F	1,016	-0,947
		R60G	0,939	-1,024
R60F	0,974	R60F	1,016	0,042
R60G	0,884	R60G	0,939	0,055

Bei der DRG R36Z (intensivmedizinische Komplexbehandlung bei hämatologischen und soliden Neubildungen) ist die Einstiegsschwelle der Aufwandspunkte unverändert

zu 2009 geblieben, die Bewertungsrelation ist jedoch gestiegen von 13,157 auf 14,308.

Deutlicher sind die Umbauten in der Basis-DRG R61 (Lymphom und nicht akute Leukämien) und R62 (andere akute Leukämien). Hier wurden die Codes für die sonstige Agranulozytose (D70.3), die Neutropenie, nicht näher bezeichnet (D70.7) und die arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie, nicht näher bezeichnet (D70.19) aus der Tabelle „Agranulozytose, Neutropenie“ der Basis-DRG's R61 und R62 gestrichen. Die Nebendiagnose Anämie bei Neubildungen (D63.0*) ist in den DRG R61 bis R63 nunmehr ohne Relevanz. Diese Änderungen in der Wertung von Nebendiagnosen haben zur Folge, dass einige Fälle innerhalb ihrer Basis-DRG in niedriger bewertete abrechenbare DRG gruppiert werden und einige Fälle aus den DRG's R61B, R61C, R61E und R62A in diverse DRG's der MDC 17 im Sinne einer Abwertung verschoben worden sind. Dies unterstreicht die Bedeutung einer möglichst spezifischen Kodierung.

DRG 2009	BR 2009	DRG 2010	BR 2010	Differenz
R61A	3,603	R61A	3,705	0,102
		R61D	1,569	-2,034
		R61E	1,359	-2,244
R61B	2,269	R07A	2,107	-0,162
		R11A	2,489	0,22
		R61A	3,705	1,436
		R61B	2,497	0,228
		R61D	1,569	-0,7
		R61E	1,359	-0,91
		R61G	0,792	-1,477
		R61H	0,675	-1,594

DRG 2009	BR 2009	DRG 2010	BR 2010	Differenz
R61C	2,773	R61C	2,675	-0,098
		R61D	1,569	-1,204
		R61F	1,327	-1,446
		R61H	0,675	-2,098
R61D	1,474	R11B	1,314	-0,16
		R61B	2,497	1,023
		R61D	1,569	0,095
		R61E	1,359	-0,115
		R61G	0,792	-0,682
		R61H	0,675	-0,799
R61E	1,215	R07B	1,136	-0,079
		R61E	1,359	0,144
		R61G	0,792	-0,423
		R61H	0,675	-0,54
R61F	1,148	R11C	0,98	-0,168
		R61F	1,327	0,179
		R61H	0,675	-0,473
R61G	0,75	R61G	0,792	0,042
		R61H	0,675	-0,075
R61H	0,683	E63Z	0,28	-0,403
		R61H	0,675	-0,008

Ähnliche Veränderungen gibt es in der Basis-DRG R62 (andere hämatologische und solide Neubildungen), während die Basis-DRG R63 (andere akute Leukämie) „nur“ neu bewertet wurde:

2. Fallpauschalensystem 2010

2

DRG 2009	BR 2009	DRG 2010	BR 2010	Differenz
R62A	1,727	R04B	1,421	-0,306
		R07B	1,136	-0,591
		R62A	1,854	0,127
		R62B	1,191	-0,536
		R62C	0,712	-1,015
R62B	1,13	R62A	1,854	0,724
		R62B	1,191	0,061
		R62C	0,712	-0,418
R62C	0,685	E63Z	0,28	-0,405
		R62C	0,712	0,027

DRG 2009	BR 2009	DRG 2010	BR 2010	Differenz
R63A	10,368	R63A	11,347	0,979
R63B	5,467	R63B	6,304	0,837
		R63C	4,036	-1,431
R63C	3,236	R63B	6,304	3,068
		R63C	4,036	0,8
R63D	2,812	R63D	2,906	0,094
		R63G	1,461	-1,351
		R63H	0,959	-1,853
R63E	2,041	R63E	2,303	0,262
		R63G	1,461	-0,58
		R63H	0,959	-1,082
R63F	1,671	R63F	1,45	-0,221
		R63I	0,942	-0,729

DRG 2009	BR 2009	DRG 2010	BR 2010	Differenz
R63G	1,356	R63G	1,461	0,105
R63H	0,995	R63H	0,959	-0,036
R63I	0,914	R63I	0,942	0,028

Fälle mit Kurzzeit-Aufenthalten im Schlaflabor (kardiorespiratorische Polysomnographie und bis zu 2 Belegungstage) werden jetzt unabhängig von der Hauptdiagnose in die „Schlafapnoe-DRG“ E63Z eingruppiert.

2.1.2 Teilstationäre Leistungen

Teilstationäre Leistungen der Onkologie sind nach wie vor nicht als DRG definiert. Gründe hierfür liegen wie in 2009 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 225 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 2010 beruhen also auf Kostendaten aus dem Jahr 2008, z. T. ergänzt durch spezifische Nacherhebungen für spezielle Leistungsbereiche.

Aktuelle medizinische Entwicklungen, die nach dem Jahr 2008 eingeführt wurden, werden damit in den DRG 2010 nicht auf dem „normalen“ Wege berücksichtigt. Um diese Innovationslücke zu schließen, können krankenhausindividuelle Anträge zur Berücksichtigung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) eingereicht werden. Die onkologisch relevanten NUB-Entgelte sind im Anhang dieses Kodierleitfadens aufgeführt. Zu den jeweils aktuellen Vorschlägen siehe auch www.dgho.de

(jeweils ab Anfang Oktober).

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

2.3 Fallpauschalenkatalog 2010

Der Fallpauschalenkatalog ist in 23 organsystembezogene Hauptdiagnosegruppen (Major Diagnostic Category, MDC), eine Sondergruppe für besonders aufwändige Leistungen und eine Fehlergruppe eingeteilt. Der Fallpauschalenkatalog 2010 umfasst 1.200 DRG's für Hauptabteilungen, davon sind 1.154 bundeseinheitlich bewertet, die unbewerteten DRG's müssen bezüglich der Vergütungshöhe krankenhausindividuell verhandelt werden. Damit umfasst der Katalog 8 Fallpauschalen mehr als im Vorjahr.

2.3.1 Eingruppierung

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

2.3.2 Splittkriterien

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. Diese Funktionen werden immer differenzierter und umfassen z.B. seit 2009 vier verschiedene Definitionen für aufwändige Konstellationen.

2.3.3 Zusatzentgelte

Neben dem DRG-Erlös können Zusatzentgelte nach einem in der FPV 2010 definierten Leistungskatalog abgerechnet werden. Zusatzentgelt bedeutet allerdings nicht „über das vereinbarte Krankenhaus-Budget hinausgehendes Entgelt“, sondern stellt nur eine andere Entgeltart ohne grundsätzlich budgeterhöhende Wirkung dar.

Nicht alle Zusatzentgelte konnten durch das InEK kalkuliert und mit festen Preisen belegt werden. Die Zusatzentgelte werden über OPS-Kodes dokumentiert. Die Erlöse sind dabei strikt abhängig von der kumulierten Applikationsmenge des jeweiligen Wirkstoffes bzw. der Anzahl der verabreichten Blutprodukte während des gesamten stationären Aufenthaltes des Patienten (einschließlich evt. Wiederaufnahmen). Hinzuweisen ist für DRG-System 2010 insbesondere auf die veränderte Definition und Mengenklassen der Thrombozytenkonzentrate und die neu definierten Zusatzentgelte mit onkologischer Relevanz (siehe Kapitel Zusatzentgelte).

2.3.4 Begriffsbestimmungen

Stationäre Behandlung von Patienten und deren Abgrenzung

Eine Krankenhausbehandlung kann vollstationär, teilstationär, vorstationär, nachstationär sowie ambulant (gem. § 115a) erbracht werden (siehe hierzu § 39 SGB V). Die Entscheidung über die Art der Behandlung obliegt dem aufnehmenden Krankenhaus und sollte nach unserer Meinung eine nachvollziehbare (d.h. dokumentierte) ärztliche Entscheidung primär auf der Basis von medizi-

nischen Argumenten sein. Dabei gilt, dass der Anspruch auf eine vollstationäre Behandlung nur dann möglich ist, wenn „das Behandlungsziel nicht durch eine teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann“ (§ 39 Satz 2 SGB V). Es liegt im Interesse des Krankenhauses, die medizinische Grundlage für die stationäre Behandlungsindikation gut zu dokumentieren. Ausgehen sollte man dabei vom Behandlungsplan, mit dem die Entscheidung zum Verbleib des Patienten zu Beginn der Behandlung vom Krankenhausarzt getroffen wird. Die G-AEP Kriterien (www.gkv-spitzenverband.de/upload/Gemeinsame_Empfehlung_150404_Anlage_2_664.pdf) können hier eine sinnvolle Hilfe darstellen. Die Entscheidung kann nur aus ex-ante Sicht erfolgen, d.h. wenn im Nachhinein Gründe ersichtlich werden, die doch eine ambulante Behandlung denkbar erscheinen lassen (z.B. ein günstigerer Verlauf als erwartet), kann dies die Entscheidung zur stationären Aufnahme nicht im Nachhinein „kippen“. Es gibt keine offiziellen Regelungen für eine Mindestverweilzeit, die erreicht werden muss, damit ein Patient als teil- bzw. vollstationär betrachtet werden kann. Falsch ist definitiv, dass für den Tatbestand „vollstationär“ ein Patient immer länger als 24 h (oder über Nacht) im Krankenhaus verweilen muss.

Beispiel:

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

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

Entlassung, Verlegung, Beurlaubung, Verbringung

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

Einzelne Fallpauschalen sind von dieser Regelung ausgenommen (sog. Verlegungs-Fallpauschalen).

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

Beispiel:

Ein Patient erhält eine allogene Stammzelltransplantation und es wird die Fallpauschale A04D abgerechnet (Bewertungsrelation 17,959 Punkte = ca. 47.000 €). Nach 30 Tagen Aufenthalt wird der Patient in ein externes Krankenhaus zur weiteren Betreuung verlegt. Die mittlere Verweildauer beträgt bei der Fallpauschale 34 Tage. Es werden ca. 5.400 € abgezogen (4 Tage x 0,511 Punkte = 2,044 Punkte, diese multipliziert mit dem Basisfallwert ergeben den Eurobetrag).

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 2010 vor, wenn ein Patient mit Zustimmung des behandelnden Krankenhausarztes die Krankenhausbehandlung zeitlich befristet unterbricht, die stationäre Behandlung jedoch noch nicht abgeschlossen ist. Bei Fortsetzung der Krankenhausbehandlung nach einer Beurlaubung liegt keine Wiederaufnahme im Sinne von § 2 FPV vor. Vollständige Tage der Beurlaubung sind gesondert in der Rechnung auszuweisen und werden nicht zur Berechnung der Verweildauer herangezogen.

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

Beispiel:

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

In den offiziellen Klarstellungen zur FPV 2010 wird die Anwendung der Beurlaubungsregelung kommentiert: Die Vorgaben zur Beurlaubung finden **keine Anwendung** bei onkologischen Behandlungszyklen, bei denen eine medizinisch sinnvolle Vorgehensweise mit mehreren geplanten Aufenthalten zu Grunde liegt. Es handelt sich in diesen Fällen um einzelne abgeschlossene Behandlungen, die durch eine reguläre Entlassung beendet werden.

Beispiel:

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

Verbringung: Eine Verbringung liegt im Gegensatz zu einer Verlegung grundsätzlich immer dann vor, wenn absehbar ist, dass der Patient nach der Leistungserbringung in der jeweiligen Institution in das aufnehmende bzw. die Hauptleistung erbringende Krankenhaus zurückverlegt wird. Der Patient verlässt somit das Krankenhaus für eine in Auftrag gegebene Behandlung durch einen Drittanbieter. Die Dauer einer Verbringung muss nicht zwingend auf einen Kalendertag begrenzt sein und kann auch mehrere Tage (leistungsbezogen) dauern. Da Verbringungsleistungen auch zu den Leistungen Dritter gemäß § 2 Abs. 2 Nr. 2 KHEntgG zählen, bekommt die leistungserbringende Institution ihre erbrachten Leistungen vom auftraggebenden Krankenhaus vergütet. Das Krankenhaus mit der Hauptleistung kodiert die zusätzlichen Diagnosen und Prozeduren so, als wären sie von diesem selbst erbracht worden und kann die Leistungen bei der Gruppierung der DRG-Fallpauschale berücksichtigen. Fahrkosten werden im Rahmen einer Verbringung von den Krankenkassen nicht separat vergütet.

Beispiel:

Ein Patient leidet zusätzlich an einer uro-pelvinen Stenose. Zur Anlage von Harnleiterschienen wird er in eine externe urologische Klinik geschickt, wo Double-J-Katheter eingelegt werden. Nach dem Eingriff wird der Patient wieder in die onkologische Abteilung des Hauptkrankenhauses transportiert. Das Hauptkrankenhaus weist die ICD-10 für uropelvine Stenose als Nebendiagnose und die durchgeführten OPS-Prozeduren aus, die urologische Klinik schickt der onkologischen Klinik eine Rechnung.

3. Allgemeine Kodierregeln

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

3.1 Diagnosenklassifikation ICD

Diagnosen werden nach der International Classification of Diseases (ICD-10-GM) kodiert. Für 2010 ist die vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegebene „German Modification“ der Version 2010 maßgebend. ICD-10-Kodes sind alphanumerische Codes mit drei bis fünf Stellen, die vollständig (endständig) verwendet werden müssen. Jeder Diagnosekode besteht aus drei Teilen:

Beispiel:

Kode für Mamma-Karzinom 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 Codes für besondere Zwecke (z.B. SARS, Funktionsein-

schränkungen, HIV-Kategorien, Antibiotikaresistenzen) aufgeführt.

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

Eine Besonderheit der Codes für bösartige Erkrankungen ist ihre Einteilung nach Lokalisation der Erkrankung. Histologie, Grading 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 Code für die Ätiologie enthalten sind. Hierzu existiert das Kreuz-Stern-System der ICD-10.

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

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

3.1.2 Ausrufezeichen-Kode (!)

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

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

3.2 Prozedurenklassifikation OPS

Für die Kodierung medizinischer Maßnahmen (diagnostische, operative und nicht-operative Prozeduren, Komplexbehandlungen) hat das DIMDI die Prozedurenklassifikation OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel) in der Version 2010 herausgegeben. Die OPS-Kodes bestehen aus drei Teilen:

Beispiel:

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

Kapitel	Maßnahme	Spezifizierung
5-	410.	00

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

Seit dem Jahr 2005 müssen die OPS-Kodes, falls medizinisch sinnvoll, durch Angabe der Seitenlokalisation (L = links; R = rechts und B = beidseits) ergänzt werden. Dies wird im offiziellen systematischen Verzeichnis durch ein Symbol (Doppelpfeil) gekennzeichnet. Darüber hinaus ist bei jedem OPS-Code das Datum der Durchführung zu erfassen.

OPS-Kodes zur Kodierung zusatzentgeltfähiger Medikamente wurden bis 2007 im Kapitel 8 des OPS-Kataloges als nicht-operative therapeutische Maßnahmen aufgelistet. Seit der Version 2008 werden zusatzentgeltfähige Medikamente in einem eigenen Kapitel 6 im OPS-Katalog geführt.

3.3 Regeln zur medizinischen Dokumentation

Die Diagnosen- und Prozedurenklassifikationen müssen so angewendet werden, dass sie vergleichbare Krankenhausfälle derselben DRG zuordnen. Dies ist nur durch Anwendung von Kodierrichtlinien möglich, um auch in nicht eindeutigen Fällen eine nachvollziehbare Verschlüs-

selung 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.

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 und den Umgang mit abnormen Befunden ohne therapeutische Konsequenz. 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.

Die Regelung zur Kodierung von Symptomen als Nebendiagnosen wurde in der DKR 2010 geändert. Hierbei geht es um die Kodierung von Symptomen als Nebendiagnosen bei bekannter Grunderkrankung. Bis 2009 konnten Symptome nur dann zusätzlich zur bekannten Grunderkrankung als Nebendiagnose kodiert werden, wenn die Symptome ein „eigenständiges wichtiges Problem für die medizinische Betreuung“ darstellten. In den DKR 2010 wurde dieser Passus modifiziert. Künftig gelten für die Kodierung von Symptomen als Nebendiagnose ausschließlich die Regelungen zur Kodierung von Nebendiagnosen (s.o.). Symptome können daher bei durch sie verursachten diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen oder bei erhöhtem Pflege- oder Überwachungsaufwand als Nebendiagnose kodiert werden. Die DGHO empfiehlt eine maßvolle Anwendung dieser modifizierten Regelung unter korrekter und vollständiger Berücksichti-

gung der Regelung zur Kodierung von Nebendiagnosen. Weder den Leistungserbringern vor Ort noch dem Kostenträger, noch dem DRG-System wird gedient, sofern künftig Symptome inflationär zur bestehenden Grunderkrankungen hinzu kodiert werden. Beispielhaft sei in diesem Zusammenhang die regelmäßige Kodierung von Kopfschmerzen als Symptom einer Migräne angeführt. Auf die Besonderheiten bei der Kodierung onkologischer Fallkonstellationen wird in den weiteren Kapiteln eingegangen.

4. Spezielle Kodierrichtlinien Onkologie

Nach der grundlegenden Überarbeitung der Kodierregeln für das Jahr 2005 wurden in den letzten Jahren nur noch geringe Änderungen vorgenommen. Weiterhin erfolgten eine Reduktion und Vereinfachung der Kodierregeln sowie an einigen Stellen Klarstellungen. Das Kapitel 3 (Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems) ist weiterhin nicht besetzt.

Die wesentliche Neuerung für 2010:

Symptome werden nun nach den Kriterien der Kodierung von Nebendiagnosen erfasst. Die Kodierung „bei eigenständigem Aufwand“ wurde gestrichen. Trotzdem bitten die Selbstverwaltungspartner, eine Überdokumentation von Symptomen zu vermeiden. Demnach ist beispielsweise die zusätzliche Kodierung von Kopfschmerzen bei Migräne mit der neuen Regelung nicht beabsichtigt. Die Kodierung eines ausgeprägten Aszites bei Leberzirrhose mit Entlastungspunktion ist für eine sachgerechte Fallabildung hingegen erforderlich.

4.1 Auswahl und Reihenfolge der Kodes [0201f]

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: Konsolidierungschemotherapie 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 Operati-

onen, Chemotherapien, Strahlentherapien, Port-Anlage, Staging und Zwischenstaging (bei Restaging gelten andere Regeln, siehe unten!), Aplasieüberwachung usw. Weiteres siehe bei Definition der Komplikationen.

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

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

HD: C18.2 Karzinom des Kolon ascendens

Proz: 8-542.- Nicht-komplexe Chemotherapie

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
Port-System*

*Proz: 5-399.5 Implantation und Wechsel eins
venösen Katheterverweilsystems*

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

HD: C50.- Mamma-Karzinom

*ND: Z42.1 Nachbehandlung plastische
Chirurgie Mamma*

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

4.2 Metastase als Hauptdiagnose [0201f]

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

Bei **systemischer** Chemotherapie und/oder **systemischer** Strahlentherapie ist immer der Primärtumor die Hauptdiagnose, wenn die Aufnahme **primär** zur systemischen Therapie erfolgte.

Einzigste Ausnahme: Bei unbekanntem Primarius (CUP) ist eine Metastase Hauptdiagnose (siehe auch Kapitel 4.3).

Sonderfall:

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

4.3 CUP-Syndrom

Beim CUP-Syndrom gibt es folgende Szenarien:

Ist eine systemische Chemo- oder Strahlentherapie die Veranlassung des stationären Aufenthaltes, ist die Metastase (bei mehreren diejenige mit dem höchsten Ressourcenverbrauch) die Hauptdiagnose und das CUP (C80.0) die Nebendiagnose [0201f]. Gleiches gilt bei lokaler Behandlung einer oder mehrerer Metastasen.

Wird ein Patient zur (erfolglosen) Suche des Primärtumors stationär aufgenommen, ist das CUP (C80.0) die Hauptdiagnose, Metastasen, falls vorhanden, werden nach Aufwand kodiert. Das gleiche gilt, wenn ein Patient mit einer Metastasierung zur Abklärung aufgenommen wird und kein Primarius gefunden werden kann (Erstdiagnose eines CUP). Dies gilt auch, wenn im gleichen Aufenthalt noch eine Chemo- oder Strahlentherapie erfolgt.

4.4 Metastasen als Nebendiagnosen

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

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

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

4.5 Spezialfälle [0201f]

4.5.1 Malignom in der Eigenanamnese, Restaging [0209d]

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

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.

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

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

HD: C79.5 Knochenmetastasen

ND: Z08.7 Nachuntersuchung nach Kombinationstherapie bei bösartiger Neubildung

C50.- Mamma-Ca

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:

HD: I50.13 Herzinsuffizienz NYHA III

ND: Z08.0 Nachuntersuchung nach Kombinationstherapie bei bösartiger Neubildung

Z85.8 Bösartige Neubildung sonstiger Organe in der Eigenanamnese

4

4.5.2 Symptombehandlung

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

Beispiele:

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

Zusätzlich gelten die allgemeinen Regeln zur Kodierung von Symptomen:

Ein Symptom wird nicht kodiert, wenn es im Regelfall als eindeutige und unmittelbare Folge mit der zugrunde liegenden Krankheit vergesellschaftet ist. [D003i]

Beispiele: Fieber, Husten und Luftnot werden nicht kodiert, wenn eine Lungenentzündung kodiert wird. Kopfschmerz wird nicht kodiert, wenn eine Migräne kodiert wird.

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

Werden Verdachtsdiagnosen durch Diagnostik weder bestätigt noch widerlegt **und** wird **keine** Therapie eingeleitet, wird nur das Symptom kodiert. Werden dagegen entsprechende therapeutische Maßnahmen eingeleitet,

wird die Verdachtsdiagnose kodiert [D008b]. Näheres siehe in Kapitel 4.7.

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

Schmerz [1806g]

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

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

Auswahl von lokalisierten Schmerzkodes:

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

Bezeichnung	Kodes
Oberbauchschmerzen	R10.1
Schmerzen Becken und Damm	R10.2
Unterbauchschmerzen sonstige	R10.3

4

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 Kodes aus R52.0 bis R52.2 als Hauptdiagnosen zugeordnet werden. Nur wenn diese Schmerzkodes die Bedingung der Hauptdiagnose aufgrund der Fallkonstellation nicht erfüllen, darf letztlich die zugrundeliegende Erkrankung als Hauptdiagnose gewählt und kodiert werden, soweit bekannt.

Wenn neben dem Schmerz noch andere Symptome des Tumors behandelt werden, z.B. Kachexie, Anämie usw., ist in der Regel der Tumor die Hauptdiagnose und die Symptome werden nach den o.g. allgemeinen Regeln für Symptome kodiert. Die Regeln in diesem Kapitel gelten nur, wenn ausschließlich die Schmerzen behandelt werden.

Tumorschmerzen durch ossäre Metastasierung eines Prostate-Ca 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

Schmerzen in der Wirbelsäule bei Knochenmetastasen bei Mamma-Ca oberer äußerer Quadrant. Aufnahme zur lokalen Strahlentherapie

HD: C79.5 Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens

ND: C50.4 Mamma-Ca 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+
Pleuraerguss bei andernorts klass. Krankheiten	J91*

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

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

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

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

Ist die Ursache des Pleuraergusses unbekannt und ent-

steht diagnostischer und/oder therapeutischer Aufwand, kommt folgender Kode zur Anwendung.

Bezeichnung	Kode
Pleuraerguss, andernorts nicht klassifiziert	J90

Aszites

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

Maligner Aszites wird bei der Hauptdiagnose Malignom oder bei einem Aufwand wie Ultraschallkontrolle oder Punktion kodiert.

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

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

4.5.3 Behandlung eines Rezidivs

Ein Rezidiv wird wie ein Primärtumor kodiert.

4.5.4 Fehlender Malignomnachweis [0201f]

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

4.5.5 Mehrere Malignome gleichzeitig

Erfüllt mehr als ein Malignom das Kriterium der Hauptdiagnose, wird ergänzend als Nebendiagnose folgendes kodiert. Einer der Primärtumoren wird zur Hauptdiagnose (größerer Ressourcenaufwand), die weiteren Malignome werden als Nebendiagnose verschlüsselt. Dies gilt natürlich nur, wenn für jedes Malignom auch ein Aufwand

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

Bezeichnung	Kode
Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen	C97!

Bei einer Patientin wird im gleichen stationären Aufenthalt ein Mamma-Ca behandelt und ein Kolon-Ca diagnostiziert. Das Mamma-Ca hat den höheren Ressourcenverbrauch:

HD: C50.- *Mamma-Ca*

ND: C97! *Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen*

C18.- *Kolon-Ca*

4.5.6 Lymphangiosis carcinomatosa

Eine Lymphangiosis carcinomatosa wird wie eine Metastasierung kodiert:

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

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

4.5.7 Wachstum per continuitatem [0206a]

Bei Organ überschreitendem Wachstum wird nur die Primärlokalisierung kodiert, von der das Wachstum ausgeht. Das infiltrierte Organ wird nicht kodiert. Zum Beispiel wird bei der Infiltration eines Kolon-Ca in die Harnblase nur das Kolon-Ca kodiert.

Ist die Primärlokalisierung nicht bekannt, können spezielle Codes, die das befallene Gebiet Organ überschreitend beschreiben, verwendet werden z.B. *C57.8 Bösartige Neubildung der weiblichen Genitalorgane, mehrere Teilbereiche überlappend.*

Davon abzugrenzen ist die Situation des Wachstums innerhalb eines Organs:

Eine Neubildung, die mindestens 2 anatomisch-topographisch aneinandergrenzende Teilbereiche innerhalb einer dreistelligen ICD-Kategorie (Organ) überlappt und deren Ursprungsort nicht bestimmt werden kann, ist mit der Subkategorie .8 „mehrere Teilbereiche überlappend“ zu kodieren, es sei denn, es existiert ein spezifischer Code wie z. B. *C16.0 Bösartige Neubildung der Kardia (Ösophagus und Magen).*

4.5.8 Ungenau bezeichnete Lokalisationen

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

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

4.6 Die geplante Behandlung kann nicht durchgeführt werden

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.7 Verdachtsdiagnosen [D008b]

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

Diese Regel wird durch eine andere Regel eingeschränkt:

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

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

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

Bei Verlegung:

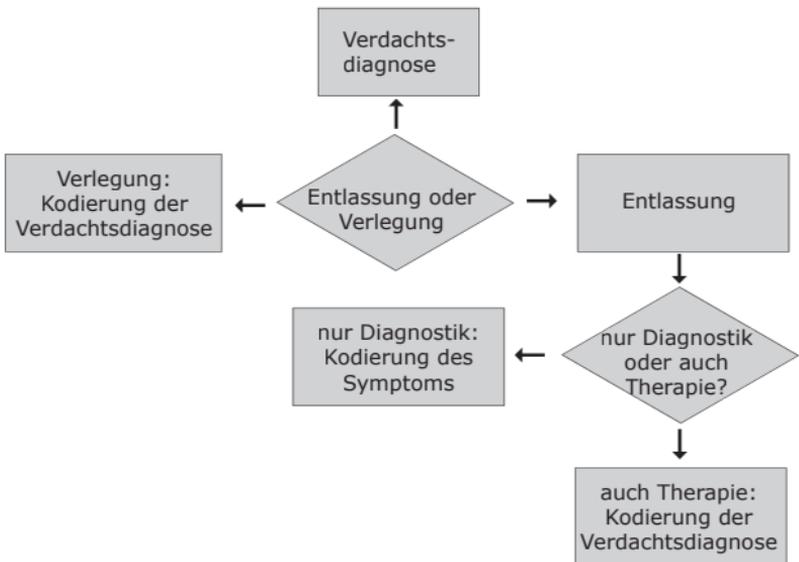
Kodierung der Verdachtsdiagnose nach dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Verlegung

Bei Entlassung:

Verdachtsdiagnose therapiert oder nicht therapiert?

- Wurde nur untersucht, aber nicht behandelt:
Symptom kodieren
- Wurde die Verdachtsdiagnose auch behandelt:
Verdachtsdiagnose kodieren

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



4.8 Komplikationen

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

Wenn sich ein Patient mit einer Komplikation (als Symptom, Beispiel: bakterieller Infekt in der Neutropenie nach Chemotherapie, siehe Kapitel 5.8) vorstellt und die maligne Grunderkrankung (als die zugrunde liegende Krankheit) zum Zeitpunkt der Aufnahme bekannt ist, jedoch nur die Komplikation behandelt wird, wird **die Komplikation als Hauptdiagnose** kodiert. Die zugrunde maligne Grunderkrankung wird anschließend als Nebendiagnose angegeben (DKR D002f).

4.8.1 Wiederaufnahmeregulung Bedeutung für die Onkologie

Die Zusammenführung einzelner stationärer Aufenthalte zu einem Gesamtfall wird in den Abrechnungsbestimmungen der FPV 2010 (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 (FPV 2010, §2 Satz 3) besagt, dass bei Patienten, die wegen einer Komplikation im Zusammenhang mit der durchgeführten Leistung innerhalb der oberen Grenzverweildauer der ersten DRG aufgenommen werden, eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorgenommen wird.

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

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

Keine Wiederaufnahme wegen einer Komplikation sind Wiederaufnahmen auf Grund einer unvermeidbaren Arzneimittel-Folgewirkung. Folgewirkung eines Arzneimittels ist ein zur stationären Aufnahme führendes Ereignis, welches bei der Therapieplanung in Kauf genommen wurde. Es ist ein - in der Fachliteratur beschriebener, regelhaft auftretender und für das Erreichen der gewünschten Wirkung grundsätzlich in Kauf genommener - Nebeneffekt der Therapie. Die Arzneimittel-Folgewirkung wird für die Erreichung der Therapiewirkung als akzeptabel und notwendig erachtet. Ebenso stellt eine durch

die Krankheit hervorgerufene Komorbidität, welche ohne Zusammenhang mit der zuvor durchgeführten Leistung (Therapie) aufgetreten ist, **keine Komplikation** im Sinne der FPV dar.

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

5. Kodierung von Diagnosen

5.1 Lymphome, Myelome CLL

5.1.1 Histologie

Bei Hodgkin- und Non-Hodgkin-Lymphomen erfolgt die Kodierung in der Regel nach der Histologie. Die Schlüssel nach dem ICD-10-GM sind dabei aus fachlicher Sicht unbefriedigend, da sich der ICD-10-GM auch 2010 noch an der alten „International Working Formulation“ Klassifikation der Lymphomerkrankungen orientiert, die inzwischen international durch die WHO-Klassifikation ersetzt ist. Einige Anpassungen wurden in der Version 2008 bereits vorgenommen. Eine Übertragung der nach der WHO-Klassifikation definierten Krankheitsentitäten, so wie sie in der Klinik verwendet werden, in die ICD-10-GM-Schlüssel ist oft nicht 1:1 möglich. Mit den Vorschlägen in den nachfolgenden Auflistungen wurde versucht, eine einigermaßen schlüssige Zuordnung zu erreichen.

5.1
-
5.4

Bezeichnung	Kodes
lymphozytenreicher klass. Hodgkin	C81.0
nodulär-sklerosierend	C81.1
gemischtzellig	C81.2
lymphozytenarm (= „Hodgkin-Sarkom“)	C81.3
Lymphozyten-prädominanter M. Hodgkin (Noduläres Paragranulom)	C81.7
M. Hodgkin (ohne nähere Angabe)	C81.9

Anmerkung: die Zuordnung „noduläres Paragranulom“ = C81.7 versus lymphozytenreich klassisch = C81.0 ergibt sich nicht aus dem Text des ICD-10-GM, sondern wird als Konvention zur Unterscheidung von der DGHO vorgeschlagen.

5. Kodierung von Diagnosen

Bezeichnung	Kodes
(niedrig malignes) B-NHL, nicht näher klassifiziert	C85.1
Kleinzelliges lymphozytisches Lymphom	C83.0
oder (wenn Leukämie im Vordergrund, aber nicht B-CLL)	C91.9-
B-CLL	C91.1-
B-Prolymphozytenleukämie	C91.3-
lymphoplasmozytoides Immunozytom (Kiel-Klassifikation, als B-CLL-Variante)	C91.1-
wenn nicht CLL-ähnlich	C83.0
Lymphoplasmozytisches Immunozytom/ Lymphom mit IgM (= M. Waldenström)	C88.0-
Haarzelleukämie	C91.4-
Folikuläres NHL (= Keimzentrums NHL, cc/cb NHL), ohne Grad-Angabe	C82.9
Grad I	C82.0
Grad II	C82.1
Grad III	C82.2
Mantelzelllymphom (= cc NHL)	C83.1
Marginalzonenlymphom (splenisch oder nodal)	C83.0
Malt-Lymphom (Magen, Dünndarm, nur niedrig maligne)	C88.3-

Anmerkung: Bei Anteilen eines hochmalignen NHL zusätzlich zur C88.3- eine entsprechende Diagnose aus C83.3 bis C83.6 vergeben.

Bezeichnung	Kodes
Diffus großzelliges B-NHL, o.n.A. oder centroblastisch	C83.3

Bezeichnung	Kodes
Immunoblastischer Subtyp	C83.4
anaplastischer Subtyp	C83.6
B-Lymphoblastisches NHL	C83.5
T-Zell reiches B-NHL u.a. Sonderformen	C83.8

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

5.1
-
5.4

Bezeichnung	Kodes
Burkitt-Lymphom incl. Burkitt-like	C83.7
Hochmalignes B-NHL, n.n.b.	C83.9
Multiples Myelom, Plasmozytom (außer solitär)	C90.0-
solitäres Plasmozytom (auch extramedullär)	C90.2-
Plasmazellleukämie	C90.1-

Bezeichnung	Kodes
peripheres T-NHL (nicht näher klassifiziert)	C84.4
Mykosis fungoides	C84.0
Sezary-Syndrom	C84.1
AILD, Anaplastisches NHL (T oder 0), andere näher bezeichnete T-NHL	C84.5
T-Zelllymphom n.n.b.	C84.4
Sonstiges Kutanes T-Zelllymphom	C84.5
T-CLL, T-PLL andere T-Zell Leukämien (außer T-ALL)	C91.5-

Es erscheint nicht sinnvoll, die T-CLL einfach als CLL C91.1 chronische lymphatische Leukämie zu klassifizie-

ren, auch wenn dies vom Wortlaut her möglich wäre. An der 5. Stelle wird die Angabe eines Remissionsstatus verlangt (s.u.).

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.

5.1
-
5.4

Bezeichnung	Kode
PTLD (Posttransplant lymphoproliferative disorder)	C88.7

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

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

Diese Codes sollten in Kombination mit einem Kode aus Z.94.- *Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation* angewandt werden.

5.1.2 Lokalisation/Ausbreitung/Komplikationen

Die Lokalisationen werden nicht kodiert. Eine Angabe des klinischen Stadiums nach Ann Arbor kann nicht erfolgen. Auch bei „extranodalen“ Lymphomen oder extranodalem Befall wird ausgehend von der Histologie der entsprechende Kode aus C81.- bis C85.- zugewiesen.

Ausnahmen, in denen die Lokalisation doch kodiert wird und wichtige Komplikationen sind in nachfolgender Tabelle angegeben.

Ausnahmen siehe Tabelle:

Bezeichnung	Kodes
Mukosaassoziiertes Lymphom	C88.3-
Mykosis fungoides	C84.0
Nebendiagnose: Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute (Meningeosis lymphomatosa)	C79.3
Nebendiagnose: Knochen(mark)herde bei malignen Lymphomen	C79.5
Nebendiagnose Osteolyse ▶	M89.5-
Nebendiagnose (Sternkode) Niereninsuffizienz bei Multiplem Myelom	N16.1*
Nebendiagnose (Sternkode) Osteoporose beim Multiplen Myelom ▶	M82.0-*
Nebendiagnose (Sternkode) Knochenfraktur bei Neubildungen ▶	M90.7-*
Nebendiagnose (Sternkode) Wirbelkörperkompression bei Neubildungen ▶	M49.5-*

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

C88.3- verlangt die Angabe eines Remissionsstatus (s.u.)

5.1.3 Remissionsstatus

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

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

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

Kriterien für das Vorliegen einer kompletten Remission bei CLL:

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

(nach Cheson, NCI Guidelines, Am J Hemat 1988)

Kriterien für das Vorliegen einer CR bei Multiplem Myelom

- In der Immunfixation ist keine monoklonale Gammopathie mehr nachweisbar (weder Serum noch Urin)
- weniger als 5 % Plasmazellen im Knochenmark
- Verschwinden von Weichteilplasmozytomen (bei extramedullärem Befall)
- Keine Zunahme in Größe und Zahl von Osteolysen

(Durie et al. Leukemia 2006)

5.1.4 Refraktäre Erkrankung

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

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

Dieses Vorgehen wird im ICD-10 für alle Leukämien C91.- bis C95.- empfohlen, auch wenn die Anwendung dieses Begriffes bei anderen Erkrankungen als akuten Leukämien nicht wirklich etabliert ist.

5.2 Akute Leukämien

5.2.1 Klassifikation

Wie auch bei den Lymphomen sind die Schlüssel nach dem ICD-10-GM aus fachlicher Sicht unbefriedigend, da sich der ICD-10-GM an veralteten Klassifikationen orientiert. Eine Übertragung der im klinischen Alltag verwendeten Krankheitsentitäten in die ICD-10-GM-Schlüssel ist nicht 1:1 möglich. Mit den Vorschlägen in den nachfolgenden Auflistungen wurde versucht, eine einigermaßen schlüssige Zuordnung zu erreichen.

5.1
-
5.4

Bezeichnung	Kodes
Akute lymphatische Leukämie	C91.0-

Bezeichnung	Kodes
Akute Myeloische Leukämie (M0-M2 oder nicht genauer in eine „M“ Klasse zugeordnet)	C92.0-
M3 (= Akute Promyelozyten-Leukämie)	C92.4-
M4	C92.5-
M5	C93.0-
M6	C94.0-
M7	C94.2-
Akute Myelofibrose	C94.4 ⁻¹ oder C94.5 ⁻¹
Akute Basophilenleukämie, Mastzellenleukämie	C94.3 ⁻¹

Bezeichnung	Kodes
Chlorom (Tumoröse Manifestation einer AML)	C92.3- ¹
Akute Leukämie ohne eindeutige Linienzuordnung, biphänotypische akute Leukämie	C95.0-

Anmerkung: Die mit ¹ markierten seltenen Codes werden nach den 2010 gültigen Regeln (medizinisch fragwürdig) in die Basis-DRG R61 (Lymphom und nicht akute Leukämie) gruppiert, C95.0 wird wie eine ALL nach R63 gruppiert.

5.2.2 Remissionsstatus

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

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

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

Kriterien für das Vorliegen einer CR bei der ALL:

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

(Quelle: GM-ALL 07/03-Protokoll)

Kriterien für das Vorliegen einer CR bei AML:

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

(Quelle: Cheson, JCO 2003. N.B.: die AML-CG fordert neutrophile Granulozyten > 1,5/nl nach CALGB-Kriterien).

5.2.3 Refraktäre Erkrankung

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

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

5.1
-
5.4

5.3 Myeloproliferative Erkrankungen, MDS und Histozytosen**5.3.1 Klassifikation**

Wie auch bei den Lymphomen sind die Schlüssel nach dem ICD-10-GM bei MPS und MDS aus fachlicher Sicht nicht ganz befriedigend, da sich der ICD-10-GM an veralteten Klassifikationen orientiert. Eine Übertragung der Krankheitsentitäten, die im klinischen Alltag in Anlehnung an die offizielle WHO-Klassifikation (Jaffe et al., Neufassung Swerdlow et al.) verwendet werden, in die ICD-10-GM-Schlüssel ist nicht 1:1 möglich.

Bezeichnung	Kodes
Chronische myeloische Leukämie (inklusive Blastenschub)	C92.1-
Polycythämia vera	D45
Essentielle Thrombozythämie	D47.3

5. Kodierung von Diagnosen

Bezeichnung	Kodes
Unklassifizierte myeloprolif. Erkrankung, auch Osteomyelofibrose ▶	D47.1

▶ Im Thesaurus des ICD wird nach Meinung der Autoren dieses Kodierleitfadens die Osteomyelofibrose mit D75.8 fehlerhaft kodiert.

Bezeichnung	Kodes
Myelodysplasie, nicht näher bezeichnet	D46.9
Refraktäre Anämie (ohne Ringsideroblasten)	D46.0
RA mit Ringsideroblasten (ohne Blastenüberschuss)	D46.1
RA mit Blastenüberschuss (> 5 % - 20 % Blasten im Knochenmark), also: RAEB I + II	D46.2
sonstige myelodysplastische Syndrome	D46.7
Chron. Myelomonozytäre Leukämie	C93.1-

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

An der 5. Stelle wird die Angabe eines Remissionsstatus verlangt (s.u.).

Bezeichnung	Kodes
Systemische Mastozytose, auch Mastzellsarkom	C96.2
Mastzellenleukämie	C94.3
kutane Mastozytose	Q82.2
Langerhans-Zell Sarkom	C96.1
Multizentrische, multisystemische Langerhans-Zell-Histiozytose (Letterer-Siwe)	C96.0
Multifokale Langerhans-Zell-Histiozytose (Hand-Schüller-Christian)	D76.00

Bezeichnung	Kodes
Unifokale Langerhans-Zell-Histiozytose, Eosinophiles Granulom	D76.01
Sonstige und nicht näher bezeichnete Langerhans-Zell-Histiozytose	D76.08

Die Langerhans-Zell-Histiozytosen lassen sich seit 2008 differenziert kodieren. C96.0 Multizentrische, multisystemische Langerhans-Zell-Histiozytose (Letterer-Siwe) sollte für die hochakuten (kindlichen) Verlaufsformen reserviert bleiben.

5.1
-
5.4

5.3.2 Remissionsstatus

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

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

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

Als Kriterium für das Vorliegen einer kompletten Remission bei der CML wird die zytogenetische Remission (d.h. die Elimination von Ph⁺-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-Induktions-Therapie	C95.8!
--	--------

5.4 Neubildung solider Organe

Die Hinweise des Kapitel II, Abs. 3 legen fest, dass die Klassifizierung der Neubildungen (primär) innerhalb großer Gruppen (Karzinome, Sarkome, andere Weichteiltumoren, Lymphome, Leukämien, sonstige) nach dem biologischen Verhalten erfolgt und innerhalb dieser Gruppen (sekundär) hauptsächlich nach der Lokalisation. Metastasen werden grundsätzlich als „sekundäre bösartige Neubildungen“ bezeichnet. Für Neubildungen unsicheren oder unbekanntem Verhaltens gibt es eigene Codes. Gutartige Neubildungen werden entsprechend den Codes D10 bis D36 kodiert und werden aus Platzgründen hier nicht aufgeführt.

5.4.1 Tumoren aus dem HNO Bereich

(Auswahl)

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

Mund und Pharynx	Kodes
Vorderer Teil des Mundbodens	C04.0
Seitlicher Teil des Mundbodens	C04.1

Mund und Pharynx	Kodes
Mundboden, mehrere Teilbereiche überlappend	C04.8
Harter Gaumen	C05.0
Weicher Gaumen	C05.1
Uvula	C05.2
Gaumen, mehrere Teilbereiche überlappend	C05.8
Oropharynx, mehrere Teilbereiche überlappend	C10.8
Nasopharynx, mehrere Teilbereiche überlappend	C11.8
Hypopharynx, mehrere Teilbereiche überlappend	C13.8
Lippe, Mundhöhle, Pharynx; unsicher/unbekannt	D37.0

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

Nase, Larynx und Trachea	Kodes
Nasenhöhle	C30.0
Sinus maxillaris	C31.0
Glottis	C32.0
Supraglottis	C32.1
Subglottis	C32.2
Larynxknorpel	C32.3
Larynx, mehrere Teilbereiche überlappend	C32.8
Larynx, unsicheres Verhalten	D38.0

5. Kodierung von Diagnosen

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

5.4.2 Gastrointestinaltrakt

Ösophagus*	Kodes
Zervikaler Ösophagus	C15.0
Thorakaler Ösophagus	C15.1
Abdominaler Ösophagus	C15.2
Ösophagus, oberes Drittel	C15.3
Ösophagus, mittleres Drittel	C15.4
Ösophagus, unteres Drittel	C15.5
Ösophagus, mehrere Teilbereiche überlappend	C15.8

*: Zwei alternative Subklassifikationen stehen zur Auswahl:

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

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

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

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

Dickdarm	Kodes
Zökum inklusive Ileozökalklappe	C18.0
Appendix vermiformis	C18.1
Appendix, unsicheres Verhalten	D37.3
Colon ascendens	C18.2
Flexura coli dextra [hepatica]	C18.3
Colon transversum	C18.4
Flexura coli sinistra [lienalis]	C18.5
Colon descendens	C18.6
Colon sigmoideum	C18.7
Colon, mehrere Teilbereiche überlappend	C18.8
Colon, unsicheres Verhalten	D37.4
Rektosigmoid, Übergang	C19
Rektum	C20

Dickdarm	Kodes
Metastase des Dickdarms und des Rektums	C78.5
Rektum, unsicheres Verhalten	D37.5
Anus, exkl. Anahaut	C21.0
Analkanal; sphincter ani	C21.1
Anorektaler Übergang	C21.8
Peritoneale Metastase	C78.6
Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane in der Eigenanamnese	Z85.0

5.4.3 Hepatobiläres System und Pankreas

Die bösartigen Neubildungen des hepatobilären Systems werden mit den Kodegruppen C22 bis C24, die des Pankreas mit den Kodegruppen C25 kodiert.

Leber und intrahep. Gallengänge	Kodes
Leberzellkarzinom (HCC)	C22.0
Intrahep. Gallengangskarzinom (CCC)	C22.1
Hepatoblastom	C22.2
Angiosarkom der Leber	C22.3
Sonstige Sarkome der Leber	C22.4
Sonstige Karzinome der Leber	C22.7
Lebermetastasen	C78.7
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

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

5.1
-
5.4

5.4.4 Lunge/Mediastinum/Pleura – Tumoren

Bronchien und Lunge (B & L)	Kodes
Hauptbronchus	C34.0
Oberlappen (-Bronchus)	C34.1
Mittellappen (-Bronchus)	C34.2
Untere Lappen (-Bronchus)	C34.3
B & L, mehrere Teilbereiche überlappend	C34.8
Lungenmetastasen	C78.0
B & L, unsicheres Verhalten	D38.1
Bösartige Neubildung der Trachea, der Bronchien oder der Lunge in der Eigenanamnese	Z85.1

Thymus, Herz, Pleura, Mediastinum	Kodes
Thymus	C37.0
Herz	C38.0

Thymus, Herz, Pleura, Mediastinum	Kodes
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
Bösartige Neubildung anderer (nicht Trachea, Bronchien, Lunge, s.o.) thorakaler Organe in der Eigenanamnese	Z85.2

5.4.5 Gynäkologische Tumoren

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

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

Brust, incl. Sarkom der Brust	Kodes
Brustdrüsenmetastase exkl. Haut	C79.81
Bösartige Neubildung der Brustdrüse in der Eigenanamnese	Z85.3

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

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

Ovar, Tuben, Adnexe	Kodes
Bösartige Neubildung des Ovars	C56
Tuba uterina [Fallopio]	C57.0

5. Kodierung von Diagnosen

Ovar, Tuben, Adnexe	Kodes
Lig. latum uteri	C57.1
Lig. teres uteri (Lig. rotundum)	C57.2
Parametrium	C57.3
Uterine Adnexe, nicht näher bezeichnet	C57.4
Ovarialmetastasen	C79.6
And. Metast. i. d. Genitalorganen	C79.82
Ovar, unsicheres Verhalten	D39.1
Sonstige weibliche Genitalorgane, unsicheres Verhalten	D39.7
Bösartige Neubildung der Genitalorgane in der Eigenanamnese	Z85.4

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
Bösartige Neubildung der Harnorgane in der Eigenanamnese	Z85.5

Harnblase	Kodes
Trigonum vesicae	C67.0
Apex vesicae	C67.1

Harnblase	Kodes
Laterale Harnblasenwand	C67.2
Vordere Harnblasenwand	C67.3
Hintere Harnblasenwand	C67.4
Harnblasenhals	C67.5
Ostium ureteris	C67.6
Urachus	C67.7
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

5. Kodierung von Diagnosen

Männliche Genitalorgane	Kodes
Nebenhoden [Epididymis]	C63.0
Samenstrang	C63.1
Skrotum und Skrotalhaut	C63.2
Bläschendrüse [Samenbläschen]	C63.7
Männliche Genitalorgane, mehrere Teilbereiche überlappend	C63.8
Bösartige Neubildung der Genitalorgane in der Eigenanamnese	Z85.4

5.1
-
5.4

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 aufteilen werden. Für eine exakte Klassifikation verweisen wir auf den ICD-10-GM Katalog in der aktuellen Version.

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

5.1
-
5.4

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

5.4.9 Augentumoren

Augentumoren und Tumoren der Augenanhangsgebilde werden mit der 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 Gelenknorpel - 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 Extremitäten, mehrere Teilbereiche überlappend	C40.8

Neubildung Knochen und Gelenknorpel - 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 Gelenknorpel, mehrere Teilbereiche überlappend	C41.8
Knochenmetastase	C79.5

Neubildungen des Bindegewebes**	Kodes
Kopf, Gesicht, Hals	C49.0

Neubildungen des Bindegewebes**	Kodes
obere Extremität / Schulter	C49.1
untere Extremität / Hüfte	C49.2
Thorax / Axilla / Zwerchfell	C49.3
Abdomen / Bauchwand*	C49.4
GIST (Gastrointestinaler Stromatumor)	C49.4
Beckens / Gesäß	C49.5
sonstige Weichteile, Rumpf	C49.6

*: NICHT Peritoneum, Retroperitoneum (s.u.)

** : Neubildungen des Bindegewebes umfassen z.B. malignes fibröses Histiozytom (MFH), Liposarkom, Leiomyosarkom, Fibrosarkom, Rhabdomyosarkom, Synovialsarkom, Extraskellettales Ewingsarkom, Extraskellettales Osteosarkom, mesenchymales Chondrosarkom, Angiosarkom, Gemischtes Sarkom, unklassifiziertes Sarkom, Sarkom NOS.

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

Ausnahmen bei Bindegewebsneubildungen (i.W. Sarkom)	Kodes
Angiosarkom der Leber	C22.3
Sonstige Sarkome der Leber	C22.4
Sarkom Brust	C50.-
Mesotheliom Pleura	C45.0
Mesotheliom Peritoneum	C45.1
Mesotheliom Perikard	C45.2

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

5.4.11 Kaposi- Sarkome

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

5.4.12 Bösartige Neubildung des Gehirns

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

5.1
-
5.4**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

** : bitte beachten Sie die Kodierregel zur Hauptdiagnose beim CUP-Syndrom (siehe Kapitel 4.3)

5.5 Metastasen einschließlich Lymphknotenmetastasen

Metastasen der Lymphknoten	Kode
Kopf, Gesicht und des Hals	C77.0
Intrathorakal	C77.1
Intraabdominal	C77.2
Axilläre Lymphknoten und obere Extremität	C77.3
Inguinale Lymphknoten und untere Extremität	C77.4
Intrapelvine Lymphknoten	C77.5
Mehrere Regionen	C77.8

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

Metastasen an sonstigen Lokalisationen:	Kode
Niere und Nierenbecken	C79.0
Harnblase und Harnorgane	C79.1
Haut	C79.2
Gehirns und Hirnhäute	C79.3

Metastasen an sonstigen Lokalisationen:	Kode
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:

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

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

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

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

5.6.1 Anämien

Kriterien zur Kodierung einer Anämie:

Der Nachweis eines pathologischen Hämoglobinwertes allein rechtfertigt nicht die Kodierung einer Anämie. Auch die alleinigen Kontrollen des abnormen Hämoglobinwertes genügen nicht [D003i Beispiel 7]. Die Kodierung sollte dann erfolgen, wenn eine weiterführende Diagnostik oder eine therapeutische Konsequenz ersichtlich sind. Einige Beispiele hierfür sind nachfolgend aufgeführt.

Beispiele für eine weiterführende Diagnostik:

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

Beispiele für therapeutische Konsequenz:

- Gabe von Erythropoietin
- Transfusion
- Stillung einer Blutung

Anämien bei Malignomen

Die Anämie aufgrund von zytostatischer Therapie wurde 2006 mit D61.10 definiert. Der Kode *D63.0* Anämie bei Neubildungen* bezieht sich somit jetzt eindeutig auf die Tumoranämie, die nicht in erster Linie durch eine Zytostase oder andere Ursache bedingt ist. Als Sterndiagnose kann D63.0* nur als Nebendiagnose verwendet werden. Wir empfehlen die Verwendung von D63.0* bei

klassischer Tumoranämie und bei Anämie durch Infiltration des Knochenmarks mit Tumorzellen (da D63.0* nicht Hauptdiagnose sein kann, ist hier immer der die Anämie verursachende Tumor Hauptdiagnose). Anämien spezifischer Ursache wie z.B. akute Blutung oder chronische Blutung sind spezifisch zu verschlüsseln (siehe Kapitel Gerinnung und Blutungen). Die Kodierung von beiden Diagnosen (Blutung plus Anämie) ist gerechtfertigt, wenn sowohl die Blutung als auch die Anämie Aufwand verursacht haben (z.B. Blutstillung plus Transfusion).

Nicht durch maligne Erkrankungen induzierte Anämien

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

Die Kodierung von angeborenen Anämien, aplastischer Anämie etc. ist nicht in allen Details konsistent. Für die aplastische Anämie im engeren Sinne, insbesondere die mit immunsuppressiver Therapie behandelte, sollte in der Regel der 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 aber eine Unterscheidung zwischen einer Anämie infolge einer zytostatischen Therapie und anderen arzneimittelinduzierten Anämien. Wenn, z.B. in Folge einer zytostatischen Therapie, eine Thrombozytopenie oder eine Agranulozytose vorliegen, sollen diese ebenfalls kodiert werden, wenn sie die Kriterien der Nebendiagnosen erfüllen. Dies wurde im ICD-10 2010 eindeutig klargestellt. Die Zuordnung der anderen definierten Anämieformen ist überwiegend selbsterklärend mit einigen Zuordnungsproblemen nur bei seltenen

Diagnosen. Unbefriedigend 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, wobei die Logik des ICD-10 für die TTP schwer nachvollziehbar ist. Für die „idiopatische“ Mikroangiopathie beim Erwachsenen wird in der Regel eher TTP, also M31.1 zu kodieren sein.

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 und Blutung	Kode
Eisenmangelanämie nach chronischem Blutverlust	D50.0
Eisenmangelanämie mit Dysphagie (Plummer-Vinson-Syndrom)	D50.1
Sonstige Eisenmangelanämien	D50.8
Eisenmangelanämie, n.n.b.	D50.9
Vitamin-B12 Mangelanämie (Vitamin B12 Mangel ohne Anämie - E53.8)	D51.-
Vitamin-B12 Mangelanämie durch Mangel an Intrinsic Faktor (perniziöse Anämie)	D51.0
Sonstige Vitamin-B12 Mangelanämien (Resorptionsstörung u.a, ohne alimentär)	D51.8
Folsäure-Mangelanämien	D52.-
Sonstige megaloblastäre Anämien o.n.A.	D53.1
Weitere alimentäre Anämien	D53.-
Akute Blutungsanämie (s. auch Kapitel 5.7.1 zu Blutungen, die zusätzlich spezifisch zu kodieren sind)	D62.0

Angeborene Anämien	Kode
Anämien durch Enzymdefekte	D55.-
G6PD-Mangelanämie, Favismus	D55.0
Anämie durch Störung glykolytischer Enzyme (PK-Mangel, u.a.)	D55.8
Alpha-Thalassämie (außer Hydrops fetalis)	D56.0
Beta-Thalassämie (major u. intermedia)	D56.1
Delta-Beta-Thalassämie	D56.2
Thalassämie-Erbanlage	D56.3
Heredit. Persistenz fetalen Hämoglobins	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
Angeborene aplastische Anämie (Fanconi, Diamond-Blackfan u.a.)	D61.0
Hereditäre sideroachrestische [sideroblastische] Anämie (s.u.)	D64.0
Kongenitale dyserythropoetische Anämie	D64.4

5. Kodierung von Diagnosen

Erworbene hämolytische Anämien	Kode
Arzneimittelinduzierte autoimmunhämolytische Anämie (AIHA)	D59.0
Sonstige AIHA (Wärme- und Kälteautoantikörper, siehe aber Ausnahmen unten)	D59.1
Evans-Syndrom (Immunthrombopenie plus Immunhämolyse)	D69.3-
Hämoglobinurie durch Hämolyse infolge sonstiger äußerer Ursachen: Marschhämoglobinurie, Belastungshämoglobinurie und auch Paroxysmale Kältehämoglobinurie.	D59.6
Arzneimittelinduzierte nicht-autoimmunhämolytische Anämie	D59.2
Hämolytisch-urämisches Syndrom	D59.3
Thrombotisch-thrombozytopenische Purpura (M. Moschkowitz)	M31.1
Sonstige nicht-autoimmunhämolytische Anämien (mechanisch, toxisch, mikroangiopatisch, wenn nicht TTP / HUS)	D59.4
Paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie	D59.5
Sonstige erworbene hämolytische Anämien	D59.8
Erworbene hämolytische Anämie, n.n.b.	D59.9

Sonstige erworbene Anämien	Kode
Aplastische Anämie infolge zytostatischer Therapie	D61.10
Anämie infolge einer bösartigen Neubildung (z.B. Tumoranämie, Anämie bei KM-Infiltration, nur als Nebendiagnose)	D63.0*
Sonstige arzneimittelinduzierte aplastische Anämie	D61.18
Arzneimittelinduzierte aplastische Anämie, n.n.b.	D61.19

Sonstige erworbene Anämien	Kode
Aplastische Anämie infolge sonstiger äußerer Ursachen	D61.2
Idiopathische aplastische Anämie	D61.3
Sonstige näher bezeichnete aplastische Anämien	D61.8
Aplastische Anämie, n.n.b.	D61.9
Anämie chronischer (andernorts klassifizierter) Erkrankungen (z.B. Tumoranämie, renale Anämie, nur Nebendiagnose)	D63.8*
Sideroachrestische Anämien (sehr selten. Nur wenn kein MDS vorliegt. MDS → D46.-)	D64.0 bis .2
Sonstige Anämie, n.n.b.	D64.9

5.5
-
5.10

5.6.2 Thrombozytopenie

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

Kriterien zur Kodierung von Thrombopenien als Nebendiagnose

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

Beispiele für eine weiterführende Diagnostik:

- Bestimmung von antithrombozytären Antikörpern oder andere Spezialdiagnostik

5. Kodierung von Diagnosen

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

Beispiele für therapeutische Konsequenz:

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

Thrombozytopenie (Auswahl)	Kode
Immunthrombozytopenie (ITP, M. Werlhof) auch Evans-Syndrom	D69.3
Thrombotisch-thrombozytopenische Purpura (M. Moschkowitz)	M31.1
Hämolytisch-urämisches Syndrom	D59.3
Thrombozytopathie ± Thrombozytopenie (u. a. M. Glanzmann, M. Bernard-Soulier)	D69.1
Wiskott-Aldrich Syndrom	D82.0
Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ I	D69.52
Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ II	D69.53
Sonstige sekundäre Thrombozytopenien (auch zytostatika- oder tumorinduziert), transfusionsrefraktär (s.u.)	D69.57
Sonstige sekundäre Thrombozytopenien (auch zytostatika- oder tumorinduziert), nicht transfusionsrefraktär	D69.58
Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, n.n.b.	D69.59
Hypersplenismus	D73.1
Thrombozytopenien, n.n.b. (nur bei unklarer Ursache verwenden)	D69.6-

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

5.6.3 Neutropenie und Agranulozytose

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

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

Im ICD 10 GM 2010 wurde die Unterteilung der Dauer der Agranulozytose weiter verfeinert (s.u.).

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

Kriterien zur Kodierung von D70.-

Der alleinige Nachweis einer „Agranulozytose“ d.h. Neutrophile < 0,5 G/l rechtfertigt bereits die Kodierung, weil das Auftreten einer Agranulozytose im klinischen Alltag grundsätzlich mit einem erhöhten Aufwand im Sinne

der Nebendiagnoseregulation einhergeht. Eine Umkehrisolation kann zusätzlich mit Z29.0 („*Isolierung als prophylaktische Maßnahme*“) kodiert werden. Sofern prophylaktisch Medikamente (Antibiotika inkl. Virostatika, Antimykotika usw.) gegeben werden, empfehlen wir die Kodierung von Z29.2 („*sonstige prophylaktische Gabe von Chemotherapie, Chemoprophylaxe; prophylaktische Antibiotikagabe*“)

Die Kodierung der Neutropenie d.h. Neutrophile noch $> 0,5$ G/l sollte 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	
- Neutropenie, Nadir der Neutrophilen $> 0,5$ G/l - Kodierung nur bei Mehraufwand	D70.18
- Neutrophile $< 0,5$ G/l für < 4 Tage	D70.10
- Neutrophile $< 0,5$ G/l 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 \geq 20 Tage	D70.12

Neutropenie, Leukozytopenie	Kode
- ohne Angabe zu Schwere und Dauer	D70.19
Agranulozytose (Neutrophile < 0,5 G/l) o.n.A. zu Ursache und Dauer. Auch wenn direkt durch Malignom induziert.	D70.3
Sonstige Neutropenie (Neutrophile > 0,5 G/l). (u. A. bei Hypersplenismus). Auch wenn direkt durch Malignom induziert. Kodierung nur bei Mehraufwand!	D70.6
Neutropenie ohne weitere Angabe	D70.7
andere seltene Defekte der Leukozyten	D71, D72-

5.7 Hämostaseologie

5.7.1 Blutungen und Blutungsneigungen

Blutungen sollten möglichst anhand der Lokalisation kodiert werden. Unten sind nur Beispiele aufgeführt, ansonsten wird auf die organspezifischen Kapitel verwiesen. Bei Blutungsneigungen muss in der Kodierung zwischen angeborenen und erworbenen Blutungsneigungen unterschieden werden, da häufig nur für die angeborenen Faktorenmängel im Rahmen von Landesblutervereinbarungen bzw. auch einrichtungsspezifischen Regelungen Sondervergütungen für die verwendeten Gerinnungspräparate vereinbart sind.

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

Bezeichnung	Kodes
Blutung, andernorts nicht klassifiziert (nur bei fehlender Lokalisation verwenden, z.B. Weichteilblutungen, sonst spezifizieren!)	R58
Blutung aus dem Rachen	R04.1

5. Kodierung von Diagnosen

Bezeichnung	Kodes
Hämoptoe	R04.2
Blutungen aus sonstigen Lokalisationen in den Atemwegen	R04.8
GI-Blutung, nicht näher bezeichnet (spezifische Blutungsquellen s.u.)	K92.2
Subarachnoidalblutung	I60.-
Intracerebrale Blutung	I61.-
Subduralblutung (nicht traumatisch!)	I62.-
Netzhautblutung	H35.6
pathol. vaginale Blutungen	N92.- bis N95.-
Hereditärer Faktor VIII Mangel (Hämophilie A) (hereditär)	D66
Hereditärer Faktor IX Mangel (Hämophilie B) (hereditär)	D67
Willebrand-Jürgens-Syndrom (angeboren und erworben)	D68.0
Angeborener Mangel von F XI	D68.1
Angeborener Mangel von F I, II, V, VII, X, XII, XIII	D68.2
Blutung bei Dauertherapie mit Antikoagulanzen bzw. Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen	D68.30
Hämorrhagische Diathese durch Antikörper gegen Faktor VIII (Hemmkörperhämophilie)	D68.31
Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen sonstige Gerinnungsfaktoren (IX, X, XI, von Willebrand)	D68.32
Dauerantikoagulation ohne Blutung	Z92.1
Erworbener Faktorenmangel (z.B. Lebererkrankung)	D68.4

Bezeichnung	Kodes
Koagulopathie, nicht näher bezeichnet, erworbene Blutungsneigung n.n.b.	D68.9
Verbrauchskoagulopathie / DIC	D65.1
Erworbene Fibrinolyseblutung	D65.2

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
Mallory-Weiss-Syndrom	K22.6
Ösophagusvarizen mit Blutung	I85.0
Ösophagus- und Magenvarizen bei andernorts klassifizierten Krankheiten, mit Blutung (s.u.)	I98.3*
Akute hämorrhagische erosive Gastritis	K29.0
Angiodysplasie des Magens und des Duodenums mit Blutung	K31.82
Angiodysplasie des Kolons mit Blutung	K55.22
Divertikulose des Dickdarms ohne Perforation oder Abszeß, mit Blutung	K57.31
Divertikulitis des Dickdarms ohne Perforation oder Abszeß mit Blutung	K57.33

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

Bezeichnung	Kodes
Ulcus ventriculi	K25.-
Ulcus duodeni	K26.-
Ulcus pepticum, Lokalisation n.n.b.	K27.-
Ulcus pepticum jejuni	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
Hämorrhoidalblutung	I84.8

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

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.-
Thrombose oberflächlicher Gefäße der unteren Extremitäten (aber: Varizen der unteren Extremitäten I83.-, Thrombophlebitis migrans I82.1)	I80.0
Thrombose V. femoralis	I80.1
Thrombose sonstige tiefe Gefäße untere Extremitäten (z.B. Beckenvenenthrombose)	I80.2
Thrombose untere Extremität, n.n.b.	I80.3
Thrombose sonstige Lokalisationen (z.B. Arm)	I80.8
Thrombose 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 V. cava	I82.2
Nierenvenenthrombose und -embolie	I82.3
Embolie und Thrombose sonst. Venen (z.B. Milzvenenthrombose)	I82.8
Lungenarterienembolie ohne Cor pulmonale	I26.9
Lungenarterienembolie, akutes Cor pulmonale, massive o. fulminante Lungenembolie	I26.0

Bezeichnung	Kodes
Sinusvenenthrombose, Thrombose sonstiger intracranieller Venen	I67.6
Hirnfarkt durch arterielle Thrombose oder Embolie (Gefäß spezifizieren im ICD!)	I63.-
Thrombose oder Embolie ohne Angabe zum Ort	I82.9
Postthrombotisches Syndrom	I87.0
Primäre Thrombophilie (Mangel an Antithrombin, Protein C, Protein S, Prothrombingen-Mutation, FV-Leiden)	D68.5
sonstige Thrombophilie Antiphospholipidsyndrom, Lupus Antikoagulans, Anticardiolipin-Antikörper	D68.6

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

Erstmals 2010 ist im ICD-10-GM jetzt eine der unterschiedlichen Klinik entsprechende Trennung der Hemmkörperhämophilie (D68.31) von einem Antiphospholipidsyndrom (D68.6) möglich.

Allerdings stellt die Gruppe D68 trotz der Neuaufnahme zweier Ziffern zur Thrombophilie nach wie vor eine zukünftig klarer zu differenzierende Mischgruppe von Hypo- und Hyperkoagulabilität dar. Insbesondere in den ICD-Kodes D68.8 und D68.9 können sowohl Erkrankungen mit Blutungsneigung als auch Thromboseneigung enthalten sein.

5.8 Infektionen

Die Infektionserkrankungen bzw. infektiösen Komplikationen werden in den Kapiteln A und B des ICD-10-GM-Katalogs zusammengefasst. Die Einteilung erfolgt in diesen Kapiteln nach der Ätiologie, d. h. nach dem Erreger. Nach den Kodierrichtlinien wird eine Infektion durch einen Kode für die Manifestation (Art und Lokalisation) der Infektion und einen zweiten Kode für den Erreger kodiert („Kreuz-Stern-Systematik“). Für einige wichtige und häufige Infektionen stehen Codes zur Verfügung, die Ort und Ursache der Infektion zugleich beschreiben (z. B. B37.0 Candidastomatitis).

5.8.1 Infekt-Diagnostik

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

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

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

5.8.2 Fieber unklarer Ursache (FuO)

Das unklare Fieber ohne Neutropenie ist wie folgt definiert: Körper-Temperaturen über 38,3 °C und Dauer länger als 1h oder Körper-Temperatur zweimalig in 12h über 38.0 °C und keine erkennbare Ursache (z.B. Transfusionen) und kein Keimnachweis und kein Fokus

Wenn das Fieber untersucht, aber nicht behandelt wird, dann wird der Code R50.80 Fieber unbekannter Ursache verwendet. Erfolgt eine, wie auch immer geartete Behandlung der vermuteten Infektion, wird ein Code für die Verdachtsdiagnose, z. B. der Code B99 Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten bei Verdacht auf Infektion und antimikrobielle Therapie, genommen. Alternativ kann bei antibiotischer Behandlung der Code A49.9 Bakterielle Infektion, nicht näher bezeichnet, bei antimykotischer Behandlung B49 Nicht näher bezeichnete Mykose, bei antiviraler Behandlung B34.9 Virusinfektion, nicht näher bezeichnet verwendet werden.

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

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

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

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

5.8.3 FuO bei Neutropenie mit Erregernachweis

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

Bezeichnung	Kode
Staphylokokkeninfektion, nicht näher bezeichneter Lokalisation	A49.0
Streptokokkeninfektion, nicht näher bezeichneter Lokalisation	A49.1
Infektion durch <i>Haemophilus influenzae</i> , nicht näher bezeichneter Lokalisation	A49.2
Mykoplasmeninfektion, nicht näher bezeichneter Lokalisation	A49.3
Sonstige bakterielle Infektionen nicht näher bezeichneter Lokalisation	A49.8
Bakterielle Infektion, nicht näher bezeichneter Lokalisation	A49.9
Chlamydieninfektion, nicht näher bezeichneter Lokalisation	A74.9

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

5.8.4 Sepsis

Eine Sepsis wird folgendermaßen kodiert:

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

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

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

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

SIRS-Kriterien (Definition der ACCP/SCCM):

- Körpertemperatur ≥ 38 °C oder ≤ 36 °C
- Herzfrequenz ≥ 90 /min
- Atemfrequenz ≥ 20 /min oder $pCO_2 \leq 33$ mmHg (4,3 kPa)
- Leukozyten ≥ 12.000 oder $\leq 4.000/\mu l$ oder ≥ 10 % unreife Neutrophile

Der ICD-Code 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 R65.9!) 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.

Eine schwere Sepsis mit Organkomplikationen liegt vor, wenn zusätzlich zu den SIRS-Kriterien Hinweise auf Organ-dysfunktion wie z.B. Hypoperfusion, Hypotonie, Laktatazidose, Oligurie oder zerebrale Funktionsstörungen bestehen. Eine eigene Kodierung der schweren Sepsis ist nur über die Erfassung dieser Organdysfunktionen möglich.

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.

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

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

J18.0 Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet

A41.9+ Sepsis, nicht näher bezeichnet mit

R65.1! SIRS infektiöser Genese mit Organkomplikationen

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

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

5.8.5 Aspergillus

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

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

Eine wahrscheinliche invasive Aspergillose ist folgendermaßen definiert:

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

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

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

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

Bezeichnung	Kode
Disseminierte Aspergillose	B44.7

Jede Aspergillus- Infektion in einem Organ außer der Lunge:

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

5.8.6 Candida-Infektionen

Klinisch relevante Candidosen manifestieren sich als mukokutane oder systemische Candidosen.

Manifestation der Candida-Infektion	Kode
Stomatitis	B37.0
Ösophagitis	B37.81
Lunge	B37.1
Meningitis	B37.5+ mit G02.1*
Endokarditis	B37.6+ mit I39.8*
Candidämie, Candida-Sepsis	B37.7

5. Kodierung von Diagnosen

Manifestation der Candida-Infektion	Kode
Klinischer Verdacht und serologischer Nachweis einer Candida-Infektion, aber ohne Zeichen einer Sepsis oder Organ-Befall und Einleitung einer Therapie	B37.88
Candida mit Resistenz gegen Fluconazol oder Voriconazol (jeweils zusätzliche Nebendiagnose!)	U83!

5.8.7 Weitere Pilzinfektionen

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

Pilzinfektion	Kode
Mukormykose der Lunge	B46.0
Rhinozerebrale Mukormykose	B46.1
Mukormykose des Magen-Darmtraktes	B46.2
Mukormykose der Haut	B46.3
Disseminierte Mukormykose	B46.4
Kryptokokkose der Lunge	B45.0
Kryptokokkose der Hirnhäute und des Gehirns	B45.1
Meningitis durch Kryptokokkosen	B45.1+mit G02.1*
Kryptokokkose der Haut	B45.2
Kryptokokkose der Knochen	B45.3
Disseminierte Kryptokokkose	B45.7

5.8.8 CMV-Infektion

Für die exakte Erfassung von CMV-Infektionen fehlen v. a. im Bereich der allogenen Transplantation weiterhin einige Codes (z. B. CMV-Retinitis). Neue Codes für spezifische Infektionen des GI-Traktes wurden 2008 veröffentlicht.

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

5.8.9 Resistente Keime und MRSA

Bei Infektionen mit resistenten Keimen können Zusatzkodes aus der Gruppen U80! bis U85! (Erreger mit bestimmten Resistenzen, die besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen erfordern) angegeben werden. Der Kode Z11 (spezielle Verfahren zur Untersuchung auf infektiöse und parasitäre Erkrankungen) kann bei MRSA-Abstrich u.ä. angegeben werden.

MRSA/MRSE

Hier ist zwischen Keimträgern und Infektion zu unterscheiden.

MRSA-Keimträger

Bezeichnung	Kode
Gesunder Keimträger anderer näher bezeichneter bakterieller Krankheiten	Z22.3
Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Oxacillin, Glykopeptid-Antibiotika, Chinolone, Streptogramine und Oxazolidinone	U80.0!
Isolierung als prophylaktische Maßnahme	Z29.0

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

MRSA-Infektion

Bezeichnung	Kode
Staphylokokkeninfektion, n.n.b.	A49.0
oder lokalisierte Staphylokokken-Infektion mit Kode aus entsprechenden Kapiteln A	
zusätzlich:	
Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Oxacillin, Glykopeptid-Antibiotika, Chinolone, Streptogramine und Oxazolidinone	U80.0!
bei Bedarf:	
Isolierung als prophylaktische Maßnahme	Z29.0

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

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

Komplexbehandlung bei MRE

Seit 2006 existiert eine OPS-Kodegruppe 8-987.- Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multi-

resistenten 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

5.8.10 Im Krankenhaus erworbene Pneumonie

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

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

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

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

Dieser wird mit dem Pneumoniecode verknüpft.

5.8.11 Antibiotikaprophylaxe

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

Z29.2 *Sonstige prophylaktische Chemotherapie*
Chemoprophylaxe
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 für die Gabe des Immunglobulins erfasst werden.

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

5.9 Tumorlyse-Syndrom

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

Die Labortumorlyse ist nach Cairo et al. (2004) definiert als eine Veränderung von mindestens zwei der folgenden Laborparameter in einem Zeitraum drei Tage vor bis sieben Tage nach Beginn einer Chemotherapie (Werte für Erwachsene):

- Harnsäure: > 475 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

5. Kodierung von Diagnosen

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 Krite-

rien einer Nebendiagnose müssen einzeln geprüft werden. Die Gabe von Rasburicase kann kodiert werden mit

Prozeduren beim Tumorlysesyndrom	
6-004.c	Rasburicase, parenteral

5.10 Paraneoplasien, Notfälle, Schmerzsyndrome und Paravasat

5.10.1 Paraneoplasien

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

Paraneoplastisches Syndrom	Kode
Knochen	
Pachydermoperiostose/Marie-Bamberger-Syndrom (5.Stelle entsprechende Lokalisation)	M89.4*
Haut/Muskel	
Erythematöse Erkrankung	L54.8*
Erworbene Ichthyosis	L85.0
Akrokeratose Bazex, Epidermisverdickung	L85.8
Urtikaria	L50.8
Sweet-Syndrom	L98.2
Acanthosis nigricans (maligna)	L83
Acrodermatitis enteropathica	E83.2
Pemphigus erythematodes	L10.4
Dermatomyositis-Polymyositis	M36.0*
Polymyalgia rheumatica	M35.3
Karzinoidmyopathie	G72.88

5. Kodierung von Diagnosen

Paraneoplastisches Syndrom	Kode
Kachexiemyopathie	G72.88
Paraneopl .Neuromyopathie und Neuropathie	G13.0*
Nervensystem	
Polyneuropathie bei Neubildungen	G63.1*
Lambert-Eaton-Syndrom	G73.1*
Retinopathie bei Neubildungen	H36.8*
Limbische Encephalitis	G13.1*
Cerebelläre Degeneration	G32.8
Optikusatrohie	H48.0*
Guillain-Barré-Syndrom	G61.0
Sensorische Neuropathie bei Plasmazelldyskrasie/ Serumpolyneuropathie	G61.1
Myasthenia gravis	G70.0
Stiff-man-Syndrome, Muskelstarre-Syndrom	G25.88
Restless-legs-Syndrom	G25.81
Opsoklonus-Myoklonus-Ataxie	G25.3
Encephalomyelitis, Encephalitis, Myelitis	G04.8
Chorea	G25.5
Myotonie, Neuromyotonie (Isaacs-Mertens-Syndrom)	G71.1
Niere	
Glomerulonephritis bei Neubildungen	N08.1*
Blut	
Autoimmunhämolytische Anämie (AIHA)	D59.1
Nicht-autoimmunhämolytische Anämie	D59.4

Paraneoplastisches Syndrom	Kode
Polyglobulie	D75.1
Leukozytose, Lymphozytose, Monozytose, Plasmozytose, Lymphopenie	D72.8
Eosinophilie	D72.1
Thrombotische Mikroangiopathie/TTP (Moschkowitz)	M31.1
Gerinnung - siehe Kapitel 5.7 Hämostaseologie	
Stoffwechsel	
Hypoglykämie	E16.1
Hyperkalzämie	E83.58
Flush	R23.2
Karzinoidsyndrom	E34.0*
Protein-losing-enteropathy	K90.8
Addison-Krankheit	E27.1
Addisonkrise	E27.2
Cushing-Syndrom	E24.3
SIADH	E22.2
Gynäkomastie	N62
Galaktorrhoe	N64.3
Pubertas praecox	E30.1

5.5
-
5.10

5.10.2 Onkologische Notfälle/Schmerzsyndrome

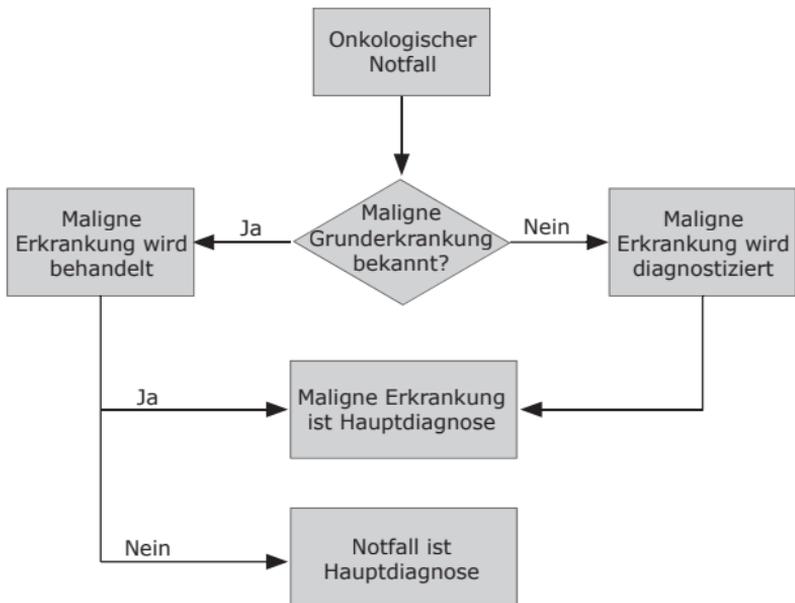
Notfall	Kode
Tetraparese, Tetraplegie, Paraparese, Paraplegie (zwei Ziffern zur näheren Beschreibung, s. ICD-10)	G82.--
Cauda equina Syndrom, komplett	G83.40

5. Kodierung von Diagnosen

Notfall	Kode
Cauda equina Syndrom, inkomplett	G83.41
Radikulopathie (5. Stelle entsprechende Lokalisationen)	M54.1-
Zervikalneuralgie	M54.2
Ischialgie	M54.3
Lumbo-Ischialgie	M54.4
Kreuzschmerz/ Lumbago	M54.5
Schmerzen im Bereich der BWS	M54.6
Obstruktive Uropathie ohne Infektion	N13.0 bis N13.5
Obstruktive Uropathie mit Infektion, Pyeonephrose, ggf. mit B95 bis B97	N13.6
Hyperkalzämie, Hypokalzämie	E83.58
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	J96.0 und D72.8
Leukostase mit Somnolenz, Sopor, Coma	R40.- und D72.8
Hyperviskosität	R70.1
Perikarderguß (nichtentzündlich)	I31.3
Subileus	K56.7
Mechanischer Ileus	K56.6
Tumorlysesyndrom	E88.3
Hyperkaliämie	E87.5
Hyperphosphatämie, Tumorrachitis	E83.38

Notfall	Kode
Hyperurikämie	E79.0
Akutes Nierenversagen	N17.9
Hämoptoe	R04.2
Lungenblutung	R04.8
Vena Cava Syndrom (V.c.superior und inferior)	I87.1

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



5.5
-
5.10

5.10.3 Paravasat

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

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

5.5
-
5.10

6. Kodierung von Prozeduren

6.1 Zytostatische Chemotherapie

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

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

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

Auch wurden die Definitionen präzisiert:

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

6.1
-
6.3

Berechnung der Therapietage:

- Es zählen nur die Tage, an denen Zytostatika iv oder sc appliziert werden.
- Protokollgemäße Pausen bis einen Kalendertag werden mitgezählt (Beispiel: AraC Tag 1, 3 und 5 entspricht 5 Tagen)
- Einzelne Pausentage wegen Therapieverzögerung, welche nicht zum Protokoll gehören, werden nicht mitgezählt!
- Protokollgemäße Pausen ab zwei (Kalender)-Tagen führen dazu, dass ein neuer Kode angegeben werden muss (Beispiel: BEACOPP Tag 1-3 und Tag 8 werden gesondert kodiert)
- Bei Gaben über Nacht zählt nur der Tag, an dem die Gabe begonnen wurde (Beispiel: bei AraC über 24 Stunden zählt nur der Tag, an dem die Infusion gestartet wurde)
- Einzige Besonderheit: Bei Gabe von Hochdosis-Methotrexat zählen die Tage mit Spiegelmessung zur Chemotherapie.

6.1
-
6.3

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; Folinsäure nach Methotrexat).

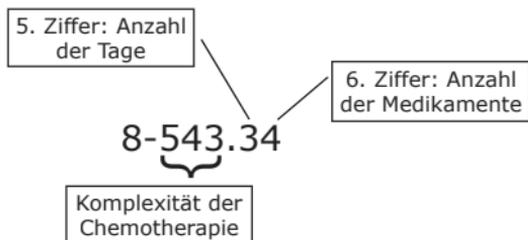
Es zählen alle iv und sc applizierten zytostatischen Medikamente, unabhängig davon, ob sie über alle zu berechnenden Tage verabreicht wurden oder über weniger Tage. Gezählt werden die verwendeten Zytostatika und nicht die einzelnen Applikationen.

Die Systematik ist selbsterklärend:

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

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

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



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

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

Instillation von zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren

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

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

6.1.1 Nicht komplexe Chemotherapie (ein- oder mehrtägig)

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

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

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

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 Kodierrichtlinien: Richtlinien zur Chemotherapie sind in

der speziellen DKR 0201f festgehalten. Insbesondere die Auswahl von Haupt- und Nebendiagnosen bezüglich systemischer Chemotherapie wird hier geregelt. Näheres siehe Kapitel „Spezielle Kodierregeln“.

Beispiele für nicht komplexe Chemotherapien

(Auflistung im OPS Version 2010).

Chemotherapie	Indikation
BEACOPP, CHOP, MCP, VACOP-B, COP-BLAM, Fludarabin, Fludarabin /Cyclophosphamid, Cladribin, COP, FCM, Bendamustin, 2-CDA, Alkeran i.v., Cyclophosphamid/Pentostatin, TAD	Lymphome, Plasmozytom
Cloretazine, AT-Erhaltungstherapie	AML
Azacitidine	MDS
„Bonner Protokoll“ : Block B. Block C (>60 Jahre)	ZNS-Lymphom
CE, Epi-CE, Epi-CO, CEV, ACO, ACE	Bronchialkarzinom (SCLC)
Taxol/Carboplatin, Topotecan, Gemcitabinmono, Docetaxel, Vinorelbine, Doxorubicin/Docetaxel, Gemcitabin/Pemetrexed, Gemcitabin/Irinotecan, ACO (ADM, VCR, CTX)	NSCLC
5-FU/Carboplatin, Mitomycin/5-FU	HNO-Tumoren
5-FU-Mono, 5-FU/Folinsäure, Irinotecan-Mono, Gemcitabinmono, Vinorelbine, ELF, FLP, Octreotid, Tomudex/Oxaliplatin, Gemcitabin/5-FU/Folinsäure (GFF), Oxaliplatin/Capecitabin	Gastrointestinale Tumore
Gemcitabin/Oxaliplatin, OFF	Pankreaskarzinom

6. Kodierung von Prozeduren

Chemotherapie	Indikation
CMF, FAC, AC, EP, Docetaxel, Vinorelbin, Gemcitabin-mono, Doxorubicin/Docetaxel, Taxolmono, Bendamustin, Docetaxel/Capcitabin, Docetaxel/ Gemcitabin, Navelbine/ Mitomycin, Ifosfamid/Carboplatin	Mamma- karzinom
Carboplatinmono, Cyclophosphamid/ Carboplatin, Treosulfan-mono i.v.	Ovarial- karzinom
Cyclophosphamid-mono, Doxorubicinmono, Cyclophosphamid/Doxorubicin, Mitoxantron/ Prednisolon, Taxane/Mitoxantron/Prednisolon, Docetaxel/Estramustin/Prednisolon/Dexame- thason	Prostata- karzinom
Gemcitabin mono, Taxol mono, POMB-ACE	Hodentumor
Taxol/Gemcitabin, Gemcitabinmono, Taxol mono	Urothel- karzinom
Nitrosoharnstoffe (ACNU, BCNU)/Teniposid (VM26), PCV (Procarbacin, CCNU, Vincristin)	Gliome
IVA, Gemcitabine/Docetaxel	Sarkom
Doxorubicin mono	Osteosarkom
DTIC	Melanom
MTX als GvHD - Prophylaxe	nach allo- gener Trans- plantation

6.1.2 Mittelgradig komplexe und intensive Block- chemotherapie

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

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

Hinweise zur Verwendung dieses Kodes lt. OPS Version 2010:

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

Orale Zytostatika und Steroide werden nicht kodiert.

Kommentar: Dieser Kode wird bei der Gabe von mehr als zwei Medikamenten oder Dauer des Zyklus über drei Tage oder notwendiger Spiegelmessung (evt. plus Dauerinfusion unter stationären Bedingungen) verwendet. Durch die genaue Erfassung der Tage und Medikamente wird ab 2010 Transparenz hergestellt.

6.1
-
6.3

Chemotherapie	Indikation
AC-Erhaltung. AD-Erhaltung	AML
ALL-Vorphase, Konsolidation II bis VI	ALL
CHOEP, DHAP, ICE, MINE, Dexamethason-BEAM, IMVP-16, Ifosfamid/Etoposid/Epirubicin (IEV)	NHL
VAD, VID, CAD, CED, PAD, TAD, Ifosfamid/Etoposid/Epirubicin (IEV)	Plasmozytom
„Bonner Protokoll“: Block A (>60 Jahre)	ZNS-Lymphom
Cisplatin/5-FU	HNO-Tumoren
Cisplatin/Etoposid, Cisplatin/Vinorelbin	NSCLC
PLF, PELF, DCF	Magenkarzinom
Cisplatin/Doxorubicin, Doxorubicin/Hochdosis-Ifosfamid (nur Tag 1)	Pleura-mesotheliom

6. Kodierung von Prozeduren

Chemotherapie	Indikation
E/AC-Doc, E/AC-Pac, TA/EC, dosisdicht E/ATC, dosisdicht E-T, EC-TX, E/AT-CMF, Ifosfamid/Epirubicin	Mamma- karzinom
PEB, PE, PEI, PIV	Hoden- tumoren
M-VAC (für Tage 1 und 2), dann Tage 15 und 22 gesondert als nichtkomplexe Chemotherapie kodieren	Urothel- karzinom
Epirubicin/Taxol/Carboplatin, Cisplatin/Taxol	Ovarial- karzinom
Rx/5-FU/Cisplatin	Ösophagus- karzinom
Rx/5-FU/Mitomycin/Cisplatin	Analkarzinom
Rx/5-FU/Cisplatin	Pankreas- karzinom
Gemcitabin/Cisplatin	NSCLC, Pleura- mesotheliom, Pankreas- karzinom, u.a.
CVD, Cisplatin/DTIC/BCNU	Melanom
Adriamycin/Ifosfamid, I2,3VA, EIA, Mini-ICE, VIDE, VAI VAC, IP, CE, Ifosfamid/Doxorubicin, Cisplatin/Doxorubicin, Ifosfamid sequentiell	Sarkom
FOLFIRI, FOLFOX, Ralitrexed/Oxaliplatin	Gastro- intestinale Tumoren
ADOC	Thymom
ABVD	M. Hodgkin

6.1.3 Hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie

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

Seit 2009 ist eine hochgradig komplexe Chemotherapie auch bei Lymphomen erlösrelevant. Die Erlösrelevanz bei soliden Tumoren ist durch Unstimmigkeiten im OPS weiterhin nur bei pädiatrischen Patienten von Belang.

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

6.1
-
6.3

Beispiele Blockchemotherapie – ein Therapieblock (8-544.0)

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

Chemotherapie	Indikation
VDTPACE	Multiples Myelom

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

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

HIPEC : Hyperthermie Chemotherapie

Das Verfahren wird verschlüsselt mit den Codes

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

Hinweis: HITOC ist für 2010 neu in das nicht bewertete Zusatzentgelt ZE2010-49 aufgenommen worden.

6.1.4 Konditionierungsprotokolle

Häufige Konditionierungsprotokolle vor Stammzelltransplantationen

Konditionierungsprotokoll	Kode
TBI/Fludarabin (8-523.4 für TBI)	8-542
Hochdosis-Melphalan	8-542
TBI-Cyclophosphamid (8-523.4 für TBI)	8-543
BEAM	8-544.0
ICE (Sarkome)	8-544.0

Konditionierungsprotokoll	Kode
Bu/Cy	8-543
FC (Flu 125 d-7bis-3, Cy 2000 d-5bis-3)	8-543
Bu-Mel (Euro-EWING)	8-543
Flu/Mel (Allo – Konditionierung, nicht AML)	8-542
Mega-CHOEP	8-544.0
HD-PEI	8-544.0
Carbo/Eto (Keimzelltumor)	8-543
Carbo/Eto/Cyclo	8-543
VCI-E	8-543
VP16 - TBI (ALL)	8-542
Flu/Bu/ATG (8-812.3 oder 8-812.4 für ATG)	8-543
HD-Treosulfan (OMF)	8-542

6.2 Therapie mit Antikörpern oder Zytokinen

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

6.3 Transfusionen

Bluttransfusionen werden unabhängig von Situation und Menge immer kodiert. Geringe Mengen lösen allerdings teilweise kein ZE aus. Grundsätzlich gilt für die Kodierung von Transfusionen: Die Anzahl der verabreichten Transfusionen wird addiert und die Summe für den Aufenthalt durch einen Sammel-OPS-Kode dokumentiert. Bezugsdatum ist der Tag der ersten Transfusion.

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

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

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

Als wesentliche Neuerung für 2010 wurden bei Erythrozytenkonzentraten und bei patientenbezogenen Thrombozytenkonzentraten die oberen Dosisklassen deutlich erweitert. Dies war für die sachgerechtere Vergütung von Extremkostenfällen erforderlich. Details siehe im Anhang unter Zusatzentgelte.

6.3.1 Transfusion von Erythrozyten

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

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

6.3.2 Transfusion von Thrombozyten

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

Bei der Einzelmengen-Definition Thrombozyten müssen die „Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie)“ in der aktuellen Novelle der Bundesärztekammer beachtet werden (Quelle: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.6.3288>).

Dort finden sich weitere dezidierte Angaben zu den Prüfparametern der einzelnen Konzentrate.

Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate

Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate werden gezielt auf Gewebemerkmale des Empfängers abgestimmt. In der Regel handelt es sich um HLA-kompatible Produkte. Kodiert wird mit der Kodegruppe
 8-800.6- *Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate*

Apherese-Thrombozytenkonzentrat (=Einzelspenderkonzentrat)

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

Kodiert wird mit der Kodegruppe

8-800.9- *Apherese-Thrombozytenkonzentrate*.

Thrombozytenkonzentrate

Für die Abrechnung von gepoolten Thrombozytenkonzentraten ist nicht mehr die äquivalente Menge von (Einzelspender-)Thrombozytenkonzentraten heranzuziehen, sondern seit 2009 nur noch die Gesamtzahl an Thrombozyten von mindestens von 2×10^{11} pro Transfusions-einheit. Ein gepooltes Konzentrat entspricht in seinem medizinischen Effekt damit ungefähr einem Apherese-konzentrat. Damit ist die Definition transparenter. Gleichzeitig erfolgte 2009 eine komplette Neukalkulation der entsprechenden ZE-Erlöse. Diese wurden mit der neuen Definition vom InEK für 2010 über eine ergänzende Datenlieferung mit echten Kostendaten aus 2009 nachberechnet, dadurch ergeben sich für 2010 teilweise erhebliche Erlössteigerungen gegenüber 2009. Die Kodierung erfolgt durch den OPS-Kode

8-800.b- *Thrombozytenkonzentrate.*

6.3.3 Transfusion von Leukozyten Transfusion von Granulozyten

Die Transfusion von Granulozyten wird mit der Kode-gruppe

8-802.6- *Gabe von Granulozytenkonzentraten* dokumentiert.

Donor-Lymphozyten (DLI)

Seit 2005 gibt es einen spezifischen Kode für die Do-nor-Lymphozyteninfusion (DLI) für Patienten nach KMT. Kodiert wird ohne Angabe der Menge.

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

Leukozyten nach ex-vivo-Kultur

Es gibt spezifische Codes für Leukozyten nach ex-vivo-Kultur (T-Zellen, NK-Zellen, Dendritische Zellen). Kodiert wird ohne Angabe der Menge: Leukozyten nach Ex-vivo-Kultur (Kodegruppe 8-802.5-):

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

6.4 Schmerztherapie und Palliativmedizin

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

6.4.1 Schmerztherapie

Neben Codes für die lokale Schmerztherapie gibt es einige Codes zur multimodalen Schmerztherapie, welche sich gegenüber 2009 nicht verändert haben. Für die jeweiligen Prozeduren müssen entsprechende Kriterien als Mindestvoraussetzung beachtet werden (siehe OPS-Katalog). Die Kodierung der Schmerzdiagnosen werden in Kapitel 4.5.2 Symptombehandlung erläutert.

Multimodale Schmerztherapie

Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage mit Unterteilung in Abhängigkeit der Therapieeinheiten	8-918.0-
--	----------

Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage mit Unterteilung in Abhängigkeit der Therapieeinheiten	8-918.1-
Mindestens 21 Behandlungstage mit Unterteilung in Abhängigkeit der Therapieeinheiten	8-918.2-
Komplexe Akutschmerzbehandlung	8-919
Multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung	8-91b
Teilstationäre Multimodale Schmerztherapie	8-91c-
Basisbehandlung mit Unterteilung in Abhängigkeit der Verfahren	8-91c.0-
Umfassende Behandlung mit Unterteilung in Abhängigkeit der Verfahren	8-91c.1-
Intensivbehandlung mit Unterteilung in Abhängigkeit der Verfahren	8-91c.2-

6.4.2 Palliativmedizin

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

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

Palliativmedizinische Komplexbehandlung	Kode
Bis zu 6 Behandlungstage	8-982.0
Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage	8-982.1

Palliativmedizinische Komplexbehandlung	Kode
Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage	8-982.2
Mindestens 21 Behandlungstage	8-982.3

6.5 Diagnostik und Arbeitstechniken

6.5.1 Spezifische Diagnostik bei hämatologisch-onkologischen Erkrankungen

Knochenmark

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

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

Komplexcode für Staging-Untersuchungen bei Jugendlichen unter 19 Jahren:

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

Bedingungen:

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

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

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

Bedingungen:

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

Molekulares Monitoring der Resttumorlast (MRD) und Genmutationsanalysen

(diese Codes sind nur einmal während des stationären Aufenthaltes anzugeben)

Molekulargenetische Identifikation von patientenspezifischen MRD-Markern (PCR- und Sequenzanalyse zur Markeridentifikation, Sensitivitäts- und Spezifitätstestung)	1-991.0
Patientenspezifische molekulargenetische Quantifizierung der Resttumorlast (MRD Monitoring) (mindestens 2 quantitative PCR pro Untersuchung)	1-991.1
Durchführung von Genmutationsanalysen bei soliden bösartigen Neubildungen	1-992

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

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

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

Ex-vivo-Zellkultursystem	1-990
--------------------------	-------

Diagnostische Techniken ohne eigenen Kode

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

Diese Untersuchungsmethoden können jedoch Teil der oben erwähnten Komplexkodes sein

6.5.2 Allgemeine diagnostische und therapeutische Prozeduren

Hautbiopsie (Stanze)

Dies kann je nach Lokalisation kodiert werden:

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

↔ Angabe der Seitenlokalisation notwendig

Mammabiopsie

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

↔ Angabe der Seitenlokalisation notwendig

Lymphknotenbiopsien

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

↔ Angabe der Seitenlokalisation notwendig

Kyphoplastie

Implantation von Material in einen Wirbelkörper mit vorheriger Wirbelkörperaufrichtung

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

Vertebroplastie

Implantation von Material in einen Wirbelkörper ohne vorheriger Wirbelkörperaufrichtung

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

Sonstige Punktionen

Leberpunktion (diagnostisch)	1-845
Perkutane (Nadel-)Biopsie, Leber	1-441.0
Perkutane Biopsie mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, Leber	1-442.0
Schilddrüse (diagnostisch)	1-859.0
Perikard-Punktion (diagnostisch)	1-842
Perikard-Punktion (therapeutisch)	8-152.0
Pleurapunktion (diagnostisch)▶	1-844↔
Pleurapunktion (therapeutisch)▶	8-152.1↔
Bülaudrainage	8-144↔
Aszitespunktion (diagnostisch)▶	1-853.2
Aszitespunktion (therapeutisch)▶	8-153
Lumbalpunktion Liquor (diagnostisch)	1-204.2
Endosonografische FNP (Feinnadelpunktion)	
-Oberer Verdauungstrakt	1-445
-Unterer Verdauungstrakt	1-446
-Pankreas	1-447
Die Endosonographie ist gesondert zu kodieren	

↔ Angabe der Seitenlokalisation notwendig

▶ dieser Code darf nur einmal pro stationärem Aufenthalt angegeben werden

6.5.3 Hyperthermie

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

Bisher hat ein Hyperthermie-Kode keinen Einfluss auf die DRG-Zuordnung, kann aber mehrfach pro Aufenthalt kodiert werden. So können Einrichtungen die Anzahl der Behandlungen festhalten, die andere Vergütungsformen für die Hyperthermie vereinbart haben (z.B. besondere Einrichtung etc.). Eine Hyperthermiesitzung erhält einen Kode zugewiesen. Es ist nicht gerechtfertigt, einer Hyperthermiesitzung, welche an Dauer das übliche Maß überschreitet, mehrere Kodes zuzuweisen.

Für die lokoregionale Hyperthermie (RHT) wird kodiert

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

Für eine Teilkörperhyperthermie mit MR-Monitoring wird kodiert

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

Das MR Monitoring wird nicht zusätzlich kodiert.

Für eine Ganzkörperhyperthermie wird kodiert

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

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

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

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

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

Die computergestützte Planung der Hyperthermie wird verschlüsselt mit:

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

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

6.5.4. Radiologische Prozeduren bei Tumorpatienten

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

Die Darstellung der arteriellen Gefäße wird mit Kodes 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 Kode zur Verfügung und nicht für jeden Körperbereich ein eigener Kode. Daher ist die superselektive Arteriographie als

Zusatzkode zu einer Arteriographie bestimmter Körperteile zu sehen und zusätzlich anzugeben. Die Codes der Arteriographie sind auch dann anzuwenden, wenn nur eine digitale Subtraktionsangiographie durchgeführt wird.

Perkutan-transluminale Gefäßintervention:

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

Beispiele:

Selektive Embolisation mit Partikel, Gefäße viscer- al (TACE)	8-836.ka
Dazu Art der Partikel; medikamentenbeladene Partikel	8-83b.10

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

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

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

Für eine Chemotherapie über eine Arteriographie gelten folgende Codes (bei anderen Lokalisationen ist der entsprechende Kode zu wählen):

Arteriographie der Gefäße des Abdomens (inkl. viscerale Gefäße)	3-604
Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren, arteriell	8-541.6
Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie (SIRT) mit Yttrium-90-markierten Mikrosphären	8-530.45

Perkutane Therapie von Lebertumoren

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

Szintigraphie

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

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

6.5.5 Sonstige Techniken

Die isolierte Extremitätenperfusion wird kodiert mit

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

↔ Angabe der Seitenlokalisation notwendig

Die extrakorporale Photopherese wird kodiert mit

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

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

7. Knochenmark-Transplantation und PBSZT

7.1 Stammzellgewinnung

Die Stammzellgewinnung wird mit unterschiedlichen Codes beschrieben, in Abhängigkeit der Quelle (Knochenmark, periphere Stammzellen) und der Verwendung (Eigenspende, Fremdspende). Die weitere Differenzierung betrifft dann die Aufbereitung, die seit 2008 mit einem Extrakode anzugeben ist, und zwar von der Klinik, die den Aufwand bzw. die Kosten hat. Dieser Kode kann also bei der Stammzellentnahme oder beim Transplantationsaufenthalt angegeben werden.

7.1.1. Knochenmarkentnahme beim Patienten (Eigenspende)

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

7.1.2. Periphere Stammzellentnahme beim Patienten (Eigenspende)

HD	Z52.01 Stammzellentnahme
Proz.	5-410.10 Entnahme von hämatopoetischen Stammzellen aus peripherem Blut zur Eigenspende

7. Knochenmark-Transplantation und PBSZT

Ggf. zusätzlich	5-410.2 Art der In-vitro-Aufbereitung .20 Positivanreicherung .21 T- und B-Zell-Depletion .22 Erythrozytendepletion .2x Sonstige
-----------------	--

Die medikamentöse Stimulation vor der Entnahme ist im OPS-Kode enthalten. Wenn das Medikament zur Stimulation in der Liste der Medikamente unter 6-001 oder 6-003 enthalten ist, ist dieser Kode zusätzlich anzugeben.

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

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

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

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

Bezüglich der medikamentösen Stimulation siehe 7.1.2

7.1.5 Entnahme von Lymphozyten

ND	Z52.08 Spender sonstiger Blutbestandteile
Proz.	-

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

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

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

7.2 Stammzelltransplantation

7.2.1 Allgemeine Hinweise zur Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen

Die Codes für die Konditionierungstherapie sind in dem Kapitel Chemotherapie enthalten. Die Codes „nach In-vitro-Aufbereitung“ sind dann anzuwenden, wenn eine Zellmanipulation vorgenommen wurde (z.B. CD34-Selektion), nicht aber bei einfacher Bearbeitung des Transplantats wie Sterilitätskontrolle oder Einfrieren der Zellen. Der Code, der die Art der In-vitro-Aufbereitung beschreibt, kann bei der Transplantation oder bei der Stammzellentnahme angewandt werden und zwar von der Klinik, die den Aufwand der Aufbereitung hat.

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

bereitung des Transplantats zur genauen Abbildung des Falles hilfreich ist

ABO-Kompatibilität	Kodes
Art des Transplantates: allogene	5-930.2-
AB0-kompatibel	5-930.20
AB0-nichtkompatibel	5-930.21

HLA-Identität liegt vor:

Übereinstimmung bei HLA-A, HLA-B, HLA-C zweistellig und bei HLA-DR und HLA-DQ vierstellig.

Somit ist auch bei nicht-verwandten Spendern eine HLA-Identität möglich.

7.2.2 Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark

Autolog	Kode
Ohne In-vitro-Aufbereitung	5-411.00
Nach In-vitro-Aufbereitung	5-411.02

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

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

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

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

7.2.3 Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen

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

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

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

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

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

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

7.2.4 Stammzellboost nach erfolgter Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen

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

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

Für die Prozedur 8-805.61, d.h. Stammzellboost nach In-Vitro-Aufbereitung, kann ein Zusatzentgelt krankenhauses individuell verhandelt werden.

Photopherese zur Behandlung der GVHD

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

Es ist jede durchgeführte Photopherese zu kodieren.

7.3 Komplikationen nach KMT / SZT

7.3.1 Graft-versus-Host-Disease (GvHD)

Die GvHD kann im ICD-10 mit der Codegruppe 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

Definitionen der Einteilung der GVHD

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

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

Grad	Haut	Leber	Verd.trakt
I	Stadium 1 o. 2	keine	keine
II	Stadium 3	Stadium 1	Stadium 1
III	(Stadium 1-3)	Stadium 2 o. 3	Stadium 2 o. 3
IV	Stadium 4	Stadium 4	Stadium 4

Die Organmanifestationen einer GvHD sind nach Kreuz/Stern-System zu kodieren. Anschließend ist die (z.B. maligne) Grunderkrankung als Nebendiagnose anzugeben (Diese Regelung hat Vorrang vor DKR 0201 *Auswahl und Reihenfolge der Codes*). [vgl DKR P015f]

Die Definition der Stadien richtet sich nach der klinischen (hier in Klammern gesetzt) und nicht nach der histologischen Einteilung. Sie ist seit 2009 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*

7

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 - 104 µmol/l)	K77.12*
Stadium 3 (Bilirubin 6,1 bis 15 mg/dl bzw. 105 - 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-*

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

Chronische GvHD

Lokalisierte Hautbeteiligung und/oder Leberfunktionsstörung

Definition der ausgeprägten Form:

Generalisierte Hautmanifestation oder lokalisierte Hautmanifestation und/oder Leberfunktionsstörung mit einer der nachfolgenden Manifestationen bzw. Bedingungen: Leberhistologie einer chron. aktiven Hepatitis, Nekrose oder Zirrhose, Augen, Mund bzw. Speicheldrüsen, jedes andere Organ.

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

Organmanifestationen der chronischen GvHD

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

- L45* *Papulosquamöse Hautkrankheit bei andernorts klassifizierten Erkrankungen*
- L81.8 *Sonstige näher bez. Störungen der Hautpigmentation*
- L81.6 *Sonstige Störungen durch verminderte Melaninbildung*
- L81.5 *Leukoderm, andernorts nicht klassifiziert*
- L65.8 *Sonstiger näher bez. Haarausfall ohne Narbenbildung*

Gastrointestinaltrakt: Auch hier sind sehr unterschiedliche Manifestationen oder Symptome (Dysphagie, Diarrhö, Malabsorption, Malnutrition, Gewichtsverlust) Zeichen der chronischen GVHD, die mit den verschiedenen 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 mucosales Erythem, anguläre Cheilitis, Zahnverlust, Unfähigkeit, den Mund vollständig zu öffnen. Die Kodierung ist möglich mit z.B.:

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

Augenmanifestationen der chronischen GvHD

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

H06.0 Affektionen des Tränenapparates bei andernorts klassifizierten Krankheiten*

H13.2 Konjunktivitis bei sonstigen andernorts klassifizierten Krankheiten*

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

H53.1 subjektive Sehstörungen (Photophobie)

Chronische GvHD der Lunge:

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

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

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

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

J84.8 Sonstige näher bezeichnete interstitielle Lungenkrankheiten.

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, anderenorts 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), wenn die Kriterien der Nebendiagnose erfüllt sind.

7.3.3 Venocclusive Disease

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

8. Anhang

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

8.1 Zusatzentgeltfähige Medikamente

8.1.1 Zytostatika und Tyrosinkinaseinhibitoren

Bortezomib, parenteral (ZE49)	Kode
1,5 mg bis unter 2,5 mg	6-001.90
2,5 mg bis unter 3,5 mg	6-001.91
3,5 mg bis unter 4,5 mg	6-001.92
4,5 mg bis unter 5,5 mg	6-001.93
5,5 mg bis unter 6,5 mg	6-001.94
6,5 mg bis unter 7,5 mg	6-001.95
7,5 mg bis unter 8,5 mg	6-001.96
8,5 mg bis unter 9,5 mg	6-001.97
9,5 mg bis unter 10,5 mg	6-001.98
10,5 mg bis unter 11,5 mg	6-001.99
11,5 mg bis unter 13,5 mg	6-001.9a
13,5 mg bis unter 15,5 mg	6-001.9b
15,5 mg bis unter 17,5 mg	6-001.9c
17,5mg bis unter 19,5 mg	6-001.9d
19,5 mg bis unter 21,5 mg	6-001.9e

8. Anhang

Bortezomib, parenteral (ZE49)	Kode
21,5 mg bis unter 23,5 mg	6-001.9f
23,5 mg bis unter 25,5 mg	6-001.9g
25,5 mg bis unter 27,5 mg	6-001.9h
27,5 mg bis unter 29,5 mg	6-001.9j
29,5 mg und mehr	6-001.9k

Busulfan, parenteral (ZE79)	Kode
25 mg bis unter 50 mg*	6-002.d0
50 mg bis unter 75 mg*	6-002.d1
75 mg bis unter 100 mg*	6-002.d2
100 mg bis unter 150 mg*	6-002.d3
150 mg bis unter 200 mg*	6-002.d4
200 mg bis unter 250 mg*	6-002.d5
250 mg bis unter 300 mg*	6-002.d6
300 mg bis unter 350 mg*	6-002.d7
350 mg bis unter 400 mg*	6-002.d8
400 mg bis unter 450 mg*	6-002.d9
450 mg bis unter 500 mg*	6-002.da
500 mg bis unter 600 mg*	6-002.db
600 mg bis unter 700 mg*	6-002.dc
700 mg bis unter 800 mg*	6-002.dd
800 mg bis unter 900 mg*	6-002.de
900 mg bis unter 1.000 mg*	6-002.df
1.000 mg und mehr*	6-002.dg

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

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

Clofarabin, parenteral (ZE 2010-78)	Kode
10 mg bis unter 20 mg*	6-003.j0
20 mg bis unter 30 mg*	6-003.j1
30 mg bis unter 40 mg	6-003.j2
40 mg bis unter 50 mg	6-003.j3
50 mg bis unter 60 mg	6-003.j4
60 mg bis unter 70 mg	6-003.j5
70 mg bis unter 80 mg	6-003.j6
80 mg bis unter 100 mg	6-003.j7
100 mg bis unter 120 mg	6-003.j8
120 mg bis unter 140 mg	6-003.j9
140 mg bis unter 160 mg	6-003.ja
160 mg bis unter 180 mg	6-003.jb
180 mg bis unter 200 mg	6-003.jc
200 mg bis unter 220 mg	6-003.jd
220 mg bis unter 240 mg	6-003.je
240 mg bis unter 260 mg	6-003.jf
260 mg bis unter 280 mg	6-003.jg
280 mg bis unter 320 mg	6-003.jh
320 mg bis unter 360 mg	6-003.jj
360 mg bis unter 440 mg	6-003.jk

Clofarabin, parenteral (ZE 2010-78)	Kode
440 mg bis unter 520 mg	6-003.jm
520 mg bis unter 600 mg	6-003.jn
600 mg bis unter 760 mg	6-003.jp
760 mg bis unter 920 mg	6-003.jq
920 mg bis unter 1.080 mg	6-003.jr
1.080 mg bis unter 1.320 mg	6-003.js
1.320 mg bis unter 1.560 mg	6-003.jt
1.560 mg bis unter 1.800 mg	6-003.ju
1.800 mg und mehr	6-003.jv

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

Cytarabin, liposomal, intrathekal (ZE75)	Kode
25 mg bis unter 50 mg*	6-002.a0
50 mg bis unter 100 mg	6-002.a1
100 mg bis unter 150 mg	6-002.a2
150 mg bis unter 200 mg	6-002.a3
200 mg und mehr	6-002.a4

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

Docetaxel, parenteral (ZE80)	Kode
50 mg bis unter 80 mg	6-002.h0
80 mg bis unter 120 mg	6-002.h1
120 mg bis unter 160 mg	6-002.h2
160 mg bis unter 200 mg	6-002.h3
200 mg bis unter 240 mg	6-002.h4

Docetaxel, parenteral (ZE80)	Kode
240 mg bis unter 280 mg	6-002.h5
280 mg bis unter 320 mg	6-002.h6
320 mg bis unter 360 mg	6-002.h7
360 mg bis unter 400 mg	6-002.h8
400 mg bis unter 440 mg	6-002.h9
440 mg bis unter 480 mg	6-002.ha
480 mg und mehr	6-002.hb

Doxorubicin, liposomal, parenteral (ZE52)	Kode
10 mg bis unter 20 mg*	6-001.b0
20 mg bis unter 30 mg*	6-001.b1
30 mg bis unter 40 mg	6-001.b2
40 mg bis unter 50 mg	6-001.b3
50 mg bis unter 60 mg	6-001.b4
60 mg bis unter 70 mg	6-001.b5
70 mg bis unter 80 mg	6-001.b6
80 mg bis unter 90 mg	6-001.b7
90 mg bis unter 100 mg	6-001.b8
100 mg bis unter 110 mg	6-001.b9
110 mg bis unter 120 mg	6-001.ba
120 mg bis unter 140 mg	6-001.bb
140 mg bis unter 160 mg	6-001.bc
160 mg bis unter 180 mg	6-001.bd
180 mg bis unter 200 mg	6-001.be
200 mg bis unter 220 mg	6-001.bf

8. Anhang

Doxorubicin, liposomal, parenteral (ZE52)	Kode
220 mg bis unter 240 mg	6-001.bg
240 mg bis unter 260 mg	6-001.bh
260 mg bis unter 280 mg	6-001.bj
280 mg bis unter 300 mg	6-001.bk
300 mg bis unter 320 mg	6-001.bm
320 mg und mehr	6-001.bn

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

Doxorubicin, pegyliert, liposomal, parenteral (ZE72)	Kode
10 mg bis unter 20 mg*	6-002.80
20 mg bis unter 30 mg*	6-002.81
30 mg bis unter 40 mg	6-002.82
40 mg bis unter 50 mg	6-002.83
50 mg bis unter 60 mg	6-002.84
60 mg bis unter 70 mg	6-002.85
70 mg bis unter 80 mg	6-002.86
80 mg bis unter 90 mg	6-002.87
90 mg bis unter 100 mg	6-002.88
100 mg bis unter 110 mg	6-002.89
110 mg bis unter 120 mg	6-002.8a
120 mg bis unter 140 mg	6-002.8b
140 mg bis unter 160 mg	6-002.8c
160 mg bis unter 180 mg	6-002.8d
180 mg bis unter 200 mg	6-002.8e

8.1

Doxorubicin, pegyliert, liposomal, parenteral (ZE72)	Kode
200 mg bis unter 220 mg	6-002.8f
220 mg bis unter 240 mg	6-002.8g
240 mg und mehr	6-002.8h

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

Gemcitabin, parenteral (ZE17)	Kode
2,5 g bis unter 4,0 g	6-001.10
4,0 g bis unter 5,5 g	6-001.11
5,5 g bis unter 7,0 g	6-001.12
7,0 g bis unter 8,5 g	6-001.13
8,5 g bis unter 10,0 g	6-001.14
10,0 g bis unter 11,5 g	6-001.15
11,5 g bis unter 13,0 g	6-001.16
13,0 g bis unter 14,5 g	6-001.17
14,5 g und mehr	6-001.18

Imatinib, oral (ZE92)	Kode
800 mg bis unter 1.200 mg*	6-001.g0
1.200 mg bis unter 2.000 mg*	6-001.g1
2.000 mg bis unter 2.800 mg*	6-001.g2
2.800 mg bis unter 4.000 mg	6-001.g3
4.000 mg bis unter 5.200 mg	6-001.g4
5.200 mg bis unter 6.400 mg	6-001.g5
6.400 mg bis unter 7.600 mg	6-001.g6
7.600 mg bis unter 8.800 mg	6-001.g7

8. Anhang

Imatinib, oral (ZE92)	Kode
8.800 mg bis unter 11.200 mg	6-001.g8
11.200 mg bis unter 13.600 mg	6-001.g9
13.600 mg bis unter 16.000 mg	6-001.ga
16.000 mg bis unter 18.400 mg	6-001.gb
18.400 mg bis unter 20.800 mg	6-001.gd
20.800 mg bis unter 23.200 mg	6-001.ge
23.200 mg bis unter 25.600 mg	6-001.gf
25.600 mg bis unter 30.400 mg	6-001.gg
30.400 mg bis unter 35.200 mg	6-001.gh
35.200 mg und mehr	6-001.gj

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

Irinotecan, parenteral (ZE19)	Kode
200 mg bis unter 300 mg	6-001.30
300 mg bis unter 400 mg	6-001.31
400 mg bis unter 500 mg	6-001.32
500 mg bis unter 600 mg	6-001.33
600 mg bis unter 700 mg	6-001.34
700 mg bis unter 800 mg	6-001.35
800 mg bis unter 900 mg	6-001.36
900 mg bis unter 1.000 mg	6-001.37
1.000 mg bis unter 1.100 mg	6-001.38
1.100 mg bis unter 1.200 mg	6-001.39
1.200 mg bis unter 1.300 mg	6-001.3a
1.300 mg bis unter 1.400 mg	6-001.3b

Irinotecan, parenteral (ZE19)	Kode
1.400 mg und mehr	6-001.3c

Lenalidomid, oral (ZE 2010-77)	Kode
25 mg bis unter 50 mg	6-003.g0
50 mg bis unter 75 mg	6-003.g1
75 mg bis unter 100 mg	6-003.g2
100 mg bis unter 125 mg	6-003.g3
125 mg bis unter 150 mg	6-003.g4
150 mg bis unter 175 mg	6-003.g5
175 mg bis unter 200 mg	6-003.g6
200 mg bis unter 225 mg	6-003.g7
225 mg bis unter 250 mg	6-003.g8
250 mg bis unter 275 mg	6-003.g9
275 mg bis unter 300 mg	6-003.ga
300 mg bis unter 325 mg	6-003.gb
325 mg bis unter 350 mg	6-003.gc
350 mg bis unter 400 mg	6-003.gd
400 mg bis unter 450 mg	6-003.ge
450 mg bis unter 500 mg	6-003.gf
500 mg bis unter 600 mg	6-003.gg
600 mg bis unter 700 mg	6-003.gh
700 mg bis unter 800 mg	6-003.gj
800 mg und mehr	6-003.gk

Oxaliplatin, parenteral (ZE91)	Kode
1.400 mg und mehr	6-001.5d

8. Anhang

Nelarabin, parenteral (ZE 2010-79)	Kode
150 mg bis unter 600mg *	6-003.e0
600 mg bis unter 1.050 mg *	6-003.e1
1.050 mg bis unter 1.500 mg *	6-003.e2
1.500 mg bis unter 2.000 mg	6-003.e3
2.000 mg bis unter 2.500 mg	6-003.e4
2.500 mg bis unter 3.000 mg	6-003.e5
3.000 mg bis unter 3.500 mg	6-003.e6
3.500 mg bis unter 4.000 mg	6-003.e7
4.000 mg bis unter 4.500 mg	6-003.e8
4.500 mg bis unter 5.000 mg	6-003.e9
5.000 mg bis unter 6.000 mg	6-003.ea
6.000 mg bis unter 7.000 mg	6-003.eb
7.000 mg bis unter 8.000 mg	6-003.ec
8.000 mg bis unter 9.000 mg	6-003.ed
9.000 mg bis unter 10.000 mg	6-003.ee
10.000 mg bis unter 12.000 mg	6-003.ef
12.000 mg bis unter 14.000 mg	6-003.eg
14.00 mg bis unter 16.000 mg	6-003.eh
16.000 mg bis unter 20.000 mg	6-003.ej
20.000 mg bis unter 24.000 mg	6-003.ek
24.000 mg bis unter 28.000 mg	6-003.em
28.000 mg bis unter 32.000 mg	6-003.en
32.000 mg bis unter 36.000 mg	6-003.ep
36.000 mg und mehr	6-003.eq

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

Paclitaxel, parenteral (ZE63)	Kode
180 mg bis unter 240 mg	6-001.f0
240 mg bis unter 360 mg	6-001.f1
360 mg bis unter 480 mg	6-001.f2
480 mg bis unter 600 mg	6-001.f3
600 mg bis unter 720 mg	6-001.f4
720 mg bis unter 840 mg	6-001.f5
840 mg und mehr	6-001.f6

Pemetrexed, parenteral (ZE53)	Kode
600 mg bis unter 700 mg	6-001.c0
700 mg bis unter 800 mg	6-001.c1
800 mg bis unter 900 mg	6-001.c2
900 mg bis unter 1.000 mg	6-001.c3
1.000 mg bis unter 1.100 mg	6-001.c4
1.100 mg bis unter 1.200 mg	6-001.c5
1.200 mg bis unter 1.400 mg	6-001.c6
1.400 mg bis unter 1.600 mg	6-001.c7
1.600 mg bis unter 1.800 mg	6-001.c8
1.800 mg bis unter 2.000 mg	6-001.c9
2.000 mg bis unter 2.200 mg	6-001.ca
2.200 mg bis unter 2.400 mg	6-001.cb
2.400 mg bis unter 2.600 mg	6-001.cc
2.600 mg bis unter 2.800 mg	6-001.cd
2.800 mg bis unter 3.000 mg	6-001.ce
3.000 mg bis unter 3.300 mg	6-001.cf

8. Anhang

Pemetrexed, parenteral (ZE53)	Kode
3.300 mg bis unter 3.600 mg	6-001.cg
3.600 mg bis unter 3.900 mg	6-001.ch
3.900 mg und mehr	6-001.cj

Sunitinib, oral (ZE 2010-74)	Kode
150 mg bis unter 200 mg	6-003.a0
200 mg bis unter 250 mg	6-003.a1
250 mg bis unter 300 mg	6-003.a2
300 mg bis unter 350 mg	6-003.a3
350 mg bis unter 400 mg	6-003.a4
400 mg bis unter 450 mg	6-003.a5
450 mg bis unter 500 mg	6-003.a6
500 mg bis unter 600 mg	6-003.a7
600 mg bis unter 700 mg	6-003.a8
700 mg bis unter 800 mg	6-003.a9
800 mg bis unter 900 mg	6-003.aa
900 mg bis unter 1.100 mg	6-003.ab
1.100 mg bis unter 1.300 mg	6-003.ac
1.300 mg bis unter 1.500 mg	6-003.ad
1.500 mg und mehr	6-003.ae

Sorafenib, oral (ZE 2010-7)	Kode
2.400 mg bis unter 3.200 mg	6-003.b0
3.200 mg bis unter 4.000 mg	6-003.b1
4.000 mg bis unter 4.800 mg	6-003.b2

Sorafenib, oral (ZE 2010-7)	Kode
4.800 mg bis unter 5.600 mg	6-003.b3
5..600 mg bis unter 6.400 mg	6-003.b4
6.400 mg bis unter 7.200 mg	6-003.b5
7.200 mg bis unter 8.000 mg	6-003.b6
8.000 mg bis unter 9.600 mg	6-003.b7
9.600 mg bis unter 11.200 mg	6-003.b8
11.200 mg bis unter 12.800 mg	6-003.b9
12.800 mg bis unter 14.400 mg	6-003.ba
14.400 mg bis unter 16.000 mg	6-003.bb
16.000 mg bis unter 19.200 mg	6-003.bc
19.200 mg bis unter 22.400 mg	6-003.bd
22.400 mg bis unter 25.600 mg	6-003.be
25.600 mg bis unter 28.800 mg	6-003.bf
28.800 mg bis unter 32.000 mg	6-003.bg
32.000 mg und mehr	6-003.bh

Temsirolimus, parenteral (ZE 2010-76)	Kode
10 mg bis unter 20 mg *	6-004.90
20 mg bis unter 30 mg *	6-004.91
30 mg bis unter 60 mg	6-004.92
60 mg bis unter 90 mg	6-004.93
90 mg bis unter 120 mg	6-004.94
120 mg bis unter 150 mg	6-004.95
150 mg bis unter 180 mg	6-004.96
180 mg bis unter 250 mg	6-004.97

8. Anhang

Temsirolimus, parenteral (ZE 2010-76)	Kode
250 mg bis unter 325 mg	6-004.98
325 mg bis unter 400 mg	6-004.99
400 mg bis unter 475 mg	6-004.9a
475 mg bis unter 550 mg	6-004.9b
550 mg und mehr	6-004.9c

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

Topotecan, parenteral (ZE44)	Kode
2,0 mg bis unter 3,0 mg*	6-002.40
3,0 mg bis unter 4,5 mg*	6-002.41
4,5 mg bis unter 6,0 mg*	6-002.42
6,0 mg bis unter 9,0 mg	6-002.43
9,0 mg bis unter 12,0 mg	6-002.44
12,0 mg bis unter 15,0 mg	6-002.45
15,0 mg bis unter 18,0 mg	6-002.46
18,0 mg bis unter 21,0 mg	6-002.47
21,0 mg bis unter 24,0 mg	6-002.48
24,0 mg bis unter 27,0 mg	6-002.49
27,0 mg bis unter 30,0 mg	6-002.4a
30,0 mg und mehr	6-002.4b

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

Temozolomid, oral (ZE78)	Kode
200 mg bis unter 350 mg*	6-002.e0
350 mg bis unter 500 mg*	6-002.e1

Temozolomid, oral (ZE78)	Kode
500 mg bis unter 750 mg	6-002.e2
750 mg bis unter 1.000 mg	6-002.e3
1.000 mg bis unter 1.250 mg	6-002.e4
1.250 mg bis unter 1.500 mg	6-002.e5
1.500 mg bis unter 1.750 mg	6-002.e6
1.750 mg bis unter 2.000 mg	6-002.e7
2.000 mg bis unter 2.250 mg	6-002.e8
2.250 mg bis unter 2.500 mg	6-002.e9
2.500 mg bis unter 2.750 mg	6-002.ea
2.750 mg bis unter 3.000 mg	6-002.eb
3.000 mg bis unter 3.500 mg	6-002.ec
3.500 mg bis unter 4.000 mg	6-002.ed
4.000 mg bis unter 4.500 mg	6-002.ee
4.500 mg bis unter 5.000 mg	6-002.ef
5.000 mg bis unter 5.500 mg	6-002.eg
5.500 mg bis unter 6.000 mg	6-002.eh
6.000 mg bis unter 7.000 mg	6-002.ej
7.000 mg und mehr	6-002.ek

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

Trabectedin, parenteral (ZE 117)	Kode
0,25 mg bis unter 0,50 mg*	6-004.a0
0,50 mg bis unter 0,75 mg*	6-004.a1
0,75 mg bis unter 1,00 mg*	6-004.a2
1,00 mg bis unter 1,25 mg*	6-004.a3

Trabectedin, parenteral (ZE 117)	Kode
1,25 mg bis unter 1,50 mg	6-004.a4
1,50 mg bis unter 1,75 mg	6-004.a5
1,75 mg bis unter 2,0 mg	6-004.a6
2,0 mg bis unter 2,25 mg	6-004.a7
2,25 mg bis unter 2,50 mg	6-004.a8
2,50 mg bis unter 2,75 mg	6-004.a9
2,75 mg bis unter 3,00 mg	6-004.aa
3,00 mg bis unter 3,25 mg	6-004.ab
3,25 mg bis unter 3,50 mg	6-004.ac
3,50 mg bis unter 4,00 mg	6-004.ad
4,00 mg bis unter 4,50 mg	6-004.ae
4,50 mg bis unter 5,00 mg	6-004.af
5,00 mg bis unter 5,50 mg	6-004.ag
5,50 mg bis unter 6,00 mg	6-004.ah
6,00 mg und mehr	6-004.aj

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

8.1.2 Antikörper

Alemtuzumab, parenteral (ZE13)	Kode
30 mg bis unter 60 mg	6-001.00
60 mg bis unter 90 mg	6-001.01
90 mg bis unter 120 mg	6-001.02
120 mg bis unter 150 mg	6-001.03
150 mg bis unter 180 mg	6-001.04

Alemtuzumab, parenteral (ZE13)	Kode
180 mg bis unter 210 mg	6-001.05
210 mg bis unter 240 mg	6-001.06
240 mg bis unter 270 mg	6-001.07
270 mg bis unter 300 mg	6-001.08
300 mg bis unter 330 mg	6-001.09
330 mg bis unter 390 mg	6-001.0a
390 mg bis unter 450 mg	6-001.0b
450 mg bis unter 510 mg	6-001.0c
510 mg bis unter 570 mg	6-001.0d
570 mg und mehr	6-001.0e

Bevacizumab, parenteral (ZE74)	Kode
150 mg bis unter 250 mg	6-002.90
250 mg bis unter 350 mg	6-002.91
350 mg bis unter 450 mg	6-002.92
450 mg bis unter 550 mg	6-002.93
550 mg bis unter 650 mg	6-002.94
650 mg bis unter 750 mg	6-002.95
750 mg bis unter 850 mg	6-002.96
850 mg bis unter 950 mg	6-002.97
950 mg bis unter 1.150 mg	6-002.98
1.150 mg bis unter 1.350 mg	6-002.99
1.350 mg bis unter 1.550 mg	6-002.9a
1.550 mg bis unter 1.750 mg	6-002.9b
1.750 mg bis unter 1.950 mg	6-002.9c

8. Anhang

Bevacizumab, parenteral (ZE74)	Kode
1.950 mg bis unter 2.350 mg	6-002.9d
2.350 mg bis unter 2.750 mg	6-002.9e
2.750 mg und mehr	6-002.9f

Cetuximab, parenteral (ZE50)	Kode
250 mg bis unter 350 mg	6-001.a0
350 mg bis unter 450 mg	6-001.a1
450 mg bis unter 550 mg	6-001.a2
550 mg bis unter 650 mg	6-001.a3
650 mg bis unter 750 mg	6-001.a4
750 mg bis unter 850 mg	6-001.a5
850 mg bis unter 1.050 mg	6-001.a6
1.050 mg bis unter 1.250 mg	6-001.a7
1.250 mg bis unter 1.450 mg	6-001.a8
1.450 mg bis unter 1.650 mg	6-001.a9
1.650 mg bis unter 1.850 mg	6-001.aa
1.850 mg bis unter 2.150 mg	6-001.ab
2.150 mg bis unter 2.450 mg	6-001.ac
2.450 mg bis unter 2.750 mg	6-001.ad
2.750 mg bis unter 3.050 mg	6-001.ae
3.050 mg bis unter 3.350 mg	6-001.af
3.350 mg und mehr	6-001.ag

8.1

Gemtuzumab Ozogamicin, parenteral (ZE2010-29)	Kode
5 mg bis unter 10 mg	6-001.20
10 mg bis unter 15 mg	6-001.21
15 mg bis unter 20 mg	6-001.22
20 mg bis unter 25 mg	6-001.23
25 mg bis unter 30 mg	6-001.24
30 mg bis unter 35 mg	6-001.25
35 mg bis unter 40 mg	6-001.26
40 mg bis unter 45 mg	6-001.27
45 mg bis unter 50 mg	6-001.28
50 mg und mehr	6-001.29

Infliximab, parenteral (ZE68)	Kode
50 mg bis unter 100 mg*	6-001.e0
100 mg bis unter 150 mg*	6-001.e1
150 mg bis unter 200 mg	6-001.e2
200 mg bis unter 300 mg	6-001.e3
300 mg bis unter 400 mg	6-001.e4
400 mg bis unter 500 mg	6-001.e5
500 mg bis unter 600 mg	6-001.e6
600 mg bis unter 700 mg	6-001.e7
700 mg bis unter 800 mg	6-001.e8
800 mg bis unter 900 mg	6-001.e9
900 mg bis unter 1.000 mg	6-001.ea
1.000 mg bis unter 1.200 mg	6-001.eb
1.200 mg bis unter 1.400 mg	6-001.ec

8. Anhang

Infliximab, parenteral (ZE68)	Kode
1.400 mg bis unter 1.600 mg	6-001.ed
1.600 mg bis unter 1.800 mg	6-001.ee
1.800 mg bis unter 2.000 mg	6-001.ef
2.000 mg und mehr	6-001.eg

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

Palifermin, parenteral (ZE95)	Kode
1,25 mg bis unter 2,5 mg*	6-003.20
2,5 mg bis unter 3,75 mg*	6-003.21
3,75 mg bis unter 5,0 mg*	6-003.22
5,0 mg bis unter 10,0 mg	6-003.23
10,0 mg bis unter 15,0 mg	6-003.24
15,0 mg bis unter 20,0 mg	6-003.25
20,0 mg bis unter 25,0 mg	6-003.26
25,0 mg bis unter 30,0 mg	6-003.27
30,0 mg bis unter 35,0 mg	6-003.28
35,0 mg bis unter 40,0 mg	6-003.29
40,0 mg bis unter 50,0 mg	6-003.2a
50,0 mg und mehr	6-003.2b

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

Panitumumab parenteral (ZE 116)	Kode
180 mg bis unter 300 mg	6-004.70
300 mg bis unter 420 mg	6-004.71

Panitumumab parenteral (ZE 116)	Kode
420 mg bis unter 540 mg	6-004.72
540 mg bis unter 660 mg	6-004.73
660 mg bis unter 780 mg	6-004.74
780 mg bis unter 900 mg	6-004.75
900 mg bis unter 1.020 mg	6-004.76
1.020 mg bis unter 1.260 mg	6-004.77
1.260 mg bis unter 1.500 mg	6-004.78
1.500 mg bis unter 1.740 mg	6-004.79
1.740 mg bis unter 1.980 mg	6-004.7a
1.980 mg bis unter 2.220 mg	6-004.7b
2.220 mg bis unter 2.460 mg	6-004.7c
2.460 mg und mehr	6-004.7d

Rituximab, parenteral (ZE82)	Kode
150 mg bis unter 250 mg	6-001.60
250 mg bis unter 350 mg	6-001.61
350 mg bis unter 450 mg	6-001.62
450 mg bis unter 550 mg	6-001.63
550 mg bis unter 650 mg	6-001.64
650 mg bis unter 750 mg	6-001.65
750 mg bis unter 850 mg	6-001.66
850 mg bis unter 950 mg	6-001.67
950 mg bis unter 1.050 mg	6-001.68
1.050 mg bis unter 1.250 mg	6-001.69
1.250 mg bis unter 1.450 mg	6-001.6a

8. Anhang

Rituximab, parenteral (ZE82)	Kode
1.450 mg bis unter 1.650 mg	6-001.6b
1.650 mg bis unter 1.850 mg	6-001.6c
1.850 mg bis unter 2.050 mg	6-001.6d
2.050 mg bis unter 2.450 mg	6-001.6e
2.450 mg bis unter 2.850 mg	6-001.6f
2.850 mg bis unter 3.250 mg	6-001.6g
3.250 mg bis unter 3.650 mg	6-001.6h
3.650 mg und mehr	6-001.6j

Trastuzumab, parenteral (ZE27)	Kode
100 mg bis unter 150 mg	6-001.70
150 mg bis unter 200 mg	6-001.71
200 mg bis unter 250 mg	6-001.72
250 mg bis unter 300 mg	6-001.73
300 mg bis unter 350 mg	6-001.74
350 mg bis unter 400 mg	6-001.75
400 mg bis unter 450 mg	6-001.76
450 mg bis unter 500 mg	6-001.77
500 mg bis unter 600 mg	6-001.78
600 mg bis unter 700 mg	6-001.79
700 mg bis unter 800 mg	6-001.7a
800 mg bis unter 900 mg	6-001.7b
900 mg bis unter 1.000 mg	6-001.7c
1.000 mg bis unter 1.200 mg	6-001.7d
1.200 mg bis unter 1.400 mg	6-001.7e

8.1

Trastuzumab, parenteral (ZE27)	Kode
1.400 mg bis unter 1.600 mg	6-001.7f
1.600 mg und mehr	6-001.7g

8.1.3 Antimykotika

Amphotericin B, liposomal, parenteral, (Ambisome®, ZE110)	Kode
100 mg bis unter 175 mg*	6-002.q0
175 mg bis unter 250 mg*	6-002.q1
250 mg bis unter 350 mg	6-002.q2
350 mg bis unter 450 mg	6-002.q3
450 mg bis unter 550 mg	6-002.q4
550 mg bis unter 650 mg	6-002.q5
650 mg bis unter 750 mg	6-002.q6
750 mg bis unter 850 mg	6-002.q7
850 mg bis unter 950 mg	6-002.q8
950 mg bis unter 1.150 mg	6-002.q9
1.150 mg bis unter 1.350 mg	6-002.qa
1.350 mg bis unter 1.550 mg	6-002.qb
1.550 mg bis unter 1.750 mg	6-002.qc
1.750 mg bis unter 1.950 mg	6-002.qd
1.950 mg bis unter 2.150 mg	6-002.qe
2.150 mg bis unter 3.150 mg	6-002.qf
3.150 mg bis unter 4.150 mg	6-002.qg
4.150 mg bis unter 5.150 mg	6-002.qh
5.150 mg bis unter 6.150 mg	6-002.qj

Amphotericin B, liposomal, parenteral, (Ambisome®, ZE110)	Kode
6.150 mg bis unter 8.650 mg	6-002.qk
8.650 mg bis unter 11.150 mg	6-002.qm
11.150 mg bis unter 13.650 mg	6-002.qn
13.650 mg bis unter 18.650 mg	6-002.qp
18.650 mg bis unter 23.650 mg	6-002.qq
23.650 mg bis unter 28.650 mg	6-002.qr
28.650 mg bis unter 33.650 mg	6-002.qs
33.650 mg bis unter 38.650 mg	6-002.qt
38.650 mg bis unter 43.650 mg	6-002.qu
43.650 mg und mehr	6-002.qv

*Diese Mengenklassen können nur bei Patienten unter 3 Jahren als Zusatzentgelt abgerechnet werden.

Amphotericin-B-Lipidkomplex, parenteral (Abelcet®, ZE 2010-80)	Kode
200 mg bis unter 400 mg *	6-003.10
400 mg bis unter 600 mg *	6-003.11
600 mg bis unter 800 mg	6-003.12
800 mg bis unter 1.000 mg	6-003.13
1.000 mg bis unter 1.400 mg	6-003.14
1.400 mg bis unter 1.800 mg	6-003.15
1.800 mg bis unter 2.200 mg	6-003.16
2.200 mg bis unter 2.600 mg	6-003.17
2.600 mg bis unter 3.400 mg	6-003.18
3.400 mg bis unter 4.200 mg	6-003.19

Amphotericin-B-Lipidkomplex, parenteral (Abelcet®, ZE 2010-80)	Kode
4.200 mg bis unter 5.000 mg	6-003.1a
5.000 mg bis unter 5.800 mg	6-003.1b
5.800 mg bis unter 7.400 mg	6-003.1c
7.400 mg bis unter 9.000 mg	6-003.1d
9.000 mg bis unter 10.600 mg	6-003.1e
10.600 mg bis unter 12.200 mg	6-003.1f
12.200 mg bis unter 15.400 mg	6-003.1g
15.400 mg bis unter 18.600 mg	6-003.1h
18.600 mg bis unter 21.800 mg	6-003.1j
21.800 mg bis unter 25.000 mg	6-003.1k
25.000 mg bis unter 31.400 mg	6-003.1m
31.400 mg bis unter 37.800 mg	6-003.1n
37.800 mg bis unter 44.200 mg	6-003.1p
44.200 mg bis unter 50.600 mg	6-003.1q
50.600 mg bis unter 57.000 mg	6-003.1r
57.000 mg bis unter 63.400 mg	6-003.1s
63.400 mg und mehr	6-003.1t

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

Anidulafungin (ZE115)	Kode
75 mg bis unter 125 mg*	6-003.k0
125 mg bis unter 200 mg*	6-003.k1
200 mg bis unter 300 mg	6-003.k2
300 mg bis unter 400 mg	6-003.k3

Anidulafungin (ZE115)	Kode
400 mg bis unter 500 mg	6-003.k4
500 mg bis unter 600 mg	6-003.k5
600 mg bis unter 700 mg	6-003.k6
700 mg bis unter 800 mg	6-003.k7
800 mg bis unter 900 mg	6-003.k8
900 mg bis unter 1.000 mg	6-003.k9
1.000 mg bis unter 1.200 mg	6-003.ka
1.200 mg bis unter 1.400 mg	6-003.kb
1.400 mg bis unter 1.600 mg	6-003.kc
1.600 mg bis unter 1.800 mg	6-003.kd
1.800 mg bis unter 2.000 mg	6-003.ke
2.000 mg bis unter 2.400 mg	6-003.kf
2.400 mg bis unter 2.800 mg	6-003.kg
2.800 mg bis unter 3.200 mg	6-003.kh
3.200 mg bis unter 4.000 mg	6-003.kj
4.000 mg bis unter 4.800 mg	6-003.kk
4.800 mg bis unter 5.600 mg	6-003.km
5.600 mg bis unter 6.400 mg	6-003.kn
6.400 mg bis unter 8.000 mg	6-003.kp
8.000 mg bis unter 9.600 mg	6-003.kq
9.600 mg bis unter 11.200 mg	6-003.kr
11.200 mg bis unter 12.800 mg	6-003.ks
12.800 mg und mehr	6-003.kt

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

Caspofungin, parenteral (ZE109)	Kode
35 mg bis unter 65 mg*	6-002.p0
65 mg bis unter 100 mg	6-002.p1
100 mg bis unter 150 mg	6-002.p2
150 mg bis unter 200 mg	6-002.p3
200 mg bis unter 250 mg	6-002.p4
250 mg bis unter 300 mg	6-002.p5
300 mg bis unter 350 mg	6-002.p6
350 mg bis unter 400 mg	6-002.p7
400 mg bis unter 450 mg	6-002.p8
450 mg bis unter 500 mg	6-002.p9
500 mg bis unter 600 mg	6-002.pa
600 mg bis unter 700 mg	6-002.pb
700 mg bis unter 800 mg	6-002.pc
800 mg bis unter 900 mg	6-002.pd
900 mg bis unter 1.000 mg	6-002.pe
1.000 mg bis unter 1.200 mg	6-002.pf
1.200 mg bis unter 1.400 mg	6-002.pg
1.400 mg bis unter 1.600 mg	6-002.ph
1.600 mg bis unter 2.000 mg	6-002.pj
2.000 mg bis unter 2.400 mg	6-002.pk
2.400 mg bis unter 2.800 mg	6-002.pm
2.800 mg bis unter 3.600 mg	6-002.pn
3.600 mg bis unter 4.400 mg	6-002.pp
4.400 mg bis unter 5.200 mg	6-002.pq

8. Anhang

Caspofungin, parenteral (ZE109)	Kode
5.200 mg bis unter 6.000 mg	6-002.pr
6.000 mg bis unter 6.800 mg	6-002.ps
6.800 mg bis unter 7.600 mg	6-002.pt
7.600 mg bis unter 8.400 mg	6-002.pu
8.400 mg und mehr	6-002.pv

*Diese Mengenklasse kann nur bei Patienten unter 5 Jahren als Zusatzentgelt abgerechnet werden.

Itraconazol, parenteral (ZE 113)	Kode
400 mg bis unter 800 mg*	6-002.c0
800 mg bis unter 1.200 mg*	6-002.c1
1.200 mg bis unter 1.600 mg	6-002.c2
1.600 mg bis unter 2.000 mg	6-002.c3
2.000 mg bis unter 2.400 mg	6-002.c4
2.400 mg bis unter 2.800 mg	6-002.c5
2.800 mg bis unter 3.200 mg	6-002.c6
3.200 mg bis unter 3.600 mg	6-002.c7
3.600 mg bis unter 4.000 mg	6-002.c8
4.000 mg bis unter 4.800 mg	6-002.c9
4.800 mg bis unter 5.600 mg	6-002.ca
5.600 mg bis unter 6.400 mg	6-002.cb
6.400 mg bis unter 7.200 mg	6-002.cc
7.200 mg bis unter 8.000 mg	6-002.cd
8.000 mg bis unter 8.800 mg	6-002.ce
8.800 mg bis unter 10.400 mg	6-002.cg

8.1

Itraconazol, parenteral (ZE 113)	Kode
10.400 mg bis unter 12.000 mg	6-002.ch
12.000 mg bis unter 13.600 mg	6-002.cj
13.600 mg bis unter 16.800 mg	6-002.ck
16.800 mg bis unter 20.000 mg	6-002.cm
20.000 mg bis unter 23.200 mg	6-002.cn
23.200 mg und mehr	6-002.cp

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

Posaconazol, oral (ZE 114)	Kode
1.000 mg bis unter 2.000 mg*	6-003.00
2.000 mg bis unter 3.000 mg*	6-003.01
3.000 mg bis unter 4.200 mg	6-003.02
4.200 mg bis unter 5.400 mg	6-003.03
5.400 mg bis unter 6.600 mg	6-003.04
6.600 mg bis unter 7.800 mg	6-003.05
7.800 mg bis unter 9.000 mg	6-003.06
9.000 mg bis unter 11.400 mg	6-003.07
11.400 mg bis unter 13.800 mg	6-003.08
13.800 mg bis unter 16.200 mg	6-003.09
16.200 mg bis unter 18.600 mg	6-003.0a
18.600 mg bis unter 21.000 mg	6-003.0b
21.000 mg bis unter 25.800 mg	6-003.0c
25.800 mg bis unter 30.600 mg	6-003.0d
30.600 mg bis unter 35.400 mg	6-003.0e

8. Anhang

Posaconazol, oral (ZE 114)	Kode
35.400 mg bis unter 40.200 mg	6-003.0g
40.200 mg bis unter 45.000 mg	6-003.0h
45.000 mg bis unter 54.600 mg	6-003.0j
54.600 mg bis unter 64.200 mg	6-003.0k
64.200 mg bis unter 73.800 mg	6-003.0m
73.800 mg bis unter 83.400 mg	6-003.0n
83.400 mg bis unter 93.000 mg	6-003.0p
93.000 mg und mehr	6-003.0q

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

Voriconazol, parenteral (ZE 112)	Kode
0,4 g bis unter 0,6 g*	6-002.r0
0,6 g bis unter 0,8 g*	6-002.r1
0,8 g bis unter 1,2 g	6-002.r2
1,2 g bis unter 1,6 g	6-002.r3
1,6 g bis unter 2,0 g	6-002.r4
2,0 g bis unter 2,4 g	6-002.r5
2,4 g bis unter 3,2 g	6-002.r6
3,2 g bis unter 4,0 g	6-002.r7
4,0 g bis unter 4,8 g	6-002.r8
4,8 g bis unter 5,6 g	6-002.r9
5,6 g bis unter 6,4 g	6-002.ra
6,4 g bis unter 7,2 g	6-002.rb
7,2 g bis unter 8,8 g	6-002.rc

Voriconazol, parenteral (ZE 112)	Kode
8,8 g bis unter 10,4 g	6-002.rd
10,4 g bis unter 12,0 g	6-002.re
12,0 g bis unter 13,6 g	6-002.rf
13,6 g bis unter 16,8 g	6-002.rg
16,8 g bis unter 20,0 g	6-002.rh
20,0 g bis unter 23,2 g	6-002.rj
23,2 g bis unter 26,4 g	6-002.rk
26,4 g bis unter 32,8 g	6-002.rm
32,8 g bis unter 39,2 g	6-002.rn
39,2 g bis unter 45,6 g	6-002.rp
45,6 g bis unter 52,0 g	6-002.rq
52,0 g bis unter 64,8 g	6-002.rr
64,8 g bis unter 77,6 g	6-002.rs
77,6 g bis unter 90,4 g	6-002.rt
90,4 g und mehr	6-002.ru

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

Voriconazol, oral (ZE 111)	Kode
1,00 g bis unter 1,75 g*	6-002.50
1,75 g bis unter 2,50 g*	6-002.51
2,50 g bis unter 3,50 g	6-002.52
3,50 g bis unter 4,50 g	6-002.53
4,50 g bis unter 6,50 g	6-002.54
6,50 g bis unter 8,50 g	6-002.55

Voriconazol, oral (ZE 111)	Kode
8,50 g bis unter 10,50 g	6-002.56
10,50 g bis unter 15,50 g	6-002.57
15,50 g bis unter 20,50 g	6-002.58
20,50 g bis unter 25,50 g	6-002.59
25,50 g bis unter 30,50 g	6-002.5a
30,50 g bis unter 35,50 g	6-002.5c
35,50 g bis unter 40,50 g	6-002.5d
40,50 g bis unter 45,50 g	6-002.5e
45,50 g und mehr	6-002.5f

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

8.1.4 Wachstumsfaktoren

Filgrastim, parenteral (ZE 40)	Kode
70 Mio. IE bis unter 130 Mio. IE*	6-002.10
130 Mio. IE bis unter 190 Mio. IE*	6-002.11
190 Mio. IE bis unter 250 Mio. IE*	6-002.12
250 Mio. IE bis unter 350 Mio. IE	6-002.13
350 Mio. IE bis unter 450 Mio. IE	6-002.14
450 Mio. IE bis unter 550 Mio. IE	6-002.15
550 Mio. IE bis unter 650 Mio. IE	6-002.16
650 Mio. IE bis unter 750 Mio. IE	6-002.17
750 Mio. IE bis unter 850 Mio. IE	6-002.18
850 Mio. IE bis unter 950 Mio. IE	6-002.19
950 Mio. IE bis unter 1.050 Mio. IE	6-002.1a

Filgrastim, parenteral (ZE 40)	Kode
1.050 Mio. IE bis unter 1.250 Mio. IE	6-002.1b
1.250 Mio. IE bis unter 1.450 Mio. IE	6-002.1c
1.450 Mio. IE bis unter 1.650 Mio. IE	6-002.1d
1.650 Mio. IE bis unter 1.850 Mio. IE	6-002.1e
1.850 Mio. IE bis unter 2.050 Mio. IE	6-002.1f
2.050 Mio. IE bis unter 2.250 Mio. IE	6-002.1g
2.250 Mio. IE bis unter 2.450 Mio. IE	6-002.1h
2.450 Mio. IE und mehr	6-002.1j

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

Lenograstim, parenteral (ZE42)	Kode
75 Mio. IE bis unter 150 Mio. IE*	6-002.20
150 Mio. IE bis unter 225 Mio. IE*	6-002.21
225 Mio. IE bis unter 300 Mio. IE*	6-002.22
300 Mio. IE bis unter 400 Mio. IE	6-002.23
400 Mio. IE bis unter 500 Mio. IE	6-002.24
500 Mio. IE bis unter 600 Mio. IE	6-002.25
600 Mio. IE bis unter 800 Mio. IE	6-002.26
800 Mio. IE bis unter 1.000 Mio. IE	6-002.27
1.000 Mio. IE bis unter 1.200 Mio. IE	6-002.28
1.200 Mio. IE bis unter 1.400 Mio. IE	6-002.29
1.400 Mio. IE bis unter 1.600 Mio. IE	6-002.2a
1.600 Mio. IE bis unter 1.800 Mio. IE	6-002.2b
1.800 Mio. IE bis unter 2.000 Mio. IE	6-002.2c

8. Anhang

Lenograstim, parenteral (ZE42)	Kode
2.000 Mio. IE bis unter 2.200 Mio. IE	6-002.2d
2.200 Mio. IE bis unter 2.400 Mio. IE	6-002.2e
2.400 Mio. IE bis unter 2.600 Mio. IE	6-002.2f
2.600 Mio. IE bis unter 2.800 Mio. IE	6-002.2g
2.800 Mio. IE bis unter 3.000 Mio. IE	6-002.2h
3.000 Mio. IE und mehr	6-002.2j

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

Pegfilgrastim, parenteral (ZE71)	Kode
1 mg bis unter 3 mg*	6-002.70
3 mg bis unter 6 mg*	6-002.71
6 mg bis unter 12 mg	6-002.72
12 mg bis unter 18 mg	6-002.73
18 mg bis unter 24 mg	6-002.74
24 mg bis unter 30 mg	6-002.75
30 mg und mehr	6-002.76

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

Sargramostim, parenteral (ZE2010-33)	Kode
2 mg bis unter 3 mg	6-001.40
3 mg bis unter 4 mg	6-001.41
4 mg bis unter 5 mg	6-001.42
5 mg bis unter 6 mg	6-001.43
6 mg bis unter 7 mg	6-001.44

Sargramostim, parenteral (ZE2010-33)	Kode
7 mg bis unter 8 mg	6-001.45
8 mg bis unter 9 mg	6-001.46
9 mg bis unter 10 mg	6-001.47
10 mg bis unter 11 mg	6-001.48
11 mg bis unter 12 mg	6-001.49
12 mg bis unter 13 mg	6-001.4a
13 mg bis unter 14 mg	6-001.4b
14 mg bis unter 15 mg	6-001.4c
15 mg bis unter 16 mg	6-001.4d
16 mg bis unter 17 mg	6-001.4e
17 mg bis unter 18 mg	6-001.4f
18 mg bis unter 19 mg	6-001.4g
19 mg bis unter 20 mg	6-001.4h
20 mg bis unter 22 mg	6-001.4j
22 mg bis unter 24 mg	6-001.4k
24 mg bis unter 26 mg	6-001.4m
26 mg bis unter 28 mg	6-001.4n
28 mg bis unter 30 mg	6-001.4p
30 mg und mehr	6-001.4q

8.1.5 Immunmodulatoren

Aldesleukin, parenteral (ZE48)	Kode
45 Mio.IE bis unter 65 Mio.IE	6-001.80
65 Mio.IE bis unter 85 Mio.IE	6-001.81
85 Mio.IE bis unter 105 Mio.IE	6-001.82
105 Mio.IE bis unter 125 Mio.IE	6-001.83
125 Mio.IE bis unter 145 Mio.IE	6-001.84
145 Mio.IE bis unter 165 Mio.IE	6-001.85
165 Mio.IE bis unter 185 Mio.IE	6-001.86
185 Mio.IE bis unter 205 Mio.IE	6-001.87
205 Mio.IE bis unter 245 Mio.IE	6-001.88
245 Mio.IE bis unter 285 Mio.IE	6-001.89
285 Mio.IE bis unter 325 Mio.IE	6-001.8a
325 Mio.IE bis unter 365 Mio.IE	6-001.8b
365 Mio.IE bis unter 405 Mio.IE	6-001.8c
405 Mio.IE bis unter 445 Mio.IE	6-001.8d
445 Mio.IE bis unter 485 Mio.IE	6-001.8e
485 Mio.IE bis unter 525 Mio.IE	6-001.8f
525 Mio.IE bis unter 565 Mio.IE	6-001.8g
565 Mio.IE bis unter 625 Mio.IE	6-001.8h
625 Mio.IE bis unter 685 Mio.IE	6-001.8j
685 Mio.IE bis unter 745 Mio.IE	6-001.8k
745 Mio.IE bis unter 805 Mio.IE	6-001.8m
805 Mio.IE und mehr	6-001.8n

Anti-Human-T-Lymphozyten- Immunglobulin, parenteral (ZE2010-46)	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 (ZE2010-39)	Kode
100 Mio. IE bis unter 125 Mio. IE	8-812.10
125 Mio. IE bis unter 150 Mio. IE	8-812.11
150 Mio. IE bis unter 175 Mio. IE	8-812.12
175 Mio. IE bis unter 200 Mio. IE	8-812.13
200 Mio. IE bis unter 225 Mio. IE	8-812.14
225 Mio. IE bis unter 250 Mio. IE	8-812.15
250 Mio. IE bis unter 275 Mio. IE	8-812.16
275 Mio. IE bis unter 300 Mio. IE	8-812.17
300 Mio. IE bis unter 350 Mio. IE	8-812.18
350 Mio. IE bis unter 400 Mio. IE	8-812.19
400 Mio. IE bis unter 450 Mio. IE	8-812.1a
450 Mio. IE bis unter 500 Mio. IE	8-812.1b
500 Mio. IE bis unter 600 Mio. IE	8-812.1c
600 Mio. IE bis unter 700 Mio. IE	8-812.1d
700 Mio. IE bis unter 800 Mio. IE	8-812.1e
800 Mio. IE bis unter 900 Mio. IE	8-812.1f
900 Mio. IE bis unter 1.000 Mio. IE	8-812.1g
1.000 Mio. IE bis unter 1.100 Mio. IE	8-812.1h

Interferon alfa-2a (nicht pegylierte Form, parenteral (ZE2010-39))	Kode
1.100 Mio. IE bis unter 1.200 Mio. IE	8-812.1j
1.200 Mio. IE bis unter 1.300 Mio. IE	8-812.1k
1.300 Mio. IE bis unter 1.400 Mio. IE	8-812.1m
1.400 Mio. IE und mehr	8-812.1n

Interferon alfa-2b (nicht pegylierte Form, parenteral (ZE2010-60))	Kode
75 Mio. IE bis unter 100 Mio. IE	8-812.20
100 Mio. IE bis unter 125 Mio. IE	8-812.21
125 Mio. IE bis unter 150 Mio. IE	8-812.22
150 Mio. IE bis unter 175 Mio. IE	8-812.23
175 Mio. IE bis unter 200 Mio. IE	8-812.24
200 Mio. IE bis unter 225 Mio. IE	8-812.25
225 Mio. IE bis unter 250 Mio. IE	8-812.26
250 Mio. IE bis unter 275 Mio. IE	8-812.27
275 Mio. IE bis unter 300 Mio. IE	8-812.28
300 Mio. IE bis unter 350 Mio. IE	8-812.29
350 Mio. IE bis unter 400 Mio. IE	8-812.2a
400 Mio. IE bis unter 450 Mio. IE	8-812.2b
450 Mio. IE bis unter 500 Mio. IE	8-812.2c
500 Mio. IE bis unter 600 Mio. IE	8-812.2d
600 Mio. IE bis unter 700 Mio. IE	8-812.2e
700 Mio. IE bis unter 800 Mio. IE	8-812.2f
800 Mio. IE bis unter 900 Mio. IE	8-812.2g

Interferon alfa-2b (nicht pegylierte Form, parenteral (ZE2010-60))	Kode
900 Mio. IE bis unter 1.000 Mio. IE	8-812.2h
1.000 Mio. IE bis unter 1.100 Mio. IE	8-812.2j
1.100 Mio. IE bis unter 1.200 Mio. IE	8-812.2k
1.200 Mio. IE bis unter 1.300 Mio. IE	8-812.2m
1.300 Mio. IE bis unter 1.400 Mio. IE	8-812.2n
1.400 Mio. IE und mehr	8-812.2o

8.2 Blut und Blutprodukte

Erythrozytenkonzentrat (ZE 107) Hinweis: Definitionen und Regeln siehe Kapitel 6.2.1	Kode
6 TE bis unter 11 TE*	8-800.c1
11 TE bis unter 16 TE	8-800.c2
16 TE bis unter 24 TE	8-800.c3
24 TE bis unter 32 TE	8-800.c4
32 TE bis unter 40 TE	8-800.c5
40 TE bis unter 48 TE	8-800.c6
48 TE bis unter 56 TE	8-800.c7
56 TE bis unter 64 TE	8-800.c8
64 TE bis unter 72 TE	8-800.c9
72 TE bis unter 80 TE	8-800.ca
80 TE bis unter 88 TE	8-800.cb
88 TE bis unter 104 TE	8-800.cc
104 TE bis unter 120 TE	8-800.cd
120 TE bis unter 136 TE	8-800.ce
136 TE bis unter 152 TE	8-800.cf

Erythrozytenkonzentrat (ZE 107) Hinweis: Definitionen und Regeln siehe Kapitel 6.2.1	Kode
152 TE bis unter 168 TE	8-800.cg
168 TE bis unter 184 TE	8-800.ch
184 TE bis unter 200 TE	8-800.cj
200 TE bis unter 216 TE	8-800.ck
216 TE bis unter 232 TE	8-800.cm
232 TE bis unter 248 TE	8-800.cn
248 TE bis unter 264 TE	8-800.cp
264 TE bis unter 280 TE	8-800.cq
280 TE und mehr	8-800.cr

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

Thrombozytenkonzentrat (ZE94)	Kode
2*	8-800.b1
3*	8-800.b2
4 bis unter 6	8-800.b3
6 bis unter 8	8-800.b4
8 bis unter 10	8-800.b5
10 bis unter 12	8-800.b6
12 bis unter 14	8-800.b7
14 bis unter 16	8-800.b8
16 bis unter 18	8-800.b9
18 bis unter 20	8-800.ba
20 bis unter 22	8-800.bb
22 bis unter 24	8-800.bc

Thrombozytenkonzentrat (ZE94)	Kode
24 bis unter 28	8-800.bd
28 bis unter 32	8-800.be
32 bis unter 36	8-800.bf
32 bis unter 40	8-800.bg
40 bis unter 44	8-800.bh
44 bis unter 48	8-800.bj
48 bis unter 56	8-800.bk
56 bis unter 64	8-800.bm
64 bis unter 72	8-800.bn
72 bis unter 80	8-800.bp
80 bis unter 88	8-800.bq
88 bis unter 96	8-800.br
96 bis unter 104	8-800.bs
104 bis unter 112	8-800.bt
112 bis unter 120	8-800.bu
120 bis unter 128	8-800.bv
128 und mehr	8-800.bw

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

Patientenbezogenes Thrombozytenkonzentrat (ZE108)	Kode
1	8-800.60
2	8-800.61
3 bis unter 5	8-800.62
5 bis unter 7	8-800.63
7 bis unter 9	8-800.64

8. Anhang

Patientenbezogenes Thrombozytenkonzentrat (ZE108)	Kode
9 bis unter 11	8-800.65
11 bis unter 13	8-800.66
13 bis unter 15	8-800.67
15 bis unter 17	8-800.68
17 bis unter 19	8-800.69
19 bis unter 23	8-800.6a
23 bis unter 27	8-800.6b
27 bis unter 31	8-800.6c
31 bis unter 35	8-800.6d
35 bis unter 39	8-800.6e
39 bis unter 43	8-800.6g
43 bis unter 47	8-800.6h
47 bis unter 51	8-800.6j
51 bis unter 55	8-800.6k
55 bis unter 59	8-800.6m
59 bis unter 63	8-800.6n
63 bis unter 67	8-800.6p
67 bis unter 71	8-800.6q
71 und mehr	8-800.6r

Apherese-Thrombozytenkonzentrat (ZE84)	Kode
1*	8-800.9v
2	8-800.90
3	8-800.91
4	8-800.92

Apherese-Thrombozytenkonzentrat (ZE84)	Kode
5	8-800.93
6 bis unter 8	8-800.94
8 bis unter 10	8-800.95
10 bis unter 12	8-800.96
12 bis unter 14	8-800.97
14 bis unter 16	8-800.98
16 bis unter 18	8-800.99
18 bis unter 20	8-800.9a
20 bis unter 24	8-800.9b
24 bis unter 28	8-800.9c
28 bis unter 32	8-800.9d
32 bis unter 36	8-800.9e
36 bis unter 40	8-800.9f
40 bis unter 46	8-800.9g
46 bis unter 52	8-800.9h
52 bis unter 58	8-800.9j
58 bis unter 64	8-800.9k
64 bis unter 70	8-800.9m
70 bis unter 78	8-800.9n
78 bis unter 86	8-800.9p
86 bis unter 94	8-800.9q
94 bis unter 102	8-800.9r
102 bis unter 110	8-800.9s
110 bis unter 118	8-800.9t
118 und mehr	8-800.9u

8. Anhang

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

Antithrombin III (ZE47)	Kode
2.000 IE bis unter 3.500 IE*	8-810.g1
3.500 IE bis unter 5.000 IE*	8-810.g2
5.000 IE bis unter 7.000 IE*	8-810.g3
7.000 IE bis unter 10.000 IE	8-810.g4
10.000 IE bis unter 15.000 IE	8-810.g5
15.000 IE bis unter 20.000 IE	8-810.g6
20.000 IE bis unter 25.000 IE	8-810.g7
25.000 IE bis unter 30.000 IE	8-810.g8
30.000 IE bis unter 40.000 IE	8-810.ga
40.000 IE bis unter 50.000 IE	8-810.gb
50.000 IE bis unter 60.000 IE	8-810.gc
60.000 IE bis unter 70.000 IE	8-810.gd
70.000 IE bis unter 90.000 IE	8-810.ge
90.000 IE bis unter 110.000 IE	8-810.gf
110.000 IE bis unter 130.000 IE	8-810.gg
130.000 IE bis unter 150.000 IE	8-810.gh
150.000 IE und mehr	8-810.gj

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

Prothrombinkomplex (ZE30)	Kode
3.500 IE bis unter 4.500 IE	8-810.f4
4.500 IE bis unter 5.500 IE	8-810.f5
5.500 IE bis unter 6.500 IE	8-810.f6

Prothrombinkomplex (ZE30)	Kode
6.500 IE bis unter 7.500 IE	8-810.f7
7.500 IE bis unter 8.500 IE	8-810.f8
8.500 IE bis unter 9.500 IE	8-810.f9
9.500 IE bis unter 10.500 IE	8-810.fa
10.500 IE bis unter 15.500 IE	8-810.fb
15.500 IE bis unter 20.500 IE	8-810.fc
20.500 IE bis unter 25.500 IE	8-810.fd
25.500 IE bis unter 30.500 IE	8-810.fe
30.500 IE und mehr	8-810.ff

Granulozytenkonzentrate (ZE2010-34)	Kode
1	8-802.60
2	8-802.61
3 bis unter 5	8-802.62
5 bis unter 7	8-802.63
7 bis unter 9	8-802.64
9 bis unter 11	8-802.65
11 bis unter 13	8-802.66
13 bis unter 15	8-802.67
15 bis unter 17	8-802.68
17 bis unter 19	8-802.69
19 bis unter 21	8-802.6a
21 und mehr	8-802.6b

8. Anhang

Human-Immunglobuline, spezifisch gegen Zytomegalie-Virus (CMV) (ZE64)	Kode
1,0 g bis unter 2,0 g*	8-810.s0
2,0 g bis unter 3,0 g*	8-810.s1
3,0 g bis unter 5,0 g*	8-810.s2
5,0 g bis unter 7,5 g	8-810.s3
7,5 g bis unter 10,0 g	8-810.s4
10,0 g bis unter 12,5 g	8-810.s5
12,5 g bis unter 15,0 g	8-810.s6
15,0 g bis unter 20,0 g	8-810.s7
20,0 g bis unter 25,0 g	8-810.s8
25,0 g bis unter 30,0 g	8-810.s9
30,0 g bis unter 35,0 g	8-810.sa
35,0 g bis unter 40,0 g	8-810.sb
40,0 g bis unter 45,0 g	8-810.sc
45,0 g bis unter 50,0 g	8-810.sd
50,0 g und mehr	8-810.se

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

Human-Immunglobuline, polyvalent (ZE93)	Kode
2,5 g bis unter 5 g*	8-810.w0
5 g bis unter 10 g*	8-810.w1
10 g bis unter 15 g	8-810.w2
15 g bis unter 25 g	8-810.w3
25 g bis unter 35 g	8-810.w4
35 g bis unter 45 g	8-810.w5

Human-Immunglobuline, polyvalent (ZE93)	Kode
45 g bis unter 55 g	8-810.w6
55 g bis unter 65 g	8-810.w7
65 g bis unter 75 g	8-810.w8
75 g bis unter 85 g	8-810.w9
85 g bis unter 105 g	8-810.wa
105 g bis unter 125 g	8-810.wb
125 g bis unter 145 g	8-810.wc
145 g bis unter 165 g	8-810.wd
165 g bis unter 185 g	8-810.we
185 g bis unter 205 g	8-810.wf
205 g bis unter 225 g	8-810.wg
225 g bis unter 245 g	8-810.wh
245 g bis unter 285 g	8-810.wj
285 g bis unter 325 g	8-810.wk
325 g bis unter 365 g	8-810.wm
365 g bis unter 445 g	8-810.wn
445 g bis unter 525 g	8-810.wp
525 g bis unter 605 g	8-810.wq
605 g bis unter 685 g	8-810.wr
685 g bis unter 765 g	8-810.ws
765 g bis unter 845 g	8-810.wt
845 g und mehr	8-810.wu

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

Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Varicella-Zoster-Virus (VZV) (ZE67)	Kode
250 IE bis unter 500 IE*	8-810.t0
500 IE bis unter 750 IE*	8-810.t1
750 IE bis unter 1.000 IE*	8-810.t2
1.000 IE bis unter 1.500 IE	8-810.t3
1.500 IE bis unter 2.000 IE	8-810.t4
2.000 IE bis unter 2.500 IE	8-810.t5
2.500 IE bis unter 3.000 IE	8-810.t6
3.000 IE bis unter 3.500 IE	8-810.t7
3.500 IE bis unter 4.000 IE	8-810.t8
4.000 IE bis unter 5.000 IE	8-810.t9
5.000 IE bis unter 6.000 IE	8-810.ta
6.000 IE bis unter 7.000 IE	8-810.tb
7.000 IE bis unter 8.000 IE	8-810.tc
8.000 IE und mehr	8-810.td

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

8.2
-
8.4

Human- Immunglobulin, spezifisch gegen Hepatitis-B-surface-Antigen, parenteral (ZE51)	Kode
2.000 IE bis unter unter 4.000 IE	8-010.q0
4.000 IE bis unter unter 6.000 IE	8-010.q1
6.000 IE bis unter unter 8.000 IE	8-010.q2
8.000 IE bis unter unter 10.000 IE	8-010.q3
10.000 IE bis unter unter 12.000 IE	8-010.q4
12.000 IE bis unter unter 14.000 IE	8-010.q5

Human- Immunglobulin, spezifisch gegen Hepatitis-B-surface-Antigen, parenteral (ZE51)	Kode
14.000 IE bis unter unter 16.000 IE	8-010.q6
16.000 IE bis unter unter 18.000 IE	8-010.q7
18.000 IE bis unter unter 20.000 IE	8-010.q8
20.000 IE bis unter unter 22.000 IE	8-010.q9
22.000 IE bis unter unter 24.000 IE	8-010.qa
24.000 IE bis unter unter 28.000 IE	8-010.qb
28.000 IE bis unter unter 32.000 IE	8-010.qc
32.000 IE bis unter unter 36.000 IE	8-010.qd
36.000 IE bis unter unter 40.000 IE	8-010.qe
40.000 IE bis unter unter 46.000 IE	8-010.qf
46.000 IE bis unter unter 52.000 IE	8-010.qg
52.000 IE bis unter unter 58.000 IE	8-010.qh
58.000 IE bis unter unter 64.000 IE	8-010.qj
64.000 IE und mehr	8-010.qk

Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren (ZE 2010-27)	Kode
KH-individuelles Zusatzentgelt	-

8.3 Radioimmuntherapeutika

(ZE2010-70)	Kode
90Y-Ibritumomab-Tiuxetan, parenteral	6-003.6

DOTATOC (ZE2010-71)	Kode
Radiorezeptorthherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga	8-530.60

SIRT (ZE2010-65)	Kode
Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie (SIRT) mit Yttrium-90-markierten Mikrosphären	8-530.45
Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie (SIRT) mit Rhenium-188-markierten Mikrosphären	8-530.48

8.4 Sonstige

Gabe von Hämin, parenteral (ZE 2010-69)	Kode
100 mg bis unter 200 mg *	6-004.10
200 mg bis unter 400 mg	6-004.11
400 mg bis unter 600 mg	6-004.12
600 mg bis unter 800 mg	6-004.13
800 mg bis unter 1.000 mg	6-004.14
1.000 mg bis unter 1.400 mg	6-004.15
1.400 mg bis unter 1.800 mg	6-004.16
1.800 mg bis unter 2.200 mg	6-004.17
2.200 mg bis unter 2.600 mg	6-004.18
2.600 mg und mehr	6-004.19

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

8.4 Hämatologisch und onkologisch wichtige NUB

Die Tabelle enthält die NUBs, die 2009 den Status 1 erhalten haben und die NUBs, die von der DGHO als Antrag empfohlen wurden. Die Liste der 2010 mit dem Status 1 versehenen NUBs wird vom InEK Ende Januar/Anfang Februar 2010 veröffentlicht. Die Tabelle enthält weiterhin einige Medikamente, die verschlüsselt werden können, ohne dass sie ZE oder NUB sind.

Wirkstoff	Kode OPS 2010	2009 mit Status 1	2009 als Antrag für 2010 empfohlen
Arsentrioxid, parenteral	6-005.5	x	x
Azacytidin	6-005.0	x	x
Catumaxomab*	6-005.1	x	x
Dasatinib, oral	6004.3	x	x
Decitabine, parenteral*	6004.4	x	
Denileukin Diftitiox, parenteral	6-005.6	x	
Eculizumab, parenteral	6-003.h	x	x
Elthrombopag	n.n.d		x
Everolimus	n.n.d		x
Gefitinib	n.n.d		x
Ixabepilon*	n.n.d		
Micafungin	6-004.5	x	x
Mifamurtid	n.n.d		x
Nilotinib	6-004.6	x	x
Nab-Paclitaxel	n.n.d		x

Wirkstoff	Kode OPS 2010	2009 mit Status 1	2009 als Antrag für 2010 empfohlen
Romiplastim	n.n.d		x
Pazopanib	n.n.d		x
Plerixafor	n.n.d		x
Temozolamid i.v.	n.n.d		x
Vorinostat	n.n.d		x
Manipulierte DLI	8-802.41		x
Mesenchymale Stammzellen	8-663.0		x
Molekulares Monitoring der Resttumorlast (MRD)	1-991.0 1-991.1	x	x
EGFR-Mutationsanalyse	1-992		x

n.n.d. = noch nicht definiert. Für diese Verfahren wurde im OPS-301 2009 Katalog noch kein Prozedurencode festgelegt. Wir empfehlen zur Dokumentation hausindividuelle Dummy-OPS zu definieren. Vorschläge hierzu siehe www.dgho.de.

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

Index

A

- ABO-Kompatibilität 145
 Adnexe 71
 Agranulozytose 89, 90
 akute GvHD 149
 akuter Schmerz 42
 Alemtuzumab 170
 Alkoholinjektion 141
 ALL 55, 125, 126, 127
 Allogen 146
 AML 121, 123, 125
 Amphotericin B 177, 178
 Analkarzinom 68, 124
 Anämie 82
 - aplastische 83
 - arzneimittelinduzierte 83
 - autoimmunhämolytische 86
 - Blutungs- 84
 - Eisenmangel 84
 - Evans-Syndrom 86
 - Fanconi 85
 - Folsäure-Mangel 84
 - paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie 86
 - renale 83
 - Sichelzell 85
 - sideroachrestische 87
 - Tumor 83
 - Vitamin-B12-Mangel 84
 Anämie, refraktär 62
 Angiosarkom 77
 Anidulafungin 179
 Anti-Human-T-Lymphozyten 127
 Antibiotikaprophylaxe 108
 Antikörper 118, 127, 170
 - Alemtuzumab 170
 - Bevacizumab 171
 - Catumaxomab 205
 - Cetuximab 172
 - Eculizumab 205
 - Gemtuzumab Ozogamicin 173
 - Infliximab 173
 - Palifermin 174
 - Panitumumab 127, 174
 - radioaktiv markierte 127
 - Rituximab 127, 175
 - Trastuzumab 176
 Antimykotika 177
 - Amphotericin B 177, 178
 - Anidulafungin 179
 - Caspofungin parenteral 181
 - Itraconazol 182
 - Micafungin 205
 - Posaconazol 183
 - Voriconazol oral 185
 - Voriconazol parenteral 184
 Antiphospholipidsyndrom 96
 Antithrombin III 96, 198
 Arsentrioxid 205
 Arteriographie 139
 Aspergillose 102
 Aszites 35, 40
 Augen 75
 autonomes Nervensystem 78
 Azacytidin 205

B

- B-ALL 125
 Bakteriämie 99
 bakterielle Infektion 98
 Basis-DRG 50
 Basisassessment 132
 Bestrahlung 128
 Beurlaubung 26

9. Index

- Bevacizumab 171
Bindegewebe 77
Biopsie
- Haut 135
- Lymphknoten 136
- Mamma 136
Blut und Blutprodukte
- Erythrozytenkonzentrat 193
- Thrombozytenkonzentrat 194
Bluter 203
Blutkultur 101
Bluttransfusionen 128
Blutung 91
- Angiodysplasie 93
- Gastritis 93
- gastrointestinale 93
- Mallory-Weiss-Syndrom 93
- Ösophagusvarizen 93
- Ulcus duodeni 94
- Ulcus ventriculi 94
BNPNAS 78
Bortezomib 155
Bronchialkarzinom 69, 121
Brustdrüse 81
Budd-Chiari Syndrom 95
Busulfan 156
- C**
- Candida 103
Candida-Sepsis 103
Candidämie 103
Carmustin-Implantat 157
Caspofungin 181
Catumaxomab 205
Cetuximab 172
Chemotherapie 25, 27, 117
arteriell 120
hochgradig komplexe 125
intraperitoneal 126
intra-thekal 118, 120
intrazerebral 120
mittelgradig komplexe 122
nicht komplex 120
Chlamydien 99
Chondrosarkom 77
chronischer Schmerz 42
chronische GvHD 149, 151
chronische myeloische
Leukämie 61
chronische myelomonozytäre
Leukämie 62
CLL 53, 54, 55, 58
Clofarabin 157
CMV-Duodenitis, -ileitis,
-kolitis 105
CMV-Gastritis 105
CMV-Infektion 105
CUP 37, 79
Cytarabin 158
- D**
- Dasatinib 205
Decitabine 205
Dendritische Zellen 131
Denileukin Diftitiox 205
Diagnostik Leukämie 133
Dickdarm 67
DIMDI 15
Divertikulitis 93
Divertikulose 93
Docetaxel 158
DOTATOC 204
Doxorubicin 159
Dünndarm 67
- E**
- EBV 56
Eculizumab 205
EGFR-Mutationsanalyse 206

Eigenanamnese 38
 Einzelspenderkonzentrat 129
 Elthrombopag 205
 Embolisation 139
 Erythrozytendepletion 143, 144
 Evans-Syndrom 86
 Everolimus 205
 Ewingsarkom 77
 Ex-vivo-Zellkultursystem 135
 Extremitätenperfusion 141

F

Fallpauschalenverordnung 50
 Fibrosarkom 77
 Fieber unklarer Ursache 98
 Filgrastim 186

G

Gallenblase 68, 69
 Gallenwege 68, 69
 gastrointestinale
 Tumore 121, 124
 Gastrointestinaltrakt 66
 Gefitinib 205
 Gehirn 79, 80
 Gemcitabin 161
 Gemtuzumab 173
 Genmutationsanalyse 134
 GIST 77
 Gliome 78, 122
 Graft-versus-Host-Disease 149
 Granulozytenkonzentrate 199

H

Haemophilus influenzae 99
 Hämin 204
 hämolytisch-urämisches
 Syndrom 84, 86, 88

Hämoptoe 115
 haploident 146, 147
 Harnblase 72, 73, 80
 Harnwegsinfekte 30
 Hauptdiagnose 32, 35, 50
 Haut 75, 80
 Hemmkörperhämophilie 96
 heparin-induzierte
 Thrombozytopenie 88
 Hepatitis 105
 Herz 69, 70, 81
 Hirninfarkt 96
 Histozytom 77
 Histozytose 62, 63
 HLA 133
 HLA-Identität 146
 HNO 64
 HNO-Tumore 121, 123
 Hoden 73
 Hodentumor 122, 124
 Hodgkin 124
 Human-Immunglobuline 200
 Hyperkalzämie 113, 114
 Hypersplenismus 88
 Hyperthermie 126, 138, 139
 Hyperviskosität 114

I

Ibritumomab-Tiuxetan 204
 ICD-10-GM 28
 Imatinib 161
 Immunkompromittierung 154
 Immunmodulatoren 141, 190
 - (SIRT) 204
 - Aldesleukin 190
 - Anti-Human-T-Lymphozyten-
 Immunglobulin 191
 - Interferon alfa-2a 191
 - Interferon alfa-2b 192
 Immunsuppression 97

Immuntrombozytopenie
(ITP, M. Werlhof) 88
In-vitro-Aufbereitung 143, 146
InEK 15
infektiologisches Monitoring 97
Infektionen 97
Infliximab 173
Irinotecan 162
Isoliereinheit 107
Isolierung 99, 106
Itraconazol 182
Ixabepilon 205

K

Kaposi 78
Knochen 76
Knochen(mark)herde bei malignen Lymphomen 57
Knochenfraktur 57, 81
Knochenmarkentnahme 143
Knochenmarkpunktion 134
Knochenmark Biopsie 133
Kodierrichtlinie 32
Kolonkarzinom 67
Komplexbehandlung
- bei MRE 106
- palliativ-medizinisch 132
Komplikationen 36, 50
Konditionierungsprotokolle 126
Kopfschmerz 36, 40
Kreuz-Stern-System 29
Kryptokokkose 104
Kyphoplastie 136

L

Langerhans-Zellen 62
Larynx 65
Leber 68

Leberzellkarzinom 68
Leiomyosarkom 77
Lenalidomid 163
Lenograstim 187
Leukämie
- akut, lymphatisch 59
- akut, myeloisch 59
- Basophilenleukämie 59
- Chlorom 60
- Mastzellenleukämie 59, 62
- Promyelozytenleukämie 59
- refraktär 58, 61, 64
Leukostase 114, 145
Leukozyten nach ex-vivo-Kultur 131
Liposarkom 77
Lungenarterienembolie 94, 95
Lupus Antikoagulans 96
Lymphangiosis carcinomatosa 45
Lymphknotenmetastasen 80
Lymphom 43, 53, 81, 121
- anaplastischer Subtyp 55
- Burkitt-Lymphom 55
- diffus großzelliges B-NHL 54
- folliculäres NHL =
Keimzentrum NHL 54
- hochmalignes 55
- immunoblastischer Subtyp 55
- Immunozytom 54
- Knochenbefall 81
- kutanes T-Zelllymphom 55
- lymphoblastisches NHL 55
- M. Hodgkin 53
- Malt-Lymphom 54
- Mantelzelllymphom 54
- Marginalzonenlymphom 54
- Meningeosis lymphomatosa 57
- mukosaassoziiertes Lymphom 57
- Mykosis fungoides 55, 57

- Non-Hodgkin-Lymphom 53
- Sezary-Syndrom 55
- T-Zelllymphom 55

M

- M. Moschkowitz 84, 86, 88
- M. Waldenström 54
- Magen 66, 67
- Magenkarzinom 123
- maligner peripherer neuroektodermaler Tumor (MPNET und PNET) 78
- Mammakarzinom 70, 122, 124
- Manipulierte DLI 206
- Mastozytose 62
- Mastzellen 62
- MDS 61, 121
- Melanom 75, 122, 124
- Meningitis 103
- mesenchymale Stammzellen 147, 206
- Mesenterialvenenthrombose 95
- Mesenterium 78
- Mesotheliom 77
- Metallspiralen 139
- Metastase 64
 - Dickdarm 67, 80
 - Dünndarm 67, 80
 - Gallengänge 80
 - Harnblase 72
 - Haut 75
 - Hirn 79
 - Knochen 76
 - Leber 68, 80
 - Lunge 69, 80
 - Mediastinum 80
 - Meningeosis carcinomatosa 79
 - Nebenniere 74
 - Niere 72

- Ovarial 72
- Perikard 70
- Peritoneum 80
- Pleura 70
- retroperitoneal 72, 80
- Metastasenkode
 - bei Leukämie 81
- Metastase als Hauptdiagnose 37
- Metastasen als Nebendiagnose 38
- Micafungin 205
- Mifamurtid 205
- Molekulares Monitoring der Resttumorlast (MRD) 206
- MPNET 78
- MRD 134
- MRSA 105
- MRSE 105
- Mukormykose 104
- multiple endokrine Neoplasie 74
- Mund 64, 65
- Myelodysplasie 62
- Myelofibrose 59
- Myelom
 - multiples 55, 57, 126; siehe auch *Plasmozytom*
- myeloproliferative Erkrankungen 61
- Mykoplasmen 98
- Mykose 98

N

- Nab-Paclitaxel 205
- nachstationär 23
- Nase 65
- Nebendiagnose 32, 36, 38, 50
- Nebenhoden 74
- Nebenniere 74, 81

9. Index

Nebenschilddrüse 74
Neurofibrosarkom 78
Neutropenie 90, 99
NHL 123, 125
Niere 72, 80
Niereninsuffizienz 57
Nilotinib 205
NK-Zellen 131
Notfälle 111, 113
NSCLC 121, 123
NUB 21

O

OPS 27, 97, 102, 106, 107
Organdysfunktion 101
Ösophagitis 103, 105
Ösophaguskarzinom 124
Osteolyse 57, 81
Osteomyelofibrose 62
Osteoporose 57, 81
Osteosarkom 77, 122
Ovar 71, 72, 81
Ovarialkarzinom 122, 124
Oxaliplatin 163
Ozogamicin 173

P

Paclitaxel 165
Palifermin 174
Palliativmedizin 131
Panitumumab 127, 174
Pankreas 68, 69, 74
Pankreaskarzinom 121, 124
Paraneoplasie 111
Paravasat 116
Partikel
- medikamentenbeladen 140
Pazopanib 206
Pegfilgrastim 188

Pemetrexed 165
Penis 73
Perikard 81
periphere Nerven 78
perkutan-transluminale
Gefäßintervention 140
perkutane Therapie 141
Pfortaderthrombose 95
Pharynx 64, 65
Phlebitis 95
Photopherese 142, 148
Plasmazellleukämie 55
Plasmozytom 121, 123;
siehe auch *Myelom*
Plerixafor 206
Pleura 69, 70, 77, 80
Pleuraerguss 43, 80
Pleurahöhle 120
Pleuramesotheliom 123
Pleurodese 43
PNET
- maligner peripherer neuro-
ektodermaler Tumor 78
Pneumonie 108
Pneumonie bei Mykosen 102
Polycythämia vera 61
Posaconazol 183
Positivanreicherung 143, 144
postthrombotisches Syndrom 96
Posttransplant lymphopro-
liferative disorder 56
Primärkode 29
Primärtumor 37
Prolymphozytenleukämie 54
Prophylaxe 108
Prostata 73
Prostatakarzinom 122
Protein C 96
Protein S 96
Prothrombinkomplex 198
Prozedur

- nicht durchgeführt 47
- PTLD 56
- Punktion
 - Aszites 137
 - endosonografische FNP 137
 - Leber 137
 - lumbal, Liquor 137
 - Perikard 137
 - Pleura 137
 - Schilddrüse 137

R

- Radiofrequenzablation 141
- Radioimmuntherapeutika 204
- Rasburicase 111
- Remissionsstatus 57, 60, 63
- Restaging 38
- Retinitis 104, 105
- Retroperitoneum 78
- Rezidiv 44
- Rhabdomyosarkom 77
- Rituximab 175
- Romiplastim 206

S

- Sargramostim 188
- Sarkom 76, 122, 124
- Schilddrüse 74
- Schmerz 41
- Schmerzsyndrom 113
- Schmerztherapie 131
- Schwannom 78
- Sekundärkode 29
- Sepsis 100, 101, 102
- septischer Schock 101
- Sinusvenenthrombose 96
- SIRS 100, 101, 102
- SIRT 141, 204
- Speicheldrüsen 65

- Staging 36
- Stammzellboost 148
- Stammzellenspender 144
- Stammzellgewinnung 143
- Stammzelltransplan-
tation 126, 145
- Staphylokokkeninfektion 99
- Stomatitis 103
- Strahlentherapie 37
- Streptokokkeninfektion 99
- Supportivmedikamente 118
- Symptom 34, 35, 40, 49, 50
- Synovialsarkom 77
- Szintigraphie 141

T

- T-Zellen 131
- T- und B-Zell-Depletion 143
- TACE 140
- teilstationär 21, 23
- Temozolamid i.v. 206
- Temozolomid 168
- Thalassämie 85
- Thrombophilie 94, 95, 96
- Thrombophlebitis 95
- Thrombophlebitis migrans 95
- Thrombose 94, 95, 96
- Thrombozytenkon-
zentrat 129, 194
 - Apherese 129, 196
 - gepoolt 129
 - patientenbezogen 129
- Thrombozythämie 61
- Thrombozytopathie 88
- Thrombozytopenie 87, 88
- Thymom 124
- Thymus 69, 70
- Topotecan 168
- Trachea 65
- Transfusion 82, 128

9. Index

- Donor-Lymphozyten 130
- Erythrozyten 128
- Granulozyten 130
- Leukozyten 130
- Thrombozyten 129
- transfusionsrefraktär 88, 89
- Transplantat-Versagen 149
- Transplantation 104
 - allogene 122
- Trastuzumab 176
- TTP 84
- Tuben 71
- Tumorlyse 109
- Tumorschmerz 41
- Tyrosinkinaseinhibitoren 155

U

- Ureter 72
- Urethra 73
- Urothelkarzinom 124
- Uterus 71

V

- Vagina 71
- Veno-occlusive Disease 154
- Verbrauchskoagulopathie 93
- Verbringung 27
- Verdachtsdiagnose 40, 48
- Verlegung 25, 48, 49
- Vertebroplastie 137
- Virus-Nukleinsäurebestimmung 97
- Virusinfektion 98
 - vollstationär 23, 24
- Voriconazol 184
- Vorinostat 206
 - vorstationär 23
- Vulva 71

W

- Wachstumsfaktoren 186
 - Filgrastim 186
 - Lenograstim 187
 - Pegfilgrastim 188
 - Sargramostim 188
- Weichteilsarkom 48, 77
- Wiederaufnahmeregelung 50
- Wirbelkörperkompression 57, 81

Z

- Zellapherese 145
- ZNS 81
- ZNS-Lymphom 121, 123, 125
- Zusatzentgelt 15, 23
- ZVK-Wechsel 97
- Zytokine 127
- Zytostatika 155
 - Bortezomib 155
 - Busulfan 156
 - Clofarabin 157
 - Cytarabin 158
 - Docetaxel 158
 - Doxorubicin 159, 160
 - Gemcitabin 161
 - Imatinib 161
 - Irinotecan 162
 - oral 118
 - Oxaliplatin 163
 - Paclitaxel 165
 - Pemetrexed 165
 - Temozolomid 168
 - Topotecan 168