Kodierleitfaden

Hämatologie, Onkologie, & Stammzelltransplantation

DGHO
DAG-KBT

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 und Stammzelltransplantation

Kodierleitfaden Hämatologie, Onkologie und Stammzelltransplantation –
Ein Leitfaden für die klinische Praxis

Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO)

und

Arbeitsgemeinschaft für Knochenmark – und Blutstammzelltransplantation (DAG-KBT)

5. aktualisierte Auflage 2009
Münster, Schüling Verlag, 2009,
ISBN 978-3-86523-123-9

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

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

Frau Dr. A. Haas, MBA
GKV-Spitzenverband
Abteilung Krankenhäuser
Mittelstr. 51
10117 Berlin
Antje.Haas@gkv-spitzenverband.de

Herr Prof.Dr. S. Krause
Medizinische Klinik 5
Uniklinik Erlangen
Krankenhausstr. 12,
91054 Erlangen
stefan.krause@uk-erlangen.de

Herr Dr. M. Krych
Medizinischen Klinik III
Universität
München Großhadern
Marchioninistraße 15
81377 München
m.krych@med.uni-muenchen.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 Prof. Dr. H. Ostermann
Medizinische Klinik III der
Universität
München Großhadern
Marchioninistraße 15
81377 München
Helmut.ostermann@med.uni-muenchen.de

Herr Dr. M. Thalheimer
Abteilung Innere V -
Medizinische
Klinik der Universität
Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 410
69120 Heidelberg
Markus.Thalheimer@med.uni-heidelberg.

Für die DRG- Reseach-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@smc.uni-muenster.de

Wir danken für die Mitarbeit:
Frau S. Abele
Poliklinik für Kieferorthopädie
LMU München
Goethestr. 72
80333 München
sandra.abele@med.uni-muenchen.de

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

Vorschläge für Änderungen, Erweiterungen oder Kritik bitte an:

Cornelie.Haag@uniklinikum-dresden.de

Inhalt

1. Zusammenfassung der Neuerungen 2009 11

2. Fallpauschalensystem 2009 14

2.1 Das G-DRG-System 2009 14
2.1.1 G-DRG 2009 Onkologische Aspekte 15
2.1.2 Teilstationäre Leistungen 19
2.2 Weiterentwicklung des Systems 19
2.3 Fallpauschalenkatalog 2009 20
2.3.1 Eingruppierung 21
2.3.2 Splittkriterien 21
2.3.3 Zusatzentgelte 22
2.3.4 Begriffsbestimmungen 22

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 33

4. Spezielle Kodierrichtlinien Onkologie 34

4.1 Auswahl und Reihenfolge der Kodes 34
4.2 Metastase als Hauptdiagnose 36
4.3 CUP-Syndrom 36
4.4 Metastasen als Nebendiagnosen 37
4.5 Spezialfälle 37
4.5.1 Malignom in der Eigenanamnese, Restaging 37
4.5.2 Symptombehandlung 39
4.5.3 Behandlung eines Rezidivs 44

4.5.4 Fehlender Malignomnachweis 44
4.5.5 Mehrere Malignome gleichzeitig 44
4.5.6 Lymphangiosis carcinomatosa 45
4.5.7 Wachstum per continuitatem 45
4.5.8 Ungenau bezeichnete Lokalisationen 46
4.6 Die geplante Behandlung kann nicht durchgeführt werden 46
4.7 Verdachtsdiagnosen 48
4.8 Komplikationen 50
4.8.1 Reihenfolge der Kodes für Komplikationen und Malignome 50
4.8.2 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 Leukämie 59
5.2.1 Klassifikation 59
5.2.2 Remissionsstatus 60
5.2.3 Refraktäre Erkrankungen 61
5.3 Myeloproliferative Erkrankungen, MDS und Histiozytosen 62
5.3.1 Klassifikation 62
5.3.2 Remissionsstatus 64
5.3.3 Refraktäre Erkrankungen 64
5.4 Neubildung solider Organe 65
5.4.1 Tumoren aus dem HNO Bereich 65
5.4.2 Gastrointestinaltrakt 66
5.4.3 Hepatobiläres System und Pankreas 69
5.4.4 Lunge/Mediastinum/Pleura - Tumoren 70
5.4.5 Gynäkologische Tumoren 71
5.4.6 Urogenitale Tumoren 73
5.4.7 Endokrine Organe 74

5.4.8 Tumore der Haut 75
5.4.9 Augentumoren 76
5.4.10 Sarkome 76
5.4.11 Kaposi- Sarkome 79
5.4.12 Bösartige Neubildung des Gehirns 79
5.4.13 CUP - Syndrom 80
5.5 Metastasen einschließlich Lymphknotenmetastasen 81
5.6 Zytopenien 83
5.6.1 Anämien 83
5.6.2 Thrombozytopenie 79
5.6.3 Neutropenie und Agranulozytose 91
5.7 Hämostaseologie 93
5.7.1 Blutungen und Blutungsneigungen 93
5.7.2 Thrombosen und Thrombophilie 96
5.8 Infektionen 99
5.8.1 Infekt-Diagnostik 99
5.8.2 Fieber unklarer Ursache (FuO) 100
5.8.3 FuO bei Neutropenie mit Erregernachweis 101
5.8.4 Sepsis 102
5.8.5 Aspergillus 105
5.8.6 Candida-Infektionen 106
5.8.7 Weitere Pilzinfektionen 107
5.8.8 CMV-Infektion 107
5.8.9 Resistente Keime und MRSA 108
5.8.10 Im Krankenhaus erworbene Pneumonie 111
5.8.11 Antibiotikaprophylaxe 112
5.9 Tumorlyse-Syndrom 113
5.10 Paraneoplasien, Notfälle und Paravasat 115
5.10.1 Paraneoplasie 115
5.10.2 Onkologische Notfälle 118
5.10.3 Paravasat 120

6. Prozeduren 121

6.1 Zytostatische Chemotherapie 121
6.1.1 Nicht komplexe Chemotherapie (ein- oder mehrtägig) 122

6.1.2 Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie 125
6.1.3 Hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie 127
6.1.4 Konditionierungsprotokolle 129
6.2 Therapie mit Antikörpern oder Zytokinen 130
6.3 Transfusionen 130
6.3.1 Transfusion von Erythrozyten 131
6.3.2 Transfusion von Thrombozyten 131
6.3.3 Transfusion von Leukozyten Transfusion von Granulozyten 133
6.4 Schmerztherapie und Palliativmedizin 134
6.4.1 Schmerztherapie 134
6.4.2 Palliativmedizin 135
6.5 Diagnostik und Arbeitstechniken 136
6.5.1 Spezifische Diagnostik bei hämatologisch – onkologischen Erkrankungen 136
6.5.2 allgemeine diagnostische und therapeutische Prozeduren 138
6.5.3 Hyperthermie 140
6.5.4 Radiologische Prozeduren bei Tumorpatienten 142
6.5.5 Sonstige Techniken 144

7. Knochenmark-Transplantation und PBSZT 145

7.1 Stammzellgewinnung 145
7.1.1 Knochenmarkentnahme beim Patienten (Eigenspende) 145
7.1.2 Periphere Stammzellentnahme beim Patienten (Eigenspende) 146
7.1.3 Knochenmarkentnahme bei einem Spender (verwandt oder nicht-verwandt) 146
7.1.4 Periphere Stammzellentnahme bei einem Spender (verwandt u. nicht-verwandt) 147
7.1.5 Entnahme von Lymphozyten 147
7.2 Stammzelltransplantation 148
7.2.1 Allgemeine Hinweise zur Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen 148

7.2.2 Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark 149
7.2.3 Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen 150
7.2.4 Stammzellboost nach erfolgter Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen 151
7.3 Komplikationen nach KMT / SZT 152
7.3.1 Graft-versus-Host-Disease (GvHD) 152
7.3.2 Immunkompromittierung nach Transplantation 158

8. Anhang 158

8.1 Zusatzentgeltfähige Medikamente 159
8.1.1 Zytostatika 159
8.1.2 Antikörper 167
8.1.3 Antimykotika 172
8.1.4 Wachstumsfaktoren 177
8.1.5 Immunmodulatoren 180
8.2 Blut und Blutprodukte 183
8.3 Sonstiges 192
8.4 Hämatologisch und Onkologisch relevante NUBs 192

9. Index 194

Vorwort

Der jetzt in der fünften 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 2009 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 2009" 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 Kodiertätigkeit zu sein, gerecht wird.

Helmut Ostermann

1. Zusammenfassung der Neuerungen 2009

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 2009 kurz zusammengefasst. Die ausführliche Beschreibung erfolgt dann in jedem Kapitel.

Änderungen der Allgemeinen Kodierregeln

Neben redaktionellen Überarbeitungen und Vereinfachungen haben sich keine wesentlichen Veränderungen im Bereich der allgemeinen Kodierregeln für Krankheiten für die Onkologie ergeben.

Änderungen der Speziellen Kodierregeln

Kapitel 2 (Neubildungen):
Streichung der DKR 0207a und somit Klarstellung bezüglich der Verwendung von C97!
Überarbeitung der DKR 0215h Lymphom:
In der Anweisung für die Verschlüsselung einer Knochenbeteiligung bei malignen Lymphomen wurde der Hinweis für die Verwendung der C79.5 (Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes Knochen(mark)herde bei malignen Lymphomen) dahingehend ergänzt, das hiermit nur die mit C81–C88 klassifizierbaren Lymphome gemeint sind, nicht das Multiple Myelom (C90) und die Leukämien (ab C91).

Veränderungen des OPS Version 2009

- Auflösung des erweiterten Kataloges mit Übernahme von Kodes in den amtlichen OPS
- Differenzierung des Kodes für die diagnostische Tracheobronchoskopie (1-620.0 ff)

- Einführung eines Kodes für das multidimensionale palliativmedizinische Screening und Minimal-Assessment (1-773)
- Einführung eines Kodes für das standardisierte palliativmedizinische Basisassessment (1-774)
- Differenzierung der in-vitro-Aufbereitung von Stammzellen (5-410.21 – 22)
- Neue Unterteilung der Kodes für Thrombozytenkonzentrate (8-800.b-), damit komplette Neuordnung der TK-Gabe, die nicht mehr nach Anzahl gepoolter TE, sondern nach Gesamtzahl Thrombozyten eingeteilt wird.
- neue Unterteilung der Kodes für kleine Mengen polyvalenten Human-Immungloblins (8-810.w ff)
- Änderung der Dosisklassen bei Oxaliplatin (6-001.5ff)
- Änderung der Dosisklassen bei Imatinib (6-001.g ff)
- Neue Dosisklassen bei Palifermin (6-003.2 ff)
- Weitere neue Kodes für Medikamente
- Neue Kodes für therapeutische Spülung der Pleurahöhle (8-173.1 ff)
- Erweiterung der Beispielliste für Chemotherapie (8-544.0)
- Neuer Kode für intrathorakale hypertherme Chemotherapie (8-546.1)
- Unterteilung von verschiedenen Kodes zur Schmerztherapie (8-914 ff; 8-916 bis 8-918 ff)
- Neue Kodes für teilstationäre Schmerztherapie (8-91c ff)

<u>Veränderungen der ICD-10-GM Version 2009</u>

- Ergänzung der Hinweise für den Kode C97! Bösartige Neubildung als Primärtumor an

verschiedenen Lokalisationen
- Einführung von 5. Stellen bei Kodes für bösartige und gutartige Neubildungen des Knochens und des Gelenkknorpels an Rippen, Sternum und Klavikula (C41.3 und D16.7)
- Streichung der 5. Stelle bei dem Kode D69.3 (idiopathische thrombozytopenische Purpura)
- Einführung eines neuen Kodes für Tumorlysesyndrom (E88.3)

Fallpauschalensystem 2009
- Verschiebung der DRG A61Z in den bewerteten Bereich
- Graft-versus-host-Krankheit Grad III und IV neues Splittkriterium für die Basis-DRG A04 KMT, allogen
- Reduktion der gruppierungsrelevanten Schwelle intensivmedizinischer Aufwandpunkte bei der DRG R36Z auf 829, gleichzeitig deutliche Migrationen aus und in diese DRG (Vorsicht bei Vergleichen mit 2008!)
- hochkomplexe Chemotherapie wird neues Splittkriterium der Basis-DRG R61 Lymphom und nicht akute Leukämie
- Reduktion der Differenzierung der Basis-DRG R61 von 8 auf 7 abrechenbare DRGs
- Neudefinition der Knochenaffektionen bei der Basis-DRG R61: Erweiterung auf die DRGs R61F bis H, Hinzunahme der pathologischen Frakturen.
- Erweiterung der Differenzierung der Basis-DRG R63 Andere akute Leukämie von 7 auf 8 abrechenbare DRGs (Aufteilung der alten DRG R63H in R63H und R63I)

2. Fallpauschalensystem 2009

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 (z.B. Zusatzentgelte oder Neue Untersuchungs- und Behandlungsverfahren für verschiedene onkologische Medikamente) vergütet.

2.1 Das G-DRG-System 2009

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 2009 besteht aus:

Fallpauschalenveinbarung (FPV) 2009 mit den Abrechnungsbestimmungen und den Anlagen (Fallpauschalenkataloge für Haupt- und Belegabteilungen; teilstatio-

näre DRGs; nicht bewertete, krankenhausindividuell zu verhandelnde voll- und teilstationäre DRGs; bewertete Zusatzentgelte; nicht bewertete, krankenhausindividuell zu verhandelnde Zusatzentgelte)
Kodierrichtlinien 2009 mit Regelungen zur Anwendung der medizinischen Klassifikationen ICD-10-GM und OPS Version 2009.
Definitionshandbücher mit Auflistungen der gruppierungsrelevanten Parameter.
Zertifizierte Grouper-Programme zur automatisierten Ermittlung der Fallpauschalen aus den Fall-Datensätzen

2.1.1 G-DRG 2009 Onkologische Aspekte

Neben den Veränderungen im Bereich der ICD-10-GM und des OPS haben sich verschiedene Veränderungen auf Ebene der DRG und der Zusatzentgelte für die onkologischen Aspekte ergeben. Diese Veränderungen führen offenkundig häufig zu einer schlechteren Bewertung der onkologischen Fallpauschalen, die z.T. durch eine verbesserte Erlösstruktur im Bereich der Zusatzentgelte ausgeglichen werden kann. Dies muss allerdings krankenhausindividuell analysiert werden. Keinesfalls kann davon ausgegangen werden, dass die Verbesserungen des G-DRG-Systems 2009 auch immer zu einer Erlös-Verbesserung führen. Insbesondere die Aufnahme der DRG A61Z (Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen mit einer Bewertungsrelation von 1,194 Punkten) aus dem Bereich der krankenhausindividuellen Erlösverhandlung in die Liste der bewerteten DRG kann zu signifikanten Veränderungen der Erlössituation onkologischer Abteilungen führen.

Im Bereich der Basis-DRG A04 (Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogen) ist nun die

schwere akute GVHD (Grad III und IV) gruppierungsrelevant. Die A04A ist aufgewertet worden, während die anderen abrechenbaren DRG der A04 deutlich abgewertet wurden. Die Auswirkungen für ein Krankenhaus sind somit davon abhängig, wie häufig die GVHD auftritt und kann nicht allgemein gültig beurteilt werden.
Auch in den Basis - DRGs R60 bis 63 gibt es einige Verschiebungen:
Die Einstiegsschwelle für die intensivmedizinische Komplexbehandlung der DRG R36Z wurde von 1105 auf 829 Punkte gesenkt. Diese geringere Einstiegsschwelle bedeutet eine Aufwertung dieser Fälle. Auswirkungen haben auch die Veränderung der CCL-Matrix und einige geänderte Splitkriterien. Den Tabellen können die Überleitungen für den Bereich der R60, R61 und R63 entnommen werden. Wie schon bei der A04 erwähnt, ist die Bedeutung für das einzelne Krankenhaus abhängig von der Anzahl der Fälle, die in eine höher oder niedriger bewertete DRG migrieren.

DRG 2008	BR 2008	DRG 2009	BR 2009	Differenz
R60A	10,505	R36Z R60A	13,157 10,777	2,652 0,272
R60B	5,875	R16Z R36Z R60B	7,027 13,157 6,037	1,152 7,282 0,162
R60C	4,432	R36Z R60C R60E	13,157 4,824 1,963	8,725 0,392 -2,469
R60D	2,092	R60C R60D R60E R60F R60G	4,824 2,106 1,963 0,974 0,884	2,732 0,014 -0,129 -1,118 -1,208
R60E	2,094	R36Z	13,157	11,063

DRG 2008	BR 2008	DRG 2009	BR 2009	Differenz
R60E	2,094	R60E R60G	1,963 0,884	-0,131 -1,21
R60F	1,02	R60D R60E R60F	2,106 1,963 0,974	1,086 0,943 -0,046
R60G	0,97	R60D R60E R60G	2,106 1,963 0,884	1,136 0,993 -0,086

DRG 2008	BR 2008	DRG 2009	BR 2009	Differenz
R61A	3,164	R36Z R61A	13,157 3,603	9,993 0,439
R61B	2,835	R01C R11A R11B R36Z R61A R61B R61C R61D R61E	2,393 2,453 1,380 13,157 3,603 2,269 2,773 1,474 1,215	-0,442 -0,382 -1,455 10,322 0,768 -0,566 -0,062 -1,361 -1,620
R61C	2,392	R61A R61C	3,603 2,773	1,211 0,381
R61D	2,003	R07B R11B R61A R61D R61E R61G R61H	1,041 1,380 3,603 1,474 1,215 0,750 0,683	-0,962 -0,623 1,600 -0,529 -0,788 -1,253 -1,320
R61E	1,634	R36Z R61A R61B R61D	13,157 3,603 2,269 1,474	11,523 1,969 0,635 -0,160

DRG 2008	BR 2008	DRG 2009	BR 2009	Differenz
R61E	1,634	R61E R61F R61G R61H	1,215 1,148 0,750 0,683	-0,419 -0,486 -0,884 -0,951
R61F	1,153	R61A R61B R61D R61E	3,603 2,269 1,474 1,215	2,450 1,116 0,321 0,062
R61G	1,195	R61D R61F	1,474 1,148	0,279 -0,047
R61H	0,764	R36Z R61A R61D R61G R61H	13,157 3,603 1,474 0,750 0,683	12,393 2,839 0,710 -0,014 -0,081
R61I	0,706	R61A R61D R61G R61H	3,603 1,474 0,750 0,683	2,897 0,768 0,044 -0,023

DRG 2008	BR 2008	DRG 2009	BR 2009	Differenz
R63A	8,568	R36Z R63A	13,157 10,368	4,589 1,800
R63B	6,514	R16Z R63B	7,027 5,467	0,513 -1,047
R63C	5,000	R16Z R36Z R63B R63C	7,027 13,157 5,467 3,236	2,027 8,157 0,467 -1,764
R63D	3,053	R63D	2,812	-0,241
R63E	2,560	R63D R63G R63H	2,812 1,356 0,995	-0,241 -1,697 -2,058

DRG 2008	BR 2008	DRG 2009	BR 2009	Differenz
R63F	1,844	R63E R63G	2,041 1,356	0,197 -0,488
R63G	1,613	R36Z R63F	13,157 1,671	11,544 0,058
R63H	1,126	R11C R63A R63D R63E R63F R63G R63H R63I	0,999 10,368 2,812 2,041 1,671 1,356 0,995 0,914	-0,127 9,242 1,686 0,915 0,545 0,230 -0,131 -0,212

2.1.2 Teilstationäre Leistungen

Teilstationäre Leistungen der Onkologie sind nach wie vor nicht als DRG definiert. Gründe hierfür liegen wie in 2008 in einer mangelnden Pauschalierbarkeit auf Basis des vorhandenen Datenmaterials. Hinzuweisen ist auf die Einführung eines neuen Kodes für die teilstationäre Schmerztherapie.

2.2 Weiterentwicklung des Systems

Für die Anpassung des Fallpauschalensystems werden auf Basis einer Stichprobe von 218 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 2009 beruhen also auf Kostendaten aus dem Jahr 2007, z.T. ergänzt durch spezifische Nacherhebungen für spezielle Leistungsbereiche.
Aktuelle medizinische Entwicklungen, die nach dem Jahr 2007 eingeführt wurden, werden damit in den DRG 2009 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 2009

Der Fallpauschalenkatalog ist in 23 organsystem-bezogene Hauptdiagnosegruppen (Major Diagnostic Category, MDC), eine Sondergruppe für besonders aufwändige Leistungen und eine Fehlergruppe eingeteilt. Der Fallpauschalenkatalog 2009 umfasst 1.192 DRGs für Hauptabteilungen, davon sind 1.146 bundeseinheitlich bewertet, die unbewerteten DRGs müssen bezüglich der Vergütungshöhe krankenhausindividuell verhandelt werden. Damit umfasst der Katalog 55 Fallpauschalen mehr als im Vorjahr.

DRG	Partition	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung
R36Z	O	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 828 Aufwandspunkte bei hämatologischen und soliden Neubildungen	13,157
R60A	M	Akute myeloische Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie	10,777

DRG	Partition	Bezeichnung	Bewertungsrel. bei Hauptabt.
R60B	M	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation	6,037
R60C	M	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne	4,824

Auszug aus dem Fallpauschalenkatalog 2009

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 2009 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 2009 insbesondere auf die veränderte Definition der Thrombozytenkonzentrate und die neu definierten Zusatzentgelte mit onkologischer Relevanz wie z.B. Palifermin (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 medizinischen Argumenten sein. Dabei gilt, dass der Anspruch auf eine vollstationäre Behandlung nur dann möglich ist, wenn „das Behandlungsziel nicht durch

eine teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann" (§ 39 Satz 2 SGB V).
Es liegt im Interesse des Krankenhauses, die medizinische Grundlage für die stationäre Behandlungsindikation gut zu dokumentieren. Ausgehen sollte man dabei vom Behandlungsplan, mit dem die Entscheidung zum Verbleib des Patienten zu Beginn der Behandlung vom Krankenhausarzt getroffen wird. Die G-AEP Kriterien (www.mds-ev.org/media/pdf/G-AEP-Kriterien1.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 Stamzelltransplantation und es wird die Fallpauschale A04D abgerechnet (Bewertungsrelation 19,466 Punkte = ca. 51.000 €).
Nach 30 Tagen Aufenthalt wird der Patient in ein externes Krankenhaus zur weiteren Betreuung verlegt. Die mittlere Verweildauer beträgt bei der Fallpauschale
36 Tage. Es werden ca. 8.200 € abgezogen (6 Tage x 0,520 Punkte = 3,120 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 2009 vor, wenn ein Patient mit Zustimmung des behandelnden Krankenhausarztes die Krankenhausbehandlung zeitlich befristet unterbricht, die stationäre Behandlung jedoch noch nicht abgeschlossen ist. Bei Fortsetzung der Krankenhausbehandlung nach einer Beurlaubung liegt keine Wiederaufnahme im Sinne von § 2 FPV vor. Vollständige Tage der Beurlaubung sind gesondert in der Rechnung auszuweisen und werden nicht zur Berechnung der Verweildauer herangezogen.
Die Entscheidung, wann von einer Entlassung und wann von einer Beurlaubung gesprochen werden soll, ist nicht trivial und von den individuellen Umständen abhängig zu machen. Wir empfehlen, dass Pausen, die durch äußere Umstände bedingt sind (z.B. kalendarische Pause, wichtige Feierlichkeiten etc.) als Beurlaubung zu handhaben. Behandlungspausen, die im Therapieprotokoll vorgesehen sind, sollten als abgeschlossener Behandlungsabschnitt gesehen werden und zu einer Entlassung führen.

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

In den offiziellen Klarstellungen zur FPV 2009 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 2009 ist die vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegebene „German Modification" (GM) der Version 2009 maßgebend. ICD-10-Kodes sind alphanumerische Kodes mit drei bis fünf Stellen, die vollständig (endständig) verwendet werden müssen.

Jeder Diagnosekode besteht aus drei Teilen.
Beispiel: Kode für 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 Kontaktanlässe zum Gesundheitswesen zusammen, die keinem der anderen Kapitel zugeordnet werden können (z.B. Nachsorge oder Verdachtsfälle). Im abschließenden „U"-Kapitel sind Kodes für besondere Zwecke (z.B. SARS, Funktionseinschränkungen, HIV-Kategorien, Antibiotikaresistenzen) aufgeführt.
Nach dem führenden Buchstaben für das Kapitel folgt

eine zweistellige Zahl, die die Diagnosegruppe repräsentiert (z. B. „C50.-" für Mammakarzinom). Nach einem Punkt wird der Kode durch eine Ziffer spezifiziert (z.B. C50.2 für 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 Kodes 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 Kode für die Ätiologie enthalten sind. Hierzu existiert das Kreuz-Stern-System der ICD-10.
Dabei wird zuerst die Ätiologie (= Primärkode mit Kreuz †), dann die Manifestation (= Sekundärkode mit Stern *) kodiert. Als Kreuzkode kann jeder medizinisch plausible ICD-10-Kode ohne Stern (*)- oder Ausrufezeichen (!) verwendet werden. Stern- und Ausrufezeichen-Kodes dürfen nicht ohne korrespondierenden Kode 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 Harnweginfektes (N39.0) der Erreger durch einen Ausrufezeichen-Kode mit angegeben werden (z. B. B96.2! für E. coli). Weitere wichtige Beispiele für Ausrufezeichen-Kodes 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 2009 herausgegeben. Die OPS-Kodes bestehen aus drei Teilen:

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

Kapitel	Krankheitsgruppe	Spezifikation
5-	410.	00

Die führende Ziffer ordnet den Kode in eines von sechs Kapiteln für Diagnostik, Bildgebung, Operationen, Medikamente, nicht operative therapeutische Maßnahmen oder ergänzende Maßnahmen ein. Nach einem Bindestrich folgt eine dreistellige Zahl, die die Art der Maßnahme (z.B. Entnahme von Stammzellen aus dem Knochenmark: 410) angibt. Nach einem Punkt wird der Kode ggf. durch eine oder zwei Ziffern (oder Buchstaben) spezifiziert. In diesem Fall entspricht die Spezifizierung der Angabe, ob es sich um Entnahme zur Eigen- oder allogenen Spende handelt. Genau wie bei der Diagnosenkodierung ist auch bei der OPS-Kodierung jeweils der spezifischste endständige Kode zu verwenden.
Seit dem Jahr 2005 müssen die OPS-Kodes, falls medizinisch sinnvoll, durch Angabe der Seitenlokalisation (L = links; R = rechts und B = beidseits) ergänzt werden. Dies wird im offiziellen systematischen Verzeichnis durch ein Symbol (Doppelpfeil) gekennzeichnet.
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 Verschlüsselung zu ermöglichen. Die deutschen Ko-

dierrichtlinien 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 und hinsichtlich ihres Umfangs erheblich reduziert.
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 D003d „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 zwei 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.
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 für 2009 nur 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 wesentlichen Neuerungen für 2009:

Die Knochen(mark)infiltration ist nur noch bei den Hodgkin- und Non-Hodgkin-Lymphomen (ICD-10-GM-Kodes 81-88) kodierbar, damit nicht mehr bei Multiplem Myelom oder chronischen Leukämien. Beim Myelom stehen zahlreiche andere Kodes für eine Knochenbeteiligung (Osteolysen, pathologische Frakturen, Wirbelsinterungen, Osteoporose) zur Verfügung.

Klarstellung im ICD-10-GM, wann C97! verwendet werden darf (neu: auch wenn die einzelnen Primärtumoren nur durch eine einzige Schlüsselnummer kodiert werden). Daher erfolgt die Streichung der entsprechenden Kodierregel 0207a.

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 Operationen, Chemotherapien, Strahlentherapien, Port-Anla-

ge, 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 mit 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 Chemotherapie 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 eines 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. Einzige 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:
Wird eine systemische Chemo- oder Strahlentherapie durchgeführt, ist die Metastase (bei mehreren diejenige mit dem höchsten Ressourcenverbrauch) die Hauptdiagnose und das CUP (C80) die Nebendiagnose [0201f]. Gleiches gilt bei lokaler Behandlung einer oder mehrerer Metastasen.
Wird ein Patient ausschließlich zur (erfolglosen) Suche des Primärtumors stationär aufgenommen, ist das CUP (C80) 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).

4.4 Metastasen als Nebendiagnosen

Wichtig ist die Kodierung der Metastasen (siehe dazu 5.5 Fernmetatasen) 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 Kodes 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 Kodes 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 wird.

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

HD:	*Z08.-*	*Nachutersuchung 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 Kolon-Karzinoms, 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 zu-rückliegender Mamma-Ca-Behandlung (OP, Bestrah-lung, 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*

4.5.2 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 Ovarial-Ca

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. [D003d] Beispiel: Fieber, Husten und Luftnot werden nicht kodiert, wenn eine Lungenentzündung kodiert wird.
Stellt ein Symptom ein eigenständiges und wichtiges Problem dar und verursacht Aufwand, wird es zusätzlich zur Grunderkrankung kodiert. [D003d] Beispiele: Krampfanfall bei Hirntumor, Sauerstoffgabe bei Lungenentzündung.
Werden Verdachtsdiagnosen durch Diagnostik weder bestätigt noch widerlegt **und** wird **keine** Therapie ein-

geleitet, 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 die stationäre Aufnahme dagegen speziell zur 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-

Bezeichnung	Kodes
Halsschmerzen	R07.0
Brustschmerzen, sonstige	R07.3
Bauchschmerzen stark	R10.0
Oberbauchschmerzen	R10.1
Schmerzen Becken und Damm	R10.2
Unterbauchschmerzen sonstige	R10.3

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

Bezeichnung	Kodes
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 R52.1 und R52.2 (chronische Schmerzen) 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 in der Wirbelsäule. Aufnahme ausschließlich zur Schmerz-therapie mit Schmerzmedikation.

HD: M54.5 Kreuzschmerz
ND: C79.5 Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens

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	Kodes
Sekundäre bösartige Neubildung der Pleura	C78.2+
Pleuraerguss bei andernorts klass. Krankheiten	J91*

Diese **Kodierung** trennt die Situationen Pleurametastasierung und Pleurametastasierung **mit** Erguss voneinander ab. Der Metastasenkode kann wie in Kapitel 4.2 und 4.4 beschrieben kodiert werden.
Die Kodekombination für den malignen Pleuraerguss kann nur bei Aufwand (z.B. Diagnostik, Punktion) verwendet werden.

Bei Aufnahme allein zu Punktion oder Pleurodese eines malignen Ergusses ist C78.2 die Hauptdiagnose, der Kode J91* und der Primärtumor Nebendiagnosen. J91* kann als Sternkode nicht Hauptdiagnose sein.
Der maligne Erguss bei Lymphomen darf nicht mit der Kodegruppe C78.- kodiert werden [0215f].
Ist die Ursache des Pleuraergusses unbekannt und entsteht diagnostischer und/oder therapeutischer Aufwand, kommt folgender Kode zur Anwendung:

Bezeichnung	Kodes
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	Kodes
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). Ab 2009 kann der Kode 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	Kodes
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 Ressourcen-verbrauch:

HD:	*C50.-*	*Mamma-Ca*
ND:	*C97!*	*Bösartige Neubildungen als Primär tumoren an mehreren Lokalisationen*
	C18.-	*Kolon-Ca*

4.5.6 Lymphangiosis carcinomatosa

Eine Lymphangiosis carcinomatosa wird wie eine Metastasierung kodiert:

Bezeichnung	Kodes
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 Kodes nur bei soliden Tumoren.

4.5.7 Wachstum per continuitatem [0206a]

Bei organüberschreitendem Wachstum wird nur die Primärlokalisation 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 Primärlokalisation nicht bekannt, können spezielle Kodes, die das befallene Gebiet organüberschrei-

tend beschreiben, verwendet werden z.B. C*57.8 Bösartige Neubildung der weiblichen Genitalorgane, mehrere Teilbereiche überlappend.*
Davon abzugrenzen ist die Situation des Wachstums innerhalb eines Organs: Eine Neubildung, die mindestens 2 anatomisch-topographisch aneinandergrenzende Teilbereiche innerhalb einer dreistelligen ICD-Kategorie (Organ) überlappt und deren Ursprungsort nicht bestimmt werden kann, ist mit der Subkategorie .8 „mehrere Teilbereiche überlappend" zu kodieren, es sei denn, es existiert ein spezifischer Kode wie z. B. *C16.0 Bösartige Neubildung der Kardia (Ösophagus und Magen).*

4.5.8 Ungenau bezeichnete Lokalisationen

Ist der Ursprungsort eines Tumors unklar oder unbekannt, **und** erstreckt sich der Tumor über benachbarte Strukturen (z.B. Tumor unklarer Genese an Gesicht und Hals), werden die Kodes 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	Personen, die Einrichtungen des Gesundheitswesens wegen spezifischer Maßnahmen aufgesucht haben, die aber nicht durchgeführt wurden	Z53

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

HD	[Diagnose, die ursprünglich zur stationären Aufnahme führte]	
ND	Personen, die Einrichtungen des Gesundheitswesens wegen spezifischer Maßnahmen aufgesucht haben, die aber nicht durchgeführt wurden	Z53
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 Bösartige Neubildung Bindegewebe und andere Weichteilgewebe der oberen Extremität, einschließlich Schulter
ND Z53 Personen, die Einrichtungen des Gesund heitswesens wegen spezifischer Maßnahmen aufgesucht haben, die aber nicht durchgeführt wurden
ND J01.0 Akute Sinusitis maxillaris

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

4.7 Verdachtsdiagnosen [D008b]

Definition:

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

Diese Regel wird durch eine andere Regel eingeschränkt:

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

Ausnahme:

Bei Verlegungen gilt der Wissensstand zum Zeitpunkt der Verlegung! [D008b]. Bei Verdachtsdiagnosen nach o.g. Definition gibt es folgende Weichenstellungen:
Entlassung oder Verlegung?

Bei Verlegung:

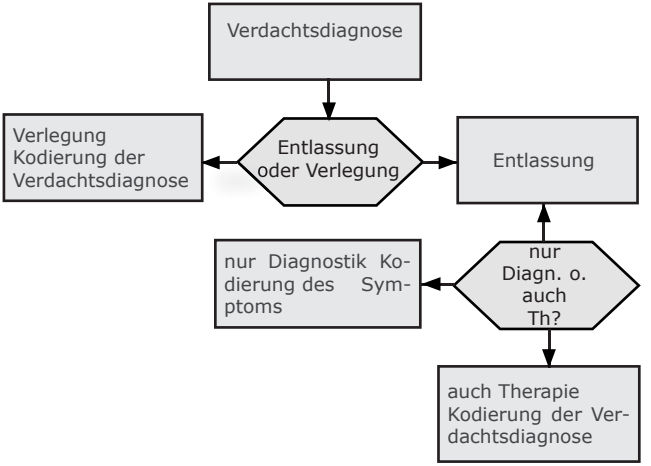
Kodierung der Verdachtsdiagnose nach dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Verlegung

Bei Entlassung:

Verdachtsdiagnose therapiert oder nicht therapiert?

a. Wurde nur untersucht, aber nicht behandelt:
   Symptom kodieren
b. Wurde die Verdachtsdiagnose auch behandelt:

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

4.8.1 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, häufigstes Beispiel: Fieber in der Neutropenie, 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).

4.8.2 Wiederaufnahmeregelung – Bedeutung für die Onkologie

Die Zusammenführung einzelner stationärer Aufenthalte zu einem Gesamtfall wird in den Abrechnungsbestimmungen der FPV 2009 (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 2009, §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 Aufnahmeschlüssels 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 2009 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.

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.

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-
Haarzellleukämie	C91.4-

Bezeichnung	Kodes
Follikuläres 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
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

Bezeichnung	Kodes
Burkitt-Lymphom incl. Burkitt-like	C83.7
Hochmalignes B-NHL, nnb	C83.9
Multiples Myelom, Plasmozytom (außer solitär)	C90.0-
solitäres Plasmozytom (auch extramedullär)	C90.2-
Plasmazellleukämie	C90.1-
MGUS	D47.2

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
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 klassifizieren, 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. DLB-CL, Burkitt-Lymphom). Dies gilt für monomorphe PTLD. Polymorphe PTLD und „early lesions" können mit C88.7 kodiert werden.

Bezeichnung	Kode
PTLD (Posttransplant lymphoproliferative disorder)	C88.7

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

Bezeichnung	Kode
Reaktivierung einer EBV-Infektion nach Transplantation	B27.0 oder B27.8

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 wird ausgehend von der Histologie der entsprechende Kode aus C81.- bis C85.- zugewiesen.

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 Neubildung↗	M90.7-*
Nebendiagnose (Sternkode): Wirbelkörperkompression bei Neubildung↗	M49.5-*

↗: Zur Lokalisation siehe Tabelle am Anfang von Kapitel M im ICD-10-GM 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 beim Multiplem Myelom:

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

(Durie et al. Leukemia 2006)

5.1.4 Refraktäre Erkrankung

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

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

Dieses Vorgehen wird im ICD-10-GM 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 Leukämie

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.

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-

Bezeichnung	Kodes
M7	C94.2-
Akute Myelofibrose	C94.4-[1] oder C94.5-[1]
Akute Basophilenleukämie, Mastzellenleukämie	C94.3-[1]
Chlorom (Tumoröse Manifestation einer AML)	C92.3-[1]
Akute Leukämie ohne eindeutige Linienzuordnung, biphänotypische akute Leukämie	C95.0-

Anmerkung:

Die mit 1 markierten seltenen Kodes werden nach den 2008 gültigen Regeln 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 Granuloyzten > 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 Erkrankungen

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

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

5.3 Myeloproliferative Erkrankungen, MDS und Histiozytosen

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 das „blaue Buch" der WHO (Jaffe et al.) verwendet werden, in die ICD-10-GM-Schlüssel ist nicht 1:1 möglich.

Bezeichnung	Kodes
Chronische myeloische Leukämie (inclusive Blastenschub)	C92.1-
Polycythämia vera	D45
Essentielle Thrombozythämie	D47.3
Unklassifizierte myeloprolif. Erkrankung, auch Osteomyelofibrose	C93.0-
Myelodysplasie, nicht näher bezeichnet	D46.9
Refraktäre Anämie (ohne Ringsideroblasten)	D46.0-
RA mit Ringsideroblasten (ohne Blasten-überschuss)	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

Bezeichnung	Kodes
Multifokale Langerhans-Zell-Histiozytose (Hand-Schüller-Christian)	D76.00
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.

5.3.2 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 nach allogener KMT nachgewiesen wird.

5.3.3 Refraktäre Erkrankungen

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

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

5.4 Neubildung solider Organe

Die Klassifikation erfolgt primär nach dem biologischen Verhalten und sekundär nach der Lokalisation (siehe auch Vorbemerkung Absatz 3 des Kapitel II ICD-10 GM). Metastasen werden grundsätzlich als „sekundäre bösartige Neubildungen" bezeichnet. Für Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens gibt es eigene Kodes.

Gutartige Neubildungen werden entsprechend den Kodes 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 Kodes C00 bis C14 mit 62 ICD-10 GM-Kodes, die sich sehr exakt an den anatomischen Begebenheiten orientieren. Die Tumoren der oberen Luftwege werden entsprechend den Kodes C30 bis 33 mit 15 ICD-10 GM-Kodes kodiert. Für eine exakte Klassifikation verweisen wir auf den ICD-10 GM-Katalog in einer aktuellen Version.

Mund und Pharynx	Kodes
Vorderer Teil des Mundbodens	C04.0
Seitlicher Teil des Mundbodens	C04.1
Mundboden, mehrere Teilbereiche überlappend	C04.8
Harter Gaumen	C05.0
Weicher Gaumen	C05.1
Gaumen, mehrere Teilbereiche überlappend	C05.8
Oropharynx, mehrere Teilbereiche überlappend	C10.8

Mund und Pharynx	Kodes
Nasopharynx, mehrere Teilbereiche überlappend	C11.8
Hypopharynx, mehrere Teilbereiche überlappend	C13.8
Lippe, Mundhöhle, Pharynx; unsicher / unbekannt	D37.0

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
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 Kurvatur, nicht näher bezeichnet	C16.5
Große Kurvatur, nicht näher bezeichnet	C16.6
Magen, mehrere Teilbereiche überlappend	C16.8
Magen, unsicheres Verhalten	D37.1

Dünndarm	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
Zäkum inklusive Ileozäkalklappe	C18.0
Appendix vermiformis	C18.0
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
Metastase des Dickdarms und des Rektums	C78.5
Rektum, unsicheres Verhalten	D37.5
Anus, exkl. Analhaut	C21.0
Analkanal; sphincter ani	C21.1
Anorektaler Übergang	C21.8
Peritoneale Metastase	C78.6
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
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

Pankreas	Kodes
Sonstige Teile des Pankreas (Hals)	C25.7
Pankreas, mehrere Teilbereiche überlappend	C25.8

5.4.4 Lunge / Mediastinum / Pleura - Tumoren

Bronchien und Lunge (B & L)	Kodes
Hauptbronchus	C34.0
Oberlappen (-Bronchus)	C34.1
Mittellappen (-Bronchus)	C34.2
Unterlappen (-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	Kodes
Thymus	C37.0
Herz	C38.0
Pleura	C38.4
Pleurametastase	C78.2
Perikardmetastase	C79.83
Mediastinum, unsicheres Verhalten	D38.3
Thymus, unsicheres Verhalten	D38.4
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 Kodegruppen C50 bis C58 kodiert.

Brust, incl. Sarkom der Brust	Kodes
Brustwarze und Warzenhof	C50.0
Zentraler Drüsenkörper	C50.1
Oberer innerer Quadrant	C50.2
Unterer innerer Quadrant	C50.3
Oberer äußerer Quadrant	C50.4
Unter äußerer Quadrant	C50.5
Recessus axillaris	C50.6
Mamma, mehrere Teilbereiche überlappend	C50.8
Brustdrüsenmetastase exkl. Haut	C79.81
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
Unterlappen (-Bronchus)	C34.3
Vulva, mehrere Teilb. überlappend	C51.8
Vagina	C52
Leber, unsicheres Verhalten	D37.6

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 [Falloppio]	C57.0
Lig. latum uteri	C57.1
Lig. teres uteri (Lig. rotundum)	C57.2
Parametrium	C57.3

Ovar, Tuben, Adnexe	Kodes
Uterine Adnexe, nicht näher bezeichnet	C53.0
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	C54.1

5.4.6 Urogenitale Tumoren

Niere, Nierenbecken, Ureter	Kodes
Niere	C64
Nierenbecken bis Übergang zum Ureter	C65
Ureter	C66
Retroperitoneale Metastase	C54.0
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
Laterale Harnblasenwand	C67.2
Vordere Harnblasenwand	C67.3
Hintere Harnblasenwand	C67.4
Harnblasenhals	C67.5

Harnblase	Kodes
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

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

Männliche Genitalorgane	Kodes
Dystoper Hoden (ektopisch; retiniert)	C62.0
Deszendierter Hoden	C62.1
Hoden, unsicheres Verhalten	D40.1
Nebenhoden [Epididymis]	C63.0
Samenstrang	C63.1
Skrotum und Skrotalhaut	C63.2
Bläschendrüse [Samenbläschen]	C63.7
Männliche Genitalorgane, mehrere Teilbereiche überlappend	C63.8
Bösartige Neubildung der Genitalorgane in der Eigenanamnese	Z85.4

5.4.7 Endokrine Organe

Organ	Kodes
Endokriner Drüsenanteil des Pankreas	C25.4
Schilddrüse	C73
Schilddrüse, unsicheres Verhalten	D44.0
Nebenschilddrüse	C75.0
Samenstrang	C63.1
Nebenschilddrüse, unsicheres Verhalten.	D44.2
Nebennierenrinde	C74.0
Nebennierenmark	C74.1

Organ	Kodes
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 mit 20 ICD-Kodes, die zwischen bösartige Melanome und sonstige bösartige Neubildungen aufteilen werden. Für eine exakte Klassifikation verweisen wir auf den ICD-10 Katalog in seiner aktuellen Version.

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

Sonstige Bösartige Neubildung der Haut (nicht Melanom)	Kodes
Lippe	C44.0
Augenlid, incl. Kanthus	C44.1
Ohr, incl. äußerer Gehörgang	C44.2

Sonstige Bösartige Neubildung der Haut (nicht Melanom)	Kodes
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

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

5.4.10 Sarkome

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

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

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

Neubildungen des Bindegewebes**	Kodes
Kopf, Gesicht, Hals	C49.0
obere Extremität / Schulter	C49.1
untere Extremität / Hüfte	C49.2
Thorax / Axilla / Zwechfell	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, Extraskelettales Ewingsarkom, Extraskelettales Osteosarkom, mesenchymales Chondro-

sarkom, 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
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

Bösartige Neubildung des Gehirns	Kodes
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

5.4.13 CUP - Syndrom

CUP	Kodes
Cancer of Unknown Primary **	C80

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

5.5 Metastasen einschließlich Lymphknotenmetastasen

Metastasen der Lymphknoten	Kodes
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	Kodes
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:	Kodes
Niere und Nierenbecken	C79.0
Harnblase und Harnorgane	C79.1
Haut	C79.2
Gehirns und Hirnhäute	C79.3

Metastasen an sonstigen Lokalisationen:	Kodes
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

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

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

Der Knochenbefall (C79.5) kann nur bei Lymphomen der Kodes C81 bis C88 kodiert werden, also bei Hodgkin- und Non-Hodgkin-Lyphomen. 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 Zytopenien

5.6.1 Anämien

Kriterien zur Kodierung einer Anämie:

Der Nachweis eines pathologischen Hämoglobinwertes allein rechtfertigt nicht die Kodierung einer Anämie. Auch die alleinigen Kontrollen des abnormen Hämoglobinwertes genügen nicht [D003d Beispiel 5]. 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).

Nicht durch maligne Erkrankungen induzierte Anämien

Die Anämie chronischer Erkrankungen sollte mit *D63.8** kodiert werden. Als Sterndiagnose kann sie nur als Nebendiagnose mit der zugrundeliegenden Erkrankung kodiert werden. Die Kodierung von angeborenen Anämien, aplastischer Anämie etc. ist nicht in allen Details konsistent. Es gab 2009 keine wesentlichen Änderungen. 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 in Folge der zytostatischen Therapie weitere Zelllinien betroffen sind, sollten diese ebenfalls kodiert werden, wenn sie die Kriterien der Nebendiagnosen erfüllen. 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 spez. 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, Heterozygotes HbS (HbAS)	D57.3
Sonstige hereditäre hämolytische Anämien	D58.-
Herditäre 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

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/Panzytopenie (§§)	D61.18
Arzneimittelinduzierte aplastische Anämie, n.n.b.	D61.19
Aplastische Anämie infolge sonstiger äußerer Ursachen	D61.2
Idiopathische aplastische Anämie	D61.3
Sonstige näher bezeichnete aplastische Anämien	D61.8
Arzneimittelinduzierte aplastische Anämie, n.n.b.	D61.9
Anämie chronischer (andernorts klassifizierter) Erkrankungen (Nebendiagnose)	D63.8*
Sideroachrestische Anämien (nur wenn kein MDS vorliegt. MDS ⇨D46.-)	D64.0 bis .2
Sonstige Anämie, n.n.b.	D64.9

5.6.2 Thrombozytopenie

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

Kriterien zur Kodierung von Thrombozytopenien als Nebendiagnose:

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

Beispiele für eine weiterführende Diagnostik:
- Bestimmung von antithrombozytären Antikörpern oder andere Spezialdiagnostik
- Knochenmarkpunktion
- Engmaschige Kontrollen der Thrombozytenzahl bei weiterem Absinken und Ausgangswerten <50 G/l mit dokumentiertem Überwachungs- und Betreuungsaufwand.

Beispiele für therapeutische Konsequenz:
- Transfusion
- Blutung (die bei Thrombozytopenie mit höherem Aufwand zu stillen ist)

Thrombozytopenie (Auswahl)	Kodes
Immunthrombozytopenie (ITP, M. Werlhof) auch Evans-Syndrom	D69.3
Thrombotisch-thrombozytopenische Purpura (M. Moschkowitz)	M31.1
Hämolytisch-urämisches Syndrom	D59.3
Sonstige nicht-autoimmunhämolytische Anämien (mikroangiopatisch, wenn nicht TTP oder HUS)	D59.4
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	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. i.d.R. 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-GM mit der Kodegruppe D70.- dokumentiert. Zytostatikainduzierte Neutropenien sind spezifisch erwähnt. Sie werden zusammen mit anderen medikamentös induzierten Neutropenien 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-GM nur für die Agranulozytose in D70.1- definiert. Wir empfehlen, diesen Grenzwert von Neutrophilen unter 0,5 G/l für alle Formen der Agranulozytose zu übernehmen (oder Leukozyten < 1 G/l falls kein Diff-BB verfügbar, beide Werte entsprechend Toxizitätsbewertung Grad IV nach WHO). Eine Agranulozytose durch die bösartige Neubildung wird dagegen als D70.3 kodiert.
Schwere Granulozytopenien, die direkt durch die Grunderkrankungen (z.B. Leukosen) verursacht werden, sind auch 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, sofern ein Mehraufwand besteht.

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 grundsätzlich mit einem erhöhten Aufwand im Sinne der Nebendiagnoseregelung einhergeht. In diesen Fällen empfehlen wir die Kodierung von Z29.2 sonstige prophylaktische Gabe von Chemotherapie (Chemoprophylaxe, prophylaktische Antibiotikagabe) sofern Medikamente (Antibiotika inkl. Virostatika, Antimykotika usw.) gegeben wurden.

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	Kodes
Angeborene Neutropenien	D70.0
Zyklische Neutropenie	D70.5
Arzneimittelinduzierte Neutropenie oder Agranulozytose, auch Zytostatikainduziert	
- Neutropenie, Nadir der Neutrophilen > 0,5 G/l	D70.18
- Neutrophile < 0,5 G/l für < 10 Tage	D70.10
- Neutrophile < 0,5 G/l für ≥ 10 T. bis< 20 Tage	D70.11
- Neutrophile < 0,5 G/l für ≥ 20 Tage	D70.12
- 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.	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 meist nur für die angeborenen Faktorenmängel 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
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
pathologische vaginale Blutungen	N92.- bis N95.-

Bezeichnung	Kodes
Hämophilie A (hereditär)	D66
Hämophilie B (hereditär)	D67
Von 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 durch Antikoagulantien	D68.3
Dauerantikoagulation ohne Blutung	Z92.1
Erworbener Faktorenmangel (z.B. Lebererkrankung)	D68.4
Koagulopathie, nicht näher bezeichnet, erworbene Blutungsneigung n.n.b.	D68.9
Hemmkörperhämophilie, auch Antiphospholipidsyndrom (s. auch Kap. 5.7.2)	D68.8
Verbrauchskoagulopathie / DIC	D65.1
Erworbene Fibrinolyseblutung	D65.2
Thrombozytopathien, -penien (s.o.)	D69.0

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.)	I98.2*
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 Butung siehe Kodegruppe K57.-

Da in der Regel den Ösophagus- und Magenvarizen eine andere Krankheit zugrunde liegt, sollte der Kode I98.21* (und nicht I85.0) benutzt werden. Im ICD-10-GM steht als Beispiel zwar nur die Leberzirrhose und die Schistosomiasis, aber kein Exklusivum, so dass der Kode auch bei Varizen in Folge einer Thrombose im Portalkreislauf verwendet werden kann.

Bezeichnung	Kodes
Ulcus ventriculi	K25.-
Ulcus duodeni	K26.-
Ulcus pepticum, Lokalisation n.n.b.	K27.-
Ulcus pepticum jejuni	K28.-

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

Bezeichnung	4. Stelle
Akut, mit Blutung	.0
Akut, mit Perforation	.1

Bezeichnung	4. Stelle
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

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 unbefriedigend, da die meisten inzwischen definierten Thrombophilien nicht kodiert werden können.

Bezeichnung	Kodes
Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis	I80.-
Thrombose oberflächlicher Gefäße der unteren Extremitäten (aber Varizen der unteren Extremitäten I.83.-, 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
Embolie und Thrombose sonst. Venen (z.B. Milzvenenthrombose)	I82.8
Nierenvenenthrombose und -embolie	I82.3
Embolie und Thrombose V. cava	I82.2
Thrombophlebitis migrans	I82.1
Lungenarterienembolie ohne Cor pulmonale	I26.9
Lungenarterienembolie, akutes Cor pulmonale, massive o. fulminante Lungenembolie	I26.0
Sinusvenenthrombose, Thrombose sonstiger intracranieller Venen	I67.6
Hirninfarkt durch arterielle oder venöse Thrombose	I63.-
Thrombose ohne Angabe zum Ort, auch Thrombophilie (s.u.)	I82.9
Antiphospholipidsyndrom	D68.8

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.
Im ICD-10-GM können Hemmkörperhämophilie ebenso wie das Antiphospholipidsyndrom mit D68.8 kodiert werden. Die Zuordnung zu I82.- würde dem klinischen Bild des Antiphopholipidsyndroms eher entsprechen. Allerdings ist die Zuordnung nach dem Thesaurus eindeutig.

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 den Erreger und einen zweiten Kode für die Manifestation (Art und Lokalisation) der Infektion kodiert („Kreuz-Stern-Systematik"). Für einige wichtige und häufige Infektionen stehen Kodes 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, CTs, infektiologisches Monitoring u. a.) kann nur teilweise mit OPS-Kodes angegeben werden, die (noch) nicht erlösrelevant sind.

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

Maßnahme	Kodes
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 Kode *R50.80 Fieber unbekannter Ursache* verwendet. Erfolgt eine, wie auch immer geartete Behandlung der vermuteten Infektion, wird ein Kode für die Verdachtsdiagnose, z. B. der Kode *B99 Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten* bei Verdacht auf Infektion und antimikrobielle Therapie, genommen. Alternativ kann bei antibiotischer Behandlung der Kode *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 Kodes 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 eine 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 (siehe Tabelle).

Bezeichnung	Kodes
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 Kodes erfasst [0103f]:

Bezeichnung	Kodes
Staphylokokkeninfektion, nicht näher bezeichneter Lokalisation	A49.0
Streptokokkeninfektion, nicht näher bezeichneter Lokalisation	A49.1
Infektion durch Haemophilus influenzae, nicht näher bezeichneter Lokalisation	A49.2

Bezeichnung	Kodes
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 Kodes werden nicht mit den Ausrufezeichen-Kodes B95 – B96 („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 Organ-komplikationen	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 pCO2 ≤ 33 mmHg (4,3 kPa)
- Leukozyten ≥12.000 oder ≤ 4.000/µl oder ≥ 10% unreife Neutrophile

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

- bei positiver Blutkultur mindestens 2 SIRS-Kriterien erfüllt sind

oder

- bei negativer Blutkultur alle 4 SIRS-Kriterien erfüllt sind

Bei allen anderen SIRS-Kodes (R65.1! bis R65.9!) 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 wird kodiert, wenn zusätzlich zu den SIRS-Kriterien Hinweise auf Organdysfunktion wie z.B. Hypoperfusion, Hypotonie, Laktatazidose, Oligurie oder zerebrale Funktionsstörungen bestehen. Der septische Schock als schwerste Form der Sepsis wird mit A41.9 kodiert, wenn eine volumenrefraktäre Hypotonie besteht oder Katecholamine zur Aufrechterhaltung des Kreislaufs notwendig sind (eigenständiges Problem).

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 unbekannten Erreger:

J18.0	*Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet*
A41.9+	*Sepsis, nicht näher bezeichnet mit*
R65.1!	*SIRS infektiöser Genese mit Organkomplikationen*

(zusätzlich ggf. OPS Kodes für Intensivtherapie).

Zur Kodierung der Grundkrankheit Sepsis existieren Erreger assozierte Kodes aus den Kapiteln A und B des ICD-Katalogs (Sepsis Kodes 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 Kodes verwendet werden:

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

Eine wahrscheinliche invasive Aspergillose ist folgendermaßen definert:
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). Zusäzlich muß ein mikrobiologisches Kriterium vorhanden sein (zytologischer, mikroskopischer oder kultureller Nachweis eines Schimmelpilzes), oder erhöhtes Galaktomannan oder ß-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
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 Kodes (z. B. CMV-Retinitis). Neue Kodes für spezifische Infektionen des GI-Traktes wurden 2008 veröffentlicht.

Bezeichnung	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, 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 Kode B95.6! für Staphylococcus aureus angegeben.

MRSA-Infektion

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

oder lokalisierte Staphylokokken-Infektion mit Kode aus entsprechenden Kapiteln A
zusätzlich:

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

Es wird nicht der Kode B95.6! für Staphylococcus aureus angegeben. Analog erfolgt die Kodierung von Trägerschaft/Infektion mit anderen Resistenzkeimen.

Komplexbehandlung bei MRE

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

- Speziell eingewiesenes Personal plus Hygienefachkraft plus Krankenhaushygieniker
- Durchführung spezieller Keimnachweise
- Strikte Isolierung, bis an drei Tagen Abstriche/ Proben negativ waren.

Weitere Details sind dem OPS-Katalog zu entnehmen.

Ferner muss ein dokumentierter durchschnittlicher Mehraufwand von mindestens 2 Stunden täglich während der Behandlungstage mit strikter Isolierung vorliegen.
Dieser Aufwand wird von den Kostenträgern geprüft und sollte sorgfältig dokumentiert werden. Hierbei haben sich standardisierte und mit dem MDK abgestimmte Dokumentationsbögen bewährt. Der Kode unterscheidet an der 5. Stelle zwischen einer Behandlung auf einer speziellen Isoliereinheit (8-987.0) oder einer Behandlung nicht auf einer speziellen Isolierstation. 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	Kodes
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 ICD-10-GM ausdrücklich erwähnt. Der Kode dient der externen Qualitätssicherung zur Abgrenzung von ambulant erworbenen Pneumonien.
Die Kodierung erfolgt wie bisher für die Pneumonie (also Pneumoniekode, ggf. ergänzt um Erregerkode), ergänzt um den Zusatzkode
U69.00! Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus er-

worbene Pneumonie bei Patienten von 18 Jahren und älter. Dieser wird mit dem Pneumoniekode verknüpft.

5.8.11 Antibiotikaprophylaxe

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

Z29.2 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.

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 zwei, drei oder vier der folgenden Laborparameter in einem Zeitraum drei Tage vor bis sieben Tage nach Beginn einer Chemotherapie (Werte für Erwachsene):

- Harnsäure: > 475 µmol/l (8 mg/dl) oder Anstieg um 25% vom Ausgangswert
- Kalium: > 6,0 mmol/l oder Anstieg um 25% vom Ausgangswert
- Anorganisches Phosphat: >1,45 mmol/l oder Anstieg um 25% vom Ausgangswert
- Kalzium: < 1,75 mmol/l oder Abfall um 25% vom Ausgangswert

Die Labortumorlyse wird nur dann mit E88.3 kodiert, wenn sie eine klinische Bedeutung hat im Sinne einer therapeutischen Konsequenz oder einer weiterführenden Diagnostik, z.B. Gabe von Rasburicase, Gabe von Austauscherharz oder Verlängerung der Vorphasentherapie 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	Kode
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	Kode
Rasburicase, parenteral	E88.3
Anstieg des Kreatinins auf > 1,5-fach des oberen Normwertes	zusätzlicher Kode
Herzrhythmusstörungen	
Neurologie: Krämpfe	

Hyperurikämie, Hyperkaliämie, Hyperphosphatämie und Hypokalzämie können zusätzlich mit den entsprechenden Kodes kodiert werden. Die Kriterien einer Nebendiagnose müssen einzeln geprüft werden.

Die Gabe von Rasburicase kann kodiert werden mit:

Prozeduren beim Tumorlysesyndrom	Kode
Rasburicase, parenteral	6-004.c

5.10 Paraneoplasien, Notfälle und Paravasat

5.10.1 Paraneoplasie

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

Paraneoplastisches Syndrom	Kode
Gerinnung	
Thrombophlebitis migrans	I82.1
Thrombotische Mikroangiopathie/ TTP (Moschkowitz)	M31.1
Erworbenes von-Willebrand-Syndrom	D68.0
Hemmkörperhämophilie	D68.8
Antiphospholipidsyndrom und andere näher bezeichnete Thromboseneigung	D68.8
Verbrauchskoagulopathie (DIG/ DIC)	D65.1
Hyperfibrinolyse/ Erworbene Fibrinolyseblutung	D65.2
Knochen	
Pachydermoperiostose/ Marie-Bamberger-Syndrom (5.Stelle entsprechende Lokalisation)	M89.4-*
Haut / Muskel	
Nekrolytisch migrierendes Erythem	L53.8
Erythema gyratum repens	L53.8
Erworbene Ichthyosis	L85.0
Akrokeratose Bazex	L85.8
Urtikaria	L50.8
Sweet-Syndrom	L98.2
Acanthosis nigricans (maligna)	L83
Acrodermatitis enteropathica	E83.2

Paraneoplastisches Syndrom	Kode
Pemphigus	L10.4
Dermatomyositis-Polymyositis	M36.0*
Polymyalgia rheumatica	M35.3
Karzinoidmyopathie	G72.88
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 Encepahilitis	G13.1*
Cerebelläre Degeneration	G32.8
Optikusatrohpie	H48.0*
Guillain-Barré-Syndrom	G61.0
Sensorische Neuropathie bei Plasmazelldyskrasie/ Serumpolyneuropathie	G61.1
Myasthenia gravis	G70.0
Stiff-man-Syndrome	G25.88
Restless-legs-Syndrom	G25.81
Opsoklonus-Myoklonus-Ataxie	G25.3
Encephalomyelitis	G04.8
Chorea	G25.5
Myotonie, Neuromyotonie (Isaacs-Syndrom)	G71.1
Niere	
Glomerulonephritis bei Neubildungen	N08.1*

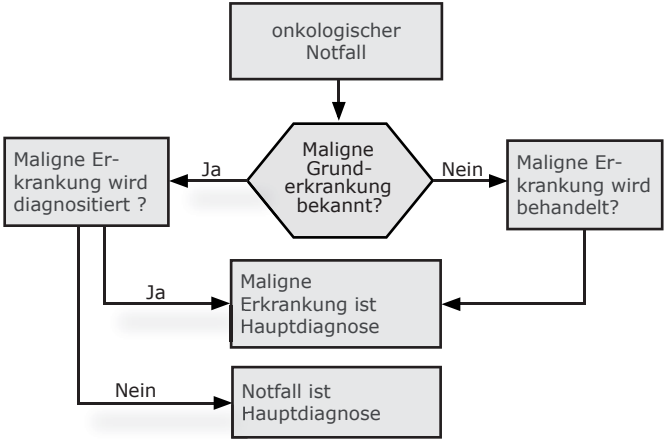
Paraneoplastisches Syndrom	Kode
Blut	
Autoimmunhämolytische Anämie (AIHA)	D59.1
Mikroang.nicht-autoimmunhämolytische Anämie	D59.4
Moschcowitz	M31.1
Polyglobulie	D75.1
Leukozytose	D72.8
Hyperkalzämie	E83.58
Hypoglykämie	E16.1
Eosinophilie	D72.1
Stoffwechsel	
Flush	R23.2
Karzinoidsyndrom (Hinweis: Karzinoid selber auch kodieren)	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

5.10.2 Onkologische Notfälle

Notfall	Kode
Querschnittslähmung (zwei Ziffern zur näheren Beschreibung, s. ICD-10)	G82.-
Cauda equina Syndrom, komplett	G83.40
Cauda equina Syndrom, inkomplett	G83.41
Radikulopathie (5. Stelle entsprechende Lokalisation)	M54.1-
Zervikalneuralgie	M54.2
Ischialgie	M54.3
Lumbo-Ischialgie	M54.4
Kreuzschmerz/ Lumbago	M54.5
Schmerzen Brustwirbelsäule	M54.6
Hydronephrose durch Obstruktion, ohne Infektion (vierte Stelle für Höhe und Ausprägung)	N13.-
Obstruktive Uropathie mit Infektion	N13.6
Hyperkalzämie	E83.58
Leukozytose	D72.8
Leukostase ist je nach Symptom am ehesten als Durchblutungsstörung zu kodieren, z.B. H35.0 - Netzhaut, I67.88 - zerebral	
Leukostase mit akuter respiratorischer Insuffizienz	J96.0
Leukostase mit Somnolenz, Sopor, Coma	R40
Hyperviskosität	R70.1
Perikarderguß (nichtentzündlich)	I31.3
Subileus	K56.7
Mechanischer Ileus	K56.6

Notfall	Kode
Tumorlysesyndrom	E88.3
Hyperkaliämie	E87.5
Hyperphosphatämie, Tumorrachitis	E83.38
Hypokalzämie	E83.58
Hyperurikämie	E79.0
Akutes Nierenversagen	N17.9
Uropelvine Obstruktion ohne Infektion Uropelvine Obstruktion mit Infektion	N13.0; N13.6 mit B95.-! bis B97.-!
Vena Cava Syndrom (superior und inferior)	I87.1

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



5.10.3 Paravasat

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

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

6. Prozeduren

6.1 Zytostatische Chemotherapie

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

Die seit 2005 eingeführten onkologischen Zusatzentgelte werden, falls verabreicht, zusätzlich mit einem Kode aus dem Kapitel 6 Applikation von Medikamenten dokumentiert.

Je nach protokollgemäßer Dauer und Komplexität gibt es verschiedene Kodes. Maßgeblich sind die im Chemotherapieprotokoll gemachten Tagesvorgaben und nicht individuell notwendige Verzögerungen. Verkürzungen werden allerdings berücksichtigt, wenn sie zu einer niedrigeren Klassifizierung führen. Jeder stationäre Aufenthalt und jeder Block werden einzeln kodiert. Ausnahmen: Die komplexen Induktions- und Konsolidierungstherapien bei akuten Leukämien und aggressiven Lymphomen werden trotz Pausentagen als ein Block (8-544.0) betrachtet und die lokalen Therapiemaßnahmen 8-541.- werden nur einmal pro Aufenthalt gegeben

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

Fest an Zytostatika gekoppelte Supportivmedikamente gelten nicht als eigenes Medikament und werden daher nicht kodiert (Beispiel: Mesna nach Cyclophosphamid/ Ifosfamid; Folinsäure nach Methotrexat).

Instillation von zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren

Therapieart	Kodes
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

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.*
Bei einer Serie von Chemotherapiegaben an mehreren, nicht aufeinander folgenden Tagen ist jeweils erneut zu kodieren.
Intrathekale Zytostatikainjektionen werden mit 8-541.0 kodiert, Antikörper mit 8-547.-. Orale Zytostatika sind laut Exklusivum definitiv ausgeschlossen. Mit Streichung der widersprechenden Kodierregel 0211 im Jahr 2008 ist dies eindeutig geregelt.

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 in der Buchversion des OPS Version 2009).
Die Listen sowie Fehlerkorrekturen werden vom DIMDI weiter gepflegt und auf der Homepage www.dimdi.de

Chemotherapie	Indikation
BEACOPP, CHOP, MCP, VACOP-B, COP-BLAM, Fludarabin, Fludarabin /Cyclophosphamid, Cladribin, COP, FCM, Bendamustin, 2-CDA, Alkeran i.v., Cyclophosphamid/Pentostatin,	Lymphome, Plasmozytom
Cloretazine, AT-Erhaltungstherapie	AML
ALL-Vorphase	ALL
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	NSCLC
5-FU/Carboplatin, Mitomycin/5-FU	HNO-Tumoren
5-FU-Mono, 5-FU/Folinsäure, Irinotecan-Mono, Gemcitabinmono, Vinorelbin, ELF, Octreotid,Tomudex/Oxaliplatin	Gastrointestinale Tumore

Chemotherapie	Indikation
Gemcitabin/Oxaliplatin	Pankreas-karzinom
CMF, FAC, AC, EP, Docetaxel, Vinorelbin, Gemcitabin-mono, Doxorubicin/Docetaxel, Taxol-mono, Bendamustin, Docetaxel/Capecitabin, Docetaxel/ Gemcitabin, Navelbine/ Mitomycin, Ifosfamid/Epirubicin, 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/Dexamethason	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	Osteo-sarkom
DTIC	Melanom
MTX als GvHD - Prophylaxe	nach allogener Transplantation

6.1.2 Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie

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

Hinweise zur Verwendung dieses Kodes lt. OPS Version 2009:
Es werden mindestens 2 Zytostatika innerhalb des Chemotherapieblocks intravenös verabfolgt oder es erfolgt eine komplexe und intensive Chemotherapie mit aufwendiger, messungsabhängiger Therapiesteuerung (z.B. HD-Methotrexat mit spiegelabhängiger Folinsäure-Rescue). Inthrathekale Zytostatikainjektion werden mit 8-541.0 kodiert, Antikörper mit 8-547.-.
Orale Zytostatika und Steroide sind ausgeschlossen und wirken nicht komplkexitätssteigernd.
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.

Chemotherapie	Indikation
AC-Erhaltung. AD-Erhaltung	AML
Konsolidation II bis VI	ALL
CHOEP, DHAP, ICE, MINE, Dexa-BEAM, IMVP-16	NHL
VAD, VID, CAD, CED, PAD, TAD	Plasmozytom
„Bonner Protokoll": Block A (>60 Jahre)	ZNS-Lymphom

Chemotherapie	Indikation
Cisplatin/5-FU	HNO-Tumoren
Cisplatin/Etoposid	NSCLC
PLF, PELF	Magen-karzinom
Cisplatin/Doxorubicin, Doxorubicin/Hochdosis-Ifosfamid (nur Tag 1)	Pleura-mesotheliom
PEB, PE, PEI, PIV	Hodentumoren
M-VAC (für Tage 1 und 2), dann Tage 15 und 22 gesondert als nichtkomplexe Chemotherapie kodieren	Urothelkarzinom
Epirubicin/Taxol/Carboplatin, Cisplatin/Taxol	Ovarialkarzinom
Rx/5-FU/Cisplatin	Ösophagus-karzinom
Rx/5-FU/Mitomycin/Cisplatin	Analkarzinom
Rx/5-FU/Cisplatin	Pankreas-karzinom
Gemcitabin/Cisplatin	NSCLC, Pleura-mesotheliom, Pankreas-karzinom, und and.
CVD, Cisplatin/DTIC/BCNU	Melanom
Adriamycin/Ifosfamid, I2,3VA, EIA, Mini-ICE, VIDE, VAI, VAC, IP, CE, Ifosfamid/Doxorubicin, Cisplatin/Doxorubicin	Sarkom

Chemotherapie	Indikation
FOLFIRI, FOLFOX, Ralitrexed/Oxaliplatin	Gastrointestinale 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.
Neu im Jahre 2009 ist, dass eine hochgradig komplexe Chemotherapie auch bei Lymphomen erlösrelevant ist. Die Erlösrelevanz bei soliden Tumoren ist durch Unstimmigkeiten im OPS bisher nur bei pädiatrischen Patienten von Belang.

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

Beispiele Blockchemotherapie –
ein Therapieblock (8-544.0)

Chemotherapie	Indikation
Konsolidationstherapie I, Ida-FLAG, MI-TO-FLAG, CLAEG, Induktionstherapie Phase 1 oder Phase 2, Reinduktionstherapie Phase 2	ALL
Block A, B oder C	B-ALL
Induktionstherapie (ICE, DAV, DA, MAV, MA-MAC, 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
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 Kodes:

HIPEC (Hypertherme intraperitoneale Chemotherapie)	8-546.0

HITOC (Hypertherme intrathorakale Chemo-therapie)	8-546.1
Sonstige	8-546.x

6.1.4 Konditionierungsprotokolle

Häufige Konditionierungsprotokolle vor Stammzell-transplantationen

Konditionierungsprotokoll	Kodes
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
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	Indikation
Nicht modifizierte Antikörper (z.B. Rituximab)	8-547.0
Mit modifizierten Antikörpern (z.B. Therapie mit Zytotoxinen)	8-547.1
Immunmodulatore (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. Grundsätzlich gilt für die Kodierung von Transfusionen: Die Anzahl der verabreichten Transfusionen wird addiert und die Summe für den Aufenthalt durch einen Sammel- OPS-Kode dokumentiert. Bezugsdatum ist der Tag der ersten Transfusion.
Als verabreicht gilt eine Transfusion, wenn sie komplett oder in Teilen dem Patienten gegeben worden ist. Wird die Transfusion aus medizinischen Gründen unterbrochen oder abgebrochen, so gilt sie als verabreicht.
Nicht verabreichte Transfusionen sind solche, die aus organisatorischen Gründen den Patienten nicht gegeben werden konnten (z.B. Verfall bei Überlagerung, Unterbrechung der Kühlkette, Durchstechen des Beutels).
Auch bestrahlte Konserven gelten erst als gegeben, wenn sie dem Patienten appliziert werden. Für die

Bestrahlung steht kein OPS-Kode zur Verfügung. Bestrahlte Konserven sollten nicht automatisch als „patientenbezogen" (Kodegruppe 8-800.6-) dokumentiert werden. Zurückgelegte Konserven, welche nicht transfundiert werden und nach Ablauf einer Karenzfrist verfallen, können grundsätzlich nicht als verabreicht gewertet werden.

6.3.1 Transfusion von Erythrozyten

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.

6.3.2 Transfusion von Thrombozyten

Für 2009 hat das InEK die Definition und damit die Abrechnung der Thrombozyten komplett überarbeitet. Es gilt nun als Definition für ein TK nicht mehr die Anzahl von Pool-TKs, welche immer wieder zu Diskussionen führte, sondern eine Mindest-Thrombozytenzahl pro TK 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/30/Richtlinien/Richtidx/).
Dort finden sich weitere dezidierte Angaben zu den Prüfparametern der einzelnen Konzentrate.

<u>Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate</u>

Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate werden gezielt auf Gewebemerkmale des Empfängers abgestimmt. I.a.R. handelt es sich um HLA-kompatible Produkte. Kodiert wird mit der Kodegruppe 8-800.6- Pati-

entenbezogene Thrombozytenkonzentrate.

Apherese-Thrombozytenkonzentrat (=Einzelspender-konzentrat)
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 ab 2009 nur noch die Gesamtzahl an Thrombozyten von mindestens von 2×10^{11} pro Transfusionseinheit. Ein gepooltes Konzentrat entspricht in seinem medizinischen Effekt damit ungefähr einem Apheresekonzentrat Damit ist die Definition transparenter. Gleichzeitig erfolgte eine komplette Neukalkulation der entsprechenden ZE-Erlöse. Die Kodierung erfolgt ab 2009 durch den OPS-Kode 8-800.b Thrombozytenkonzentrate. Die DGHO empfiehlt Krankenhäusern, die bevorzugt gepoolte TKs einsetzten, sich wegen der neuen Definitionen mit ihrem Blutdepot in Verbindung zu setzen, um die geforderte Mindestzellzahl nachweisbar sicherzustellen.

6.3.3 Transfusion von Leukozyten
Transfusion von Granulozyten

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

Donor-Lymphozyten (DLI)

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

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

Leukozyten nach ex-vivo-Kultur

Seit 2005 gibt es spezifischen Kode 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 Kodes sind aber teilweise erlösrelevant (MRSA, Palliativmedizin usw.). Die genauen Bedingungen für die jeweiligen Kodes sind im OPS 301 Katalog nachzulesen.

6.4.1 Schmerztherapie

Neben Kodes für die lokale Schmerztherapie gibt es einige Kodes zur multimodalen Schmerztherapie, die 2009 ergänzt wurden durch speziell für die teilstationäre Versorgung reservierte Kodes.

Multimodale Schmerztherapie	Kodes
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-

Multimodale Schmerztherapie	Kode
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. Das Basisassesment (PBA) ist ab 2009 Voraussetzung für die palliativmedizinische Komplexbehandlung und somit auch ab 2009 für die Abrechenbarkeit des Zusatzentgeltes Palliativmedizin.

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

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

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.

Komplexkode 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.

Komplexkode 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 molekularbiolo-

gisches 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.

MRD-Diagnostik und -Monitoring bei ALL
(dieser Kode ist 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

Fluoreszenzgestützte diagnostische Verfahren↗	1-999.1

↗ Dieser Kode ist nur ein Zusatzkode und darf nur verwendet werden, wenn die Floreszenz 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 - Feinnadel -Stanze ohne Clipmarkierung -Stanze mit Clipmarkierung	1-493.3 ↔ 1-493.30 ↔ 1-493.31 ↔ 1-493.32 ↔
Mamma mit Bildsteuerung -Feinnadel -Stanze ohne Clipmarkierung -Stanze mit Clipmarkierung	1-494.3 ↔ 1-494.30 ↔ 1-494.31 ↔ 1-494.32 ↔

Lymphknotenbiopsie

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

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 -Unterer Verdauungstrakt -Pankreas Die Endosonographie ist gesondert zu kodieren	 1-445 1-446 1-447

↗ dieser Kode darf nur einmal pro stationärem Aufenthalt angegeben werden

6.5.3 Hyperthermie

Die Hyperthermiebehandlung im Rahmen der onkologischen Therapie kann in Kombination mit einer zytostatischen Chemotherapie oder einer Strahlentherapie oder beiden Verfahren gleichzeitig erfolgen. Diese werden mit gesonderten Kodes kodiert (siehe Kapitel Chemotherapien) .
Bisher hat ein Hyperthermie-Kode keinen Einfluss auf die DRG-Zuordnung, kann aber mehrfach pro Aufenthalt kodiert werden. So können Einrichtungen die Anzahl der Behandlungen festhalten, die andere Vergütungsformen für die Hyperthermie vereinbart haben

(z.B. besondere Einrichtung etc.).
Eine Hyperthermiesitzung erhält einen Kode zugewiesen. Es ist nicht gerechtfertigt, einer Hyperthermiesitzung, welche an Dauer das übliche Maß überschreitet, mehrere Kodes zuzuweisen.

Für die lokoregionale Hyperthermie (RHT) wird kodiert:

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

Für eine Teilkörperhyperthermie mit MR-Monitoring wird kodiert:

Teilkörperhyperthermie	8-601

Das MR Monitoring wird nicht zusätzlich kodiert.

Für eine Ganzkörperhyperthermie wird kodiert:

Ganzkörperhyperthermie	8-602

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

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

Interstitielle und intrakavitäre Hyperthermie	8-603

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

Die computergestützte Planung der Hyperthermie wird verschlüsselt mit:

Computergestützte Planung einer Hyperthermie	8-604

Die hypertherme intraperitoneale Chemotherapie wird mit dem Kode 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 DRGs 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	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 Kodes 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 Kodes jeweils aus einem eígenen Kapitel erfasst, der Rest (Abdomen, Thorax, Kopf usw.) wird mit Kodes aus dem Kapitel 8-836.- kodiert. Hier werden die verschiedenen Verfahren mit unterschiedlichen Ziffern in der Stelle nach dem Punkt

belegt und die Lokalisation mit der letzten Ziffer. Die Materialien sind mit einem Zusatzkode anzugeben.

Beispiele:

Selektive Embolisation mit Partikel, Gefäße visceral (TACE)	8-836.ka
Dazu Art der Partikel; 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 Kodes (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 intravaskuäre 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 ↔

Die extrakorporale Photophorese wird kodiert mit:

Photophorese	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 Photophorese kann als Zusatzentgelt abgerechnet werden.

7. Knochenmark-Transplantation und PBSZT

7.1 Stammzellgewinnung

Die Stammzellgewinnung wird mit unterschiedlichen Kodes beschrieben, in Abhängigkeit der Quelle (Knochenmark, periphere Staummzellen) 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
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 6-002.- 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

HD	Z52.08 Spender sonstiger Blutbestandteile
Proz.	-

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

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

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

7.2 Stammzelltransplantation

7.2.1 Allgemeine Hinweise zur Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen

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

Beim Kapitel Zusatzinformationen (5-93ff) ist seit dem OPS 2006 eine Untergruppierung zur Angabe eines allogenen Transplantates eingeführt worden. Hier muss jetzt die AB0- Kompabilität verschlüsselt werden:

ABO-Kompabilität	Kodes
Art des Transplantates: allogen	5-930.2-
AB0-kompatibel	5-930.20
AB0-nichtkompatibel	5-930.21

HLA-Identität liegt vor:
bei Übereinstimmung bei HLA–A, HLA-B, HLA-C (zweistellig) 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

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

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

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

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

7.2.3 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 in 1 Antigen	8-805.24
Nach In vitro Aufbereitung bei Differenz in 2-3 Antigenen (haploident)	8-805.25

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

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

Allogen, HLA-identisch, nicht-verwandter 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

	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 krankenhausindividuell verhandelt werden.

Photophorese 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 Kodegruppe T86.0- (Versagen eines Transplantates hämatopoetischer Stammzellen und Graft-versus-host-Krankheit) kodiert werden. Dabei wird unterschieden nach Transplantatversagen und GvHD.

Transplantat-Versagen	T86.00

Graft-versus-Host-Disease	Kode
Akute GvHD Grad I und II	T86.01
Akute GvHD Grad III und IV	T86.02
Chronische GvHD begrenzte Form	T86.03
Chronische GvHD 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 Kodes). [vgl DKR P015f]

Die Definition der Stadien richtet sich nach der klinischen (hier in Klammern gesetzt) und nicht nach der histologischen Einteilung. Sie ist ab 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 Körper-oberfläche)	L99.11*
Stadium 2 (Exanthem 25 - 50 % der Körper-oberfläche)	L99.12*
Stadium 3 (Exanthem > 50% der Körperoberfläche)	L99.13*
Stadium 4 (Blasenbildung)	L99.14*

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

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

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

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

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

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

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

J84.8 Sonstige näher bezeichnete interstitielle Lungenkrankheiten.

Weitere Manifestationen der chronischen GVHD:

Muskuloskeletal:

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.

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

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
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

Bulsufan, 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

Bulsulfan, parenteral (ZE79)	Kode
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 bis unter 7 Implantate	6-003.30
7 bis unter 10 Implantate	6-003.31
10 Implantate und mehr	6-003.32

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
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

Doxorubicin, liposomal, parenteral (ZE52)	Kode
200 mg bis unter 220 mg	6-001.bf
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

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
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
8.800 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

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
1.400 mg und mehr	6-001.3c

Oxaliplatin, parenteral (ZE91)	Kode
300 mg bis unter 350 mg	6-001.54
350 mg bis unter 400 mg	6-001.55
400 mg bis unter 500 mg	6-001.56
500 mg bis unter 600 mg	6-001.57
600 mg bis unter 800 mg	6-001.59
800 mg bis unter 1.000 mg	6-001.5a
1.000 mg bis unter 1.200 mg	6-001.5b
1.200 mg bis unter 1.400 mg	6-001.5c
1.400 mg und mehr	6-001.5d

Paclitaxel, parenteral (ZE63)	Kode
180 mg bis unter 240 mg	6-001.f0
240 mg bis unter 360 mg	6-001.f1

Paclitaxel, parenteral (ZE63)	Kode
360 mg bis unter 480 mg	6-001.f2
480 mg bis unter 600 mg	6-001.f3
600 mg bis unter720 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
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

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
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

Temozolomid, oral (ZE78)	Kode
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.

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
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
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

Cetuximab, parenteral (ZE50)	Kode
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

Gemtuzumab Ozogamicin, parenteral (ZE2009-29)	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

Infliximab, parenteral (ZE68)	Kode
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
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	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.

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
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

Trastuzumab, parenteral (ZE27)	Kode
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
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, (ZE43)	Kode
100 mg bis unter 175 mg*	6-002.30
175 mg bis unter 250 mg*	6-002.31
250 mg bis unter 350 mg	6-002.32
350 mg bis unter 450 mg	6-002.33
450 mg bis unter 550 mg	6-002.34
550 mg bis unter 650 mg	6-002.35
650 mg bis unter 750 mg	6-002.36
750 mg bis unter 850 mg	6-002.37
850 mg bis unter 950 mg	6-002.38
950 mg bis unter 1.150 mg	6-002.39
1.150 mg bis unter 1.350 mg	6-002.3a
1.350 mg bis unter 1.550 mg	6-002.3b
1.550 mg bis unter 1.750 mg	6-002.3c
1.750 mg bis unter 1.950 mg	6-002.3d

Amphotericin B, liposomal, parenteral, (ZE43)	Kode
1.950 mg bis unter 2.150 mg	6-002.3e
2.150 mg bis unter 3.150 mg	6-002.3f
3.150 mg bis unter 4.150 mg	6-002.3g
4.150 mg bis unter 5.150 mg	6-002.3h
5.150 mg bis unter 6.150 mg	6-002.3j
6.150 mg bis unter 7.150 mg	6-002.3k
7.150 mg bis unter 8.150 mg	6-002.3m
8.150 mg bis unter 9.150 mg	6-002.3n
9.150 mg bis unter 10.150 mg	6-002.3p
10.150 mg bis unter 11.150 mg	6-002.3q
11.150 mg und mehr	6-002.3r

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

Caspofungin, parenteral (ZE39)	Kode
35 mg bis unter 65 mg*	6-002.00
65 mg bis unter 100 mg	6-002.01
100 mg bis unter 150 mg	6-002.02
150 mg bis unter 200 mg	6-002.03
200 mg bis unter 250 mg	6-002.04
250 mg bis unter 300 mg	6-002.05
300 mg bis unter 350 mg	6-002.06
350 mg bis unter 400 mg	6-002.07
400 mg bis unter 450 mg	6-002.08
450 mg bis unter 500 mg	6-002.09
500 mg bis unter 600 mg	6-002.0a
600 mg bis unter 700 mg	6-002.0b
700 mg bis unter 800 mg	6-002.0c

Caspofungin, parenteral (ZE39)	Kode
800 mg bis unter 900 mg	6-002.0d
900 mg bis unter 1.000 mg	6-002.0e
1.000 mg bis unter 1.100 mg	6-002.0f
1.100 mg bis unter 1.200 mg	6-002.0g
1.200 mg bis unter 1.300 mg	6-002.0h
1.300 mg bis unter 1.400 mg	6-002.0j
1.400 mg bis unter 1.500 mg	6-002.0k
1.500 mg bis unter 1.600 mg	6-002.0m
1.600 mg bis unter 1.700 mg	6-002.0n
1.700 mg bis unter 1.800 mg	6-002.0p
1.800 mg bis unter 2.000 mg	6-002.0q
2.000 mg bis unter 2.200 mg	6-002.0r
2.200 mg bis unter 2.400 mg	6-002.0s
2.400 mg bis unter 2.600 mg	6-002.0t
2.600 mg und mehr	6-002.0u

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

Itraconazol, parenteral (ZE77)	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

Itraconazol, parenteral (ZE77)	Kode
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 und mehr	6-002.cf

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

Posaconazol, oral (ZE 81)	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
35.400 mg und mehr	6-003.0f

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

Voriconazol, parenteral (ZE46)	Kode
0,4 g bis unter 0,6 g*	6-002.60
0,6 g bis unter 0,8 g*	6-002.61
0,8 g bis unter 1,2 g	6-002.62
1,2 g bis unter 1,6 g	6-002.63
1,6 g bis unter 2,0 g	6-002.64
2,0 g bis unter 2,4 g	6-002.65
2,4 g bis unter 3,2 g	6-002.66
3,2 g bis unter 4,0 g	6-002.67
4,0 g bis unter 4,8 g	6-002.68
4,8 g bis unter 5,6 g	6-002.69
5,6 g bis unter 6,4 g	6-002.6a
6,4 g bis unter 7,2 g	6-002.6b
7,2 g bis unter 8,8 g	6-002.6c
8,8 g bis unter 10,4 g	6-002.6d
10,4 g bis unter 12,0 g	6-002.6e
12,0 g bis unter 13,6 g	6-002.6f
13,6 g bis unter 15,2 g	6-002.6g
15,2 g bis unter 16,8 g	6-002.6h
16,8 g bis unter 18,4 g	6-002.6j
18,4 g bis unter 20,0 g	6-002.6k
20,0 g bis unter 21,6 g	6-002.6m
21,6 g bis unter 23,2 g	6-002.6n
23,2 g bis unter 24,8 g	6-002.6p
24,8 g bis unter 26,4 g	6-002.6q
26,4 g bis unter 28,0 g	6-002.6r
28,0 g bis unter 29,6 g	6-002.6s
29,6 g bis unter 31,2 g	6-002.6t
31,2 g und mehr	6-002.6u

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

Voriconazol, oral (ZE45)	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
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 und mehr	6-002.5b

*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
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

Filgrastim, parenteral (ZE 40)	Kode
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	6-002.1

*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
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 (ZE2009-33)	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
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

Sargramostim, parenteral (ZE2009-33)	Kode
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

Aldesleukin, parenteral (ZE48)	Kode
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

Interferon alfa-2a (nicht pegylierte Form, parenteral (ZE2009-59)	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
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 (ZE2009-60)	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
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	8-812.2q

(ZE2009-65)	Kode
Selektive intravaskuläre Radionukidtherapie (SIRT) mit Yttrium-90-markierten Mikrosphären	8-530.45

8.2 Blut und Blutprodukte

Erythrozytenkonzentrat (ZE54) Hinweis: Definitionen und Regeln siehe Kapitel 6.2.1	Kode
1 TE bis unter 6 TE**	8-800.7f
6 TE bis unter 11 TE*	8-800.7g
11 TE bis unter 16 TE*	8-800.7h
16 TE bis unter 24 TE	8-800.70
24 TE bis unter 32 TE	8-800.71
32 TE bis unter 40 TE	8-800.72
40 TE bis unter 48 TE	8-800.73
48 TE bis unter 56 TE	8-800.74
56 TE bis unter 64 TE	8-800.75
64 TE bis unter 72 TE	8-800.76
72 TE bis unter 80 TE	8-800.77
80 TE bis unter 88 TE	8-800.78
88 TE bis unter 104 TE	8-800.79
104 TE bis unter 120 TE	8-800.7a
120 TE bis unter 136 TE	8-800.7b
136 TE bis unter 152 TE	8-800.7c
152 TE bis unter 168 TE	8-800.7d
168 TE und mehr	8-800.7e

*Diese Mengenklassen können nur bei Patienten unter 15 Jahren als Zusatzentgelt abgerechnet werden.** Diese Mengenklasse ist nicht als ZE abrechenbar (weder bei Kindern noch bei Erwachsenen), sollt aber kodiert werden.

Thrombozytenkonzentrat (ZE94)	Kode
1**	8-800.b0
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
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.
** Diese Mengenklasse ist nicht als ZE abrechenbar (weder bei Kindern noch bei Erwachsenen), sollte aber kodiert werden.

Patientenbezogenes Thrombozytenkonzentrat (ZE35)	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
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 und mehr	8-800.6f

Apherese-Thrombozytenkonzentrat (ZE84)	Kode
1*	8-800.9v
2	8-800.90
3	8-800.91
4	8-800.92
5	8-800.93

Apherese-Thrombozytenkonzentrat (ZE84)	Kode
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

*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 lE 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 lE bis unter 20.000 lE	8-810.g6
20.000 lE bis unter 25.000 lE	8-810.g7
25.000 lE bis unter 30.000 lE	8-810.g8
30.000 lE 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 lE bis unter 4.500 lE	8-810.f4
4.500 lE bis unter 5.500 lE	8-810.f5
5.500 lE bis unter 6.500 lE	8-810.f6
6.500 lE bis unter 7.500 lE	8-810.f7
7.500 lE bis unter 8.500 lE	8-810.f8
8.500 lE bis unter 9.500 lE	8-810.f9
9.500 lE bis unter 10.500 lE	8-810.fa
10.500 lE bis unter 15.500 lE	8-810.fb

Prothrombinkomplex (ZE30)	Kode
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 (ZE2009-34)	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

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

Human-Immunglobuline, spezifisch gegen Zytomegalie-Virus (CMV) (ZE64)	Kode
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
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 unter105 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

Human-Immunglobuline, polyvalent (ZE93)	Kode
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 unter365 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 gegenVaricella-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

Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Varicella-Zoster-Virus (VZV) (ZE67)	Kode
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.

Human- Immunglobulin, spezifisch gegen Hepatitis-B-surface-Antigen, parenteral (ZE51)	Kode
2.000 IE bis unter unter 4.000 IE	8-810.q0
4.000 IE bis unter unter 6.000 IE	8-810.q1
6.000 IE bis unter unter 8.000 IE	8-810.q2
8.000 IE bis unter unter 10.000 IE	8-810.q3
10.000 IE bis unter unter 12.000 IE	8-810.q4
12.000 IE bis unter unter 14.000 IE	8-810.q5
14.000 IE bis unter unter 16.000 IE	8-810.q6
16.000 IE bis unter unter 18.000 IE	8-810.q7
18.000 IE bis unter unter 20.000 IE	8-810.q8
20.000 IE bis unter unter 22.000 IE	8-810.q9
22.000 IE bis unter unter 24.000 IE	8-810.qa
24.000 IE bis unter unter 28.000 IE	8-810.qb
28.000 IE bis unter unter 32.000 IE	8-810.qc
32.000 IE bis unter unter 36.000 IE	8-810.qd
36.000 IE bis unter unter 40.000 IE	8-810.qe
40.000 IE bis unter unter 46.000 IE	8-810.qf
46.000 IE bis unter unter 52.000 IE	8-810.qg
52.000 IE bis unter unter 58.000 IE	8-810.qh
58.000 IE bis unter unter 64.000 IE	8-810.qj
64.000 IE und mehr	8-810.qk

8.3 Sonstiges

(ZE2009-46)	Kode
Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin vom Kaninchen, parenteral	8-812.3

(ZE2009-46)	Kode
Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin vom Pferd, parenteral	8-812.4

8.4 Hämatologisch und Onkologisch relevante NUBs

Die Tabelle enthält die NUBs, die 2008 den Status 1 erhalten haben und die NUBs, die von der DGHO als Antrag empfohlen wurden. Die Liste der 2009 mit dem Status 1 versehenen NUBs wird vom InEK Ende Januar/ Anfang Februar 2009 veröffentlicht. Die Tabelle enthält weiterhin einige Medikamente, die verschlüsselt werden können, ohne dass sie ZE oder NUB sind.

Wirkstoff	OPS 2009	2008 mit Status 1	2009 als Antrag empfohlen
Amphotericin-B-Lipidkomplex, *parenteral*	6-003.1	X	X
Sunitinib, oral	6-003.a	X	X
Sorafenib,oral	6-003.b	X	X
Nelarabin, parenteral	6-003.e	X	X
Lenalidomid, oral	6-003.g	X	X
Eculizumab, parenteral	6-003.h	X	X
Clofarabin, parenteral	6-003.j	X	X
Anidulafungin, parenteral	6-003.k	X	X

Wirkstoff	OPS 2009	2008 mit Stat. 1	2009 als Antr. empf.
Dexrazoxan, parenteral	6-003.q		X
Dasatinib	6-004.3	X	X
Decitabine*	6-004.4	X	
Micafungin*	6-004.5	X	X
Nilotinib	6-004.6	X	X
Panitumumab	6-004.7	X	X
Temsirolismus	6-004.9	X	X
Trabectidin	6-004.a	X	X
Azacytidin	n.n.d		X
Lapatinib	n.n.d		X
Vorinostat	n.n.d		X
Romiplastim	n.n.d		X
Plerixafor	n.n.d		X
Catumaxomab	n.n.d		X
Ixabepilon	n.n.d		X
Dexrazoxane (Paravasat)	n.n.d		X
Rasburicase	6-004.c		
Nicht-pegylierte Asparaginase, parenteral	6-003.n		
Pegylierte Asparaginase, parenteral	6-003.p		

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

AB0- Kompabilität 148
Agranulozytose 91, 92
AIHA 87
AILD 55
Aldesleukin 180
Alemtuzumab 167
Alkoholinjektion (PEI) 144
Amphotericin B, liposomal 172
Anämie 83
- AIHA 87
- angeboren 86
- aplastisch 84
- arzneimittelinduziert 84
- Blutungsanämie, akut 85
- chron. Erkrankung, bei 84
- Eisenmangelanämie 85
- Evans-Syndrom 87
- Folsäure-Mangel 85
- Hämoglobinurie, paroxysomal, nächtl. 87
- Malignomen, bei 83
- refraktär 62
- Sichelzellanämie 86
- Thalassämie 86
- Tumoren, bei 83
- Vitamin-B12 Mangel 85
Angiodysplasie 95
Angiosarkom 78
Anidulafungin 192
Ann Arbor 56
Anti-Human-T-Lymphozyten Immunglobulin 130, 192
Antibiotikaprophylaxe 112
Antikoagulantien 94
Antikörper 121, 130
- Alemtuzumab 167
- Bevacizumab 168
- Cetuximab 168
- Gemtuzumab 169
- Infliximab 169
- Palifermin 170
- Rituximab 171
- Trastuzumab 171
Antimykotika 172
- Amphotericin B, Lipidkomplex 172, 192
- Caspofugin 173
- Itraconazol 174
- Posaconazol 175
- Voriconazol, parent. 176
- Voriconazol, oral 177
Antiphospholipid-syndrom 94, 97
Antithrombin III 187
Apherese-Thrombozytenkonzentrat 132
Arteriographie 142
Asparaginase
- nicht-pegyliert 193
- pegyliert 193
Aspergillose 105
Aszitespunktion 140
Ausrufezeichen-Kode 30
Azacytidin 193

B

B-NHL, diffus, großzellig 55
Bakteriämie 101
Basisassesment (PBA) 135
Beurlaubung 25
Bevacizumab 168
Blastenüberschuss 62
Blutung 93

- Gastritis 95
- Hämoptoe 93
- Hämorrhoidalblutung 96
- Hyperfibrinolyse 94
- intracerebral 93
- Netzhautblutung 93
- Ösophagusvarizen 95
- Subarachnoidalblutung 93
- Subduralblutung 93

BNPNAS 79
Bortezomib, parenteral 174
Bronchialkarzinom 123
Budd-Chiari Syndrom 97
Bülaudrainage 140
Bulsufan, parenteral 174
Burkitt-Lymphom 55

C

Candida-Infektionen 106
- Candidämie 106

Carmustin- Implantat 160
Caspofugin 173
Catumaxomab 193
CD34-Selektion 148
Cetuximab 168
Chemotherapie 121
- Blockchemotherapie hochgradig komplex und intensiv 127
- mittelgradig komplex und intensiv 125
- HIPEC 128
- Konditionierungs-protokolle 129
- nicht komplex 122
- Zytostatikainjektionen, intrathekal 122

Chlorom 60
CLL 53
Clofarabin 192
CMV-Infektion 107
CMV, Human- Immunglobuline 188
CUP-Syndrom 36, 79
Cytarabin, liposomal 160

D

Dasatinib 193
Decitabine 193
Definitionshandbuch 15
Depletion, T- und B-Zell- 146
Dexrazoxan 193
Diagnosekode 28
Diagnosenklassifikation 28
Diagnostik
- Arteriographie 142
- Aszitespunktion 140
- Bülaudrainage 140
- Ex-vivo-Zellkultursystem 137
- Hautbiopsie 138
- HLA-Typisierung 136
- Immunhistochemie 137
- Immunphänotypisierung (FACS-Scan) 137
- KM-Aspirationszytologie 137
- Kyphoplastie 139
- Leberpunktion 139
- Lymphknotenbiopsie 139
- Mammabiopsie 138
- Molekurlarbiologie 137
- MRD-Diagnostik 137
- Perikard-Punktion 140
- Pleurapunktion 140
- Schilddrüse 140
- Staging, komplexes 136
- Vertebroplastie 139
- Zytochemie 137
- Zytogenetik 137

Diffus großzelliges NHL 35, 55
DIMDI 30
Divertikulitis 95
Divertikulose 95
DLI, Donor-Lymphozyten 133
Dexrazoxane 193
Doxorubicin
- liposomal 161
- pegyliert 162

E

Eculizumab 192
Eingruppierung 21
Eisenmangelanämie 85
Embolisat 143
Embolisation 142
Endosonografische FNP 140
Entlassung 24
Erythrozytendepletion 146
Erythrozytenkonzentrat 183
Erythrozy.-überlebenszeit 144
Evans-Syndrom 87
Ewingsarkom 77
Ex-vivo-Zellkultursystem 137
Extremitätenperfusion 144

F

Faktorenmangel, erworben 94
Fallpauschalen-
- katalog 14, 20
- katalog 2009 20
- veinbarung (FPV) 14
Ferrokinetik 144
Fibrosarkom 77
Fieber unklarer Ursache 100
Filgrastim 177
Follikuläres NHL 54

G

Gastritis 95
Gefäßintervention, perkutan-transluminal 142
Gemcitabin 163
Gemtuzumab 169
Gerinnungspräparate 93
Graft-versus-Host-Disease (GvHD) 152
- akut 152
- Auge 156
- chronisch 152, 155
- Gastrointestinaltrakt 155
- Haut 153, 155
- Leber 153, 154
- Lunge 157
- orale Manifestation 156
- Verdauungstrakt 153, 154
Granulozytenkonzentrate 188
Grouper-Programm 15

H

Haarzellleukämie 54
Hämoglobinurie, paroxysomal, nächtlich 87
hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS) 85
Hämophilie 94
Hemmkörperhämophilie 94
Hämoptoe 93
haploident 149, 150
Hauptdiagnose 32
Haut,GvHD 153
Hautbiopsie 138
HIPEC 128
Hirninfarkt 97
Histiozytose 63
Histiozytosen 62

HLA-Identität 148, 137
HLA-Typisierung 136
Hodgkin-Lymphom 34, 53, 82, 127
HUS hämolytisch-urämisches Syndrom 85

Human-Immunglobuline
- polyvalent 189
- spez. geg. Hep.B surface Antigen 191
- spezifisch geg. CMV 188
- spez. geg. VZV 189

Hyperfibrinolyse 94
Hypersplenismus 90
Hyperthermie 140

I

ICD, Diagnoseklassifikation 28
Imatinib 163
Immunhistochemie 137
Immunkompromittierung 158
Immunmodulatoren 180
- Aldesleukin 180
- Interferon alfa-2a 181
- Interferon alfa 2b 182

Immunozytom 54
Immunphänotypisierung (FACS-Scan) 137
Infliximab 169
intrathekale Zytostatikagabe 122
In-vitro-Aufbereitung 148
InEK 14
Infektionen 99
- Bakteriämie 101
- Candida-Infektionen 106
- CMV-Infektion 107
- Monitoring 100
- MRE, multiresistenten Erregern 110
- MRSA 108
- resistente Keimen 108
- Sepsis 102
- SIRS 102
- Staphylokokkeninf. 109

Interferon 130
- Interferon alfa-2a 181
- Interferon alfa 2b 182

Interleukin 130
Irinotecan 164
Itraconazol 174
Ixabepilon 193

K

Kalkulationsgrundlage 19
Kaposi Sarkom 78, 79
KM-Aspirationszytologie 137
Knochenmark Biopsie 136
Koagulopathie 94
Kodierregeln, allgemein 28
Komplikationen 50
Konditionierung 148
Kreuz-Stern-System 29
Kryptokokkose 107
Kyphoplastie 139

L

Lapatinib 193
Leber, (GvHD) 153, 154
Leberkrankheit, venös okklusiv 158
Leberpunktion 139
Leiomyosarkom 77
Lenalidomid 192
Lenograstim 178
Leukämie
- Remissionsstatus 60
- akut, myeloisch 59

- akut lymphatisch 59
- Basophilenleukämie 60
- Chlorom 60
- chronisch, myelomonozytär 62
- chronisch myeloisch 62
- Diagnostik 136
- Mastzellenleukämie 63
- Myelofibrose 60
- refraktär 58, 61, 64
- Remissionsstatus 60

Leukozyt., ex-vivo-Kultur 133
Liposarkom 77
Lumbalpunktion 140
Lungenarterienembolie 96
Lymphangiosis carcinomatosa 45
Lymphknotenbiopsie 139
Lymphknotenmetastase 81
Lymphom 53
- Burkitt-Lymphom 55
- diffus, großzellig 35, 55
- M.Hodgkin 34, 53, 82, 127
- Malt-Lymphom 54
- Mantelzelllymphom 54
- Marginalzonen- 54
- Non Hodgkin 34, 53, 82
- Remission, komplett 57
- Remissionsstatus 57

Lymphozyten 147

M

M.Hodgkin 34, 53, 82, 127
M. Waldenström 54
Malignome, mehrere 44
Malignomnachweis, fehlt 44
Malt-Lymphom 54
Mammabiopsie 138
Mantelzelllymphom 54
Marginalzonenlymphom 54
Mastozytose 63
Mastzellenleukämie 63
MDS 62
Melanom 75
Meningeosis carcinomatosa 45
Meningeosis lymphomatosa 57
Mesotheliom 78
Metallspirale 142, 143
Metastasen
- Gehirn 79
- Hauptdiagnose 36
- Lymphknoten- 81

MGUS 55
Micafungin 193
Mikroangiopathie 85
Molekularbiologie 137
Moschkowitz, M. 84
MPNET 79
MRD-Diagnostik 137
MRE, Infektion mit 110
MRSA 108
Mukormykose 107
multiresistenten Erregern MRE 110
Myelodysplastische Syndr. 62
Myelofibrose 60
Myelom 53
Myeloproliferative Erkrankungen 62
- Remissionsstatus 64

Mykosis fungoides 55, 57

N

Nebendiagnose 33
Nelarabin 192
Neubildung
- solider Organe 65
- gutartig 65

Neutropenie 91, 92

Nilotinib 193
Non Hodgkin Lymphom 34, 53, 82
NUBs 20, 192

O

OPS, Prozedurenklassifik. 30
Ösophagusvarizen 95
Osteolyse, Nebendiagnose 57
Osteomyelofibrose 62
Osteosarkom 77
Oxaliplatin 164

P

Paclitaxel 164
Palifermin 170
Palliativmedizin 134
- Komplexbehandlung 135
Panitumumab 193
Paragranulom 53
paroxysomale nächtliche Hämoglobinurie 87
Partikel, Medikamenten-belanden 143
PBA, Basisassesment 135
Pegfilgrastim 179
Pemetrexed 165
Perikardpunktion 140
Pfortaderthrombose 97
Photopherese 151
Photophorese 144
Plasmozytom 55
Plerixafor 193
Pleuraerguss 42
Pleurapunktion 140
PNET 79
Pneumonie, nosokomial 111
Polycythämia vera 62
Posaconazol 175
Positivanreicherung 145-14
Prolymphozytenleukämie 54
Prothrombinkomplex 187
Prozedurenklassifikation 30
PTLD 56
Purpura, thrombotisch-thrombozytopenische 84

R

Radiofrequenzablation 144
RAEB, Blastenüberschuss 62
Rasburicase 113, 114, 193
Restaging 37
refraktär 58-62, 104
Remission 57
Rezidiv 44
Rhabdomyosarkom 77
Ringsideroblasten 62
Rituximab 171
Romiplastim 193

S

Sagramostim 179
Sarkom 76
- Angiosarkom 78
- Ewingsarkom 77
- Fibromyosarkom 77
- Kaposi 78, 79
- Leiomyosarkom 77
- Liposarkom 77
- Osteosarkom 77
- Rhabdomyosarkom 77
- NOS 78
Schilddrüsenpunktion 140
Schmerz 40
- Tumorschmerz 40
Schmerztherapie multimodal 134
Schwannom, maligne 79

Sepsis 102
- schwer 104
- septischer Schock 104
Sezary-Syndrom 55
SIRS 102
SIRT 143, 182
Sorafenib 192
Splittkriterien 21
Staging, komplex 136
Stammzellboost 151
Stammzellen
- hämatopoetisch 147, 150
- mesenchymal 150
Stammzellenspender 147
Stammzellgewinnung 145
- Eigenspende 145
- Erythrozytendepletion 146
- Fremdspende 145
- In-vitro-Aufbereitung 146
- Positivanreicherung 146
- T- und B-Zell-Depletion 146
Stammzellsupport 150
Stammzelltransplantation 148
- CD34-Selektion 148
- In-vitro-Aufbereitung 148
Staphylokokkeninfektion 109
Sunitinib 192
Supportivmedikamente 121
Symptombehandlung 39
Szintigraphie 144

T

T-NHL, peripher 55
TACE 143
teilstationäre Leistungen 19
Temozolomid 166
Temsirolismus 193
thrombotisch-thrombozytopenische Purpura 84
Thrombophilie 96
Thrombosen 96
- Antiphospholipidsyndr. 97
- Budd-Chiari Syndrom 97
- Hirninfarkt 97
- Lungenarterienembolie 96
- Pfortaderthrombose 97
- Sinusvenenthrombose 97
- Thrombophlebitis 97
Thrombozytenkonzentrat 132, 184
- Apherese - 132, 185, 186
- patientenbezogen 131, 185
Thrombozytenüberlebenszeit 144
Thrombozythämie, essentiell 62
Thrombozytopathien 94
Thrombozytopenie 79
- Heparin-induzierte 90
- Immunthrombozytopenie 90
- transfusionsrefraktär 90
Topotecan 166
Transfusion 130
- Erythrozyten 131
- Granulozyten 133
- Leukozyten 133
- Thrombozyten 131
Transplantation
Immunkompromittierung 158
Trabectidin 193
Trastuzumab 171
Tumor
- Adnexe 72
- Augen 76
- äußere weibliche Geschlechtsorgane 71

- Bronchien und Lunge 70
- Dickdarm 68
- Dünndarm 67
- Endokrine Organe 74
- Gallenblase und Gallenwege 69
- Gehirn 79
- Harnblase 73
- Haut 75
- Herz 70
- HNO 65
- Hoden 74
- Leber und intrahep. Gallengänge 69
- Lunge 70
- Magen 67
- Mund und Pharynx 65, 66
- Nase, Larynx und Trachea 66
- Niere 73
- Ösophagus 66
- Ovar 72
- Pankreas 69
- Pleura 70
- Thymus 70
- Tube 72
- Tumoranämie 83
- Uterus 72

Tumorlyse 113, 114
Tumorschmerz 40

U

Ulcus
- Ulcus duodeni 95
- Ulcus ventriculi 95

V

Verbrauchskoagulopathie 94
Verbringung 24, 26
Verdachtsdiagnosen 39, 48
Verdauungstrakt, GvHD 153, 154
Verlegung 24
Vertebroplastie 139
venös okklusive Leberkrankheit 158
Voriconazol, oral 177
Voriconazol, partenteral 176
Vorinostat 193

W

Wachstumsfaktoren 177
- Filgrastim 177
- Lenograstim 178
- Pegfilgrastim 179
- Sagramostim 179

Waldenström, M. 54
Wiederaufnahmeregelung 50
Willebrand-Jürgens-Syndrom, von 94

Z

Zellapherese 147
Zusatzentgelt 15
Zusatzentgelte 15, 22
Zytochemie 137
Zytogenetik 137
Zytokine 130
Zytopenie 83
Zytostatika
- Bortezomib 174
- Bulsufan 174
- Carmustin-Implantat 160
- Cytarabin, liposomal 160
- Docetaxel 161

- Doxorubicin,
  liposomal 161
- Doxorubicin, pegyliert 162
- Gemcitabin 163
- Imatinib 163
- Irinotecan 164
- Oxaliplatin 164
- Paclitaxel 164
- Pemetrexed 165
- Topotectan 166
- Temozolomid 166