

DEUTSCHE KODIERRICHTLINIEN

**Allgemeine und Spezielle
Kodierrichtlinien
für die Verschlüsselung von
Krankheiten und Prozeduren**

Version 2005

**Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)
Spitzenverbände der Krankenkassen (GKV)
Verband der privaten Krankenversicherung (PKV)
Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK gGmbH)**

© 2001, 2002, 2003, 2004 Copyright für die Deutschen Kodierrichtlinien:
Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK gGmbH)

Die Vervielfältigung und Verbreitung, auch auszugsweise, ist nur mit Quellenangabe und in unveränderter Form gestattet. Alle übrigen Rechte bleiben vorbehalten.

EINLEITUNG

zu den Deutschen Kodierrichtlinien, Version 2005

Die Selbstverwaltungspartner (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung) und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK gGmbH) haben die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) für das Jahr 2005 unter Beteiligung von Bundesärztekammer und Deutschem Pflegerat erneut angepasst. Während in den vergangenen Jahren mit Rücksicht auf die Anwender nur geringfügige Änderungen vorgenommen wurden, so ist für 2005 mit Blick auf die hohe Komplexität der Deutschen Kodierrichtlinien eine umfassendere Überarbeitung erfolgt. Diese diente jedoch primär der Verschlankung der Kodierrichtlinien im Sinne einer Beschränkung auf ausdrücklich durch die DKR zu regelnde Sachverhalte. Ziel war es, grundsätzliche Sachverhalte möglichst fachübergreifend in den Allgemeinen Kodierrichtlinien zu regeln. Dadurch gelang es, die Zahl der Speziellen Kodierrichtlinien deutlich zu reduzieren. In geringerem Umfang wurden inhaltliche Änderungen der Kodierrichtlinien vorgenommen. Mit dieser Überarbeitung entfernt man sich somit erstmals vom australischen Vorbild, und ein weiterer Schritt in Richtung Anpassung an deutsche Versorgungsverhältnisse wird vollzogen.

In diesem Zusammenhang wurden folgende Anpassungen vorgenommen:

- Kondensierung und Streichung zahlreicher DKR zur Vermeidung inhaltlicher Redundanzen, originär klassifikatorischer Erläuterungen zu ICD und OPS sowie rein medizinischer Erläuterungen
- Erstellung von Anpassungsvorschlägen zu ICD und OPS für das DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) bei Streichung klassifikatorischer Inhalte
- Klarstellungen zu spezifischen Fallkonstellationen
- Redaktionelle Überarbeitung der Kodierrichtlinien
- Anpassung der DKR an die ICD-10-GM Version 2005, den OPS Version 2005 und die G-DRG-Klassifikation Version 2005

Die Deutschen Kodierrichtlinien Version 2005 beziehen sich weiterhin ausschließlich auf Codes des amtlichen OPS Version 2005. Codes des freiwillig anzuwendenden Erweiterungskataloges zum OPS (auch optionaler OPS genannt) werden hier nicht berücksichtigt. Die Übergangsregelungen für die Abrechnung gemäß der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) wurden unverändert belassen, um bei verzögerten Budgetverhandlungen weiterhin eine sachgerechte Abrechnung zu ermöglichen. Es kann bei Redaktionsschluss nicht ausgeschlossen werden, dass im Rahmen der Überarbeitung der Fallpauschalen-/Sonderentgeltkataloge noch Änderungsbedarf in Bezug auf Übergangsregelungen entstehen wird. Dieser wird dann im Zusammenhang mit der Veröffentlichung der Fallpauschalen-/Sonderentgeltkataloge bekannt gegeben. Gleiches gilt für die endgültige Veröffentlichung des OPS Version 2005. Gegebenenfalls notwendige Änderungen der DKR werden gesondert bekannt gegeben.

In gewohnter Weise werden zur besseren Übersichtlichkeit der erfolgten Änderungen diese am Rand durch Markierungen (senkrechte Balken) gekennzeichnet. In den Fällen, in denen Inhalte des Regelwerkes eine Modifizierung oder Ergänzung erfahren haben, wurde in der fortlaufenden Nummerierung der Kodierrichtlinien der Buchstabe „a“, „b“ oder „c“ durch „d“ für die Version

2005 ersetzt. Die wesentlichen Änderungen im Vergleich zur Vorversion werden im Anhang B zu den Kodierrichtlinien zusammenfassend dargestellt. Um den inhaltlichen Bezug zur Version 2004 aufrecht zu erhalten, wurde die alte DKR-Nummerierung belassen. Daher war eine durchgängige Zählweise nicht mehr zu realisieren.

Danksagung

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherungen und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK gGmbH) danken ganz herzlich Herrn Dr. Albrecht Zaiß, Universität Freiburg, und seinen Mitarbeitern, die die Überarbeitung der Deutschen Kodierrichtlinien maßgeblich unterstützt haben sowie den Mitarbeitern des DIMDI für die fachliche Begleitung.

Darüber hinaus danken wir allen Anwendern und Fachgesellschaften, die auch im Rahmen des Verfahrens zur Einbindung des medizinisch-wissenschaftlichen und weiteren Sachverständes die Weiterentwicklung der Deutschen Kodierrichtlinien unterstützt haben.

Siegburg, 2004

EINLEITUNG

zu den Deutschen Kodierrichtlinien, Version 2002

Im Rahmen des GKV Gesundheitsreformgesetzes 2000 vom 22.12.1999 wurde die Einführung eines durchgängig leistungsorientierten und pauschalierenden Entgeltsystems für die Vergütung von Krankenhausleistungen im § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) geregelt. Am 27.06.2000 haben die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), die Spitzenverbände der Krankenkassen (GKV) und der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) – als zuständige Vertragspartner für die Einführung und Pflege des neuen Entgeltsystems – vereinbart, die australischen AR-DRGs (Australian Refined Diagnosis Related Groups) in der Version 4.1 als Grundlage für die Entwicklung eines deutschen DRG-Systems zu verwenden.

Da die Leistungsbeschreibung der DRGs neben anderen Kriterien im Wesentlichen über die Diagnosen- und Prozedurenklassifikationen erfolgt, müssen diese in der Lage sein, das vollständige Krankheits- und Leistungsspektrum in deutschen Krankenhäusern abzubilden. Aus diesem Grunde hat das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) die amtlichen Klassifikationen überarbeitet und erstmals in ihrer neuen Fassung am 15.11.2000 bekannt gegeben. Mit Wirkung zum 01.01.2001 ist die neue Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision, SGB-V-Ausgabe, Version 2.0 und der Operationenschlüssel nach § 301 SGB V, Version 2.0 anzuwenden. Am 16.08.2001 wurde der erneut überarbeitete Operationenschlüssel in der Version 2.1 durch das DIMDI bekannt gegeben. Dieser ist mit Wirkung zum 01.01.2002 anzuwenden.

Um die gesetzlich vorgegebene leistungsgerechte Vergütung der Krankenhäuser zu ermöglichen, ist es unerlässlich, dass vergleichbare Krankheitsfälle auch derselben DRG zugeordnet werden. Diese Forderung kann jedoch nur dann erfüllt werden, wenn Diagnosen- und Prozedurenklassifikationen in einheitlicher Weise angewendet werden. Kodierrichtlinien regeln und unterstützen diesen Prozess, um möglichst auch in schwierigen Fällen eine eindeutige Verschlüsselung zu ermöglichen.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung haben daher in Anlehnung an bestehende australische Kodierregeln (ICD-10-AM, Australian Coding Standards, 1st Edition) die erste Gesamtfassung der „Allgemeinen und Speziellen Kodierrichtlinien“ erstellt. Diese sind bei der Verschlüsselung von Krankheitsfällen zu beachten. Sie beziehen sich auf die Verwendung der ICD-10-SGB-V, Version 2.0 und des OPS-301, Version 2.0 bis zum 31.12.2001 bzw. OPS-301 Version 2.1 ab dem 01.01.2002.

Die vollständigen Kodierrichtlinien gliedern sich in folgende Teile:

- Allgemeine Kodierrichtlinien
 - Allgemeine Kodierrichtlinien für Krankheiten
 - Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren
- Spezielle Kodierrichtlinien

Der erste Teil enthält allgemeine Richtlinien zur Kodierung von Diagnosen und Prozeduren. Es werden Begriffe wie Haupt- und Nebendiagnose definiert und Hinweise zur Verschlüsselung von Prozeduren gegeben. In den Speziellen Kodierrichtlinien werden besondere Fallkonstellationen beschrieben, die entweder der konkreten Festlegung dienen oder bei denen aus Gründen der DRG-Logik von den Allgemeinen Kodierrichtlinien abgewichen werden muss.

Für den Fall, dass zwischen den Hinweisen zur Benutzung der ICD-10 (Band 2 der WHO-Ausgabe) bzw. des OPS-301 und den Kodierrichtlinien Widersprüche bestehen, haben die Kodierrichtlinien Vorrang.

Die Kodierrichtlinien sind ein Regelwerk, das primär die Abrechnung mit DRGs unterstützt. Weiterhin tragen sie dazu bei, die notwendige Kodierqualität in den Krankenhäusern zu erzielen und gleiche Krankheitsfälle identisch zu verschlüsseln. Hierdurch gewinnt das Krankenhaus eine Grundlage für internes Management und Qualitätssicherung.

Die Berücksichtigung ausführlicher Kodierrichtlinien in deutschen Krankenhäusern ist neu und bedeutet für die dort tätigen Mitarbeiter eine erhebliche Umstellung. Für die Handhabung der Kodierrichtlinien ist eine entsprechende Schulung der Anwender in der Auswahl relevanter Informationen aus klinischen Krankenakten sowie den Grundregeln zur Benutzung des ICD-10-SGB-V und des OPS-301 erforderlich. Darüber hinaus muss die Anwendung der Kodierrichtlinien selbst erlernt werden. Insbesondere in denjenigen klinischen Bereichen, in denen bisher die Kodierung der Prozeduren eine untergeordnete Rolle spielte (z.B. konservativ medizinische Bereiche), muss das Krankenhauspersonal neben den Kodierrichtlinien auch intensiv in der Handhabung der amtlichen Klassifikationen geschult werden. Dabei sind die Hinweise für die Benutzung der Prozedurenkodes im OPS-301 von besonderer Bedeutung, weil an vielen Stellen die Kodierung zu Abrechnungszwecken eingeschränkt bzw. die Verwendung näher erläutert wird.

Die Kodierrichtlinien werden regelmäßig überarbeitet, um den medizinischen Fortschritt, Ergänzungen der klinischen Klassifikationen, Aktualisierungen des deutschen DRG-Systems und Kodiererfahrungen aus der klinischen Praxis zu berücksichtigen. Die Vertragspartner haben die Allgemeinen Kodierrichtlinien bereits im April 2001 zur Verfügung gestellt, weil die Bekanntgabe der neuen amtlichen Klassifikationen mit Wirkung zum 01.01.2001 durch das BMG mit einem erheblichen Schulungsbedarf zur Kodierung in Krankenhäusern einherging. Die herausgegebenen Allgemeinen Kodierrichtlinien sollten diese Maßnahmen sinnvoll unterstützen, sowie die Krankenhäuser bereits frühzeitig auf die Änderungen im Umgang mit den neuen Entgelten vorbereiten. In einem zweiten Schritt wurden nun die Speziellen Kodierrichtlinien fertig gestellt. Auch vor ihrer verbindlichen Einführung ist eine Übergangsfrist vorgesehen, die die Schulung und Umsetzung der Richtlinien in den Krankenhäusern ermöglichen soll.

Die australische Regierung hat ihre Kodierrichtlinien für die Anpassung in Deutschland zur Verfügung gestellt. Von der sprachlichen Übersetzung abgesehen, wurden Änderungen für Deutschland insbesondere immer dann vorgenommen, wenn die Erläuterungen in dem Regelwerk sich explizit auf die australischen Klassifikationssysteme bezogen – die sich von den deutschen unterscheiden – oder wenn unterschiedliche Versorgungs- oder Vergütungsstrukturen dies erforderten. Bei der Bearbeitung der Speziellen Kodierrichtlinien wurden darüber hinaus umfangreiche medizinische Erläuterungen gestrichen, da diese ausschließlich eine Unterstützung der in Australien für die Kodierung eingesetzten Berufsgruppe der Clinical Coder darstellen. Die Anpassung der Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Prozeduren gestaltete sich auf Grund der strukturellen Unterschiede zwischen der deutschen und der australischen Prozedurenklassifikation äußerst schwierig.

Grundprinzip bei der Überarbeitung war, die Inhalte der Richtlinien insgesamt möglichst eng an die australischen Regeln anzulehnen, um zeitnah eine erste Fassung vorlegen zu können. Insofern sind diese Kodierrichtlinien lediglich als eine erste Grundlage anzusehen. Es ist davon auszugehen, dass mit der Entwicklung eigener deutscher DRGs die Kodierrichtlinien eine zunehmende Anpassung insbesondere bei den Speziellen Kodierrichtlinien erfahren werden.

Die Verantwortung für die Dokumentation von Diagnosen und Prozeduren, insbesondere der Hauptdiagnose, liegt beim behandelnden Arzt, unabhängig davon ob er selbst oder eine von ihm beauftragte Person die Verschlüsselung vornimmt.

Danksagung

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung danken für die Bereitstellung der Kodierrichtlinien der australischen Regierung, dem Commonwealth Department of Health and Aged Care (Canberra), dem National Centre for Classification in Health (Sydney), Faculty of Health Sciences, University of Sydney sowie allen an der Entwicklung der australischen Kodierregeln beteiligten Organisationen und Gremien. Darüber hinaus möchten sie sich ganz herzlich bei Herrn Dr. Zaiß, Universität Freiburg, und seinen Mitarbeitern bedanken, die die Selbstverwaltung bei der Anpassung der australischen Kodierregeln an deutsche Verhältnisse maßgeblich unterstützt haben. Außerdem wurde die Erstellung der Kodierrichtlinien dankenswerter Weise von Mitarbeitern des DIMDI fachlich begleitet.

Düsseldorf/Siegburg, 2001

INHALTSVERZEICHNIS

Einleitung zu den Deutschen Kodierrichtlinien, Version 2005	III
Einleitung zu den Deutschen Kodierrichtlinien, Version 2002	V
Inhaltsverzeichnis	IX
Abkürzungsverzeichnis	XV
Übergangsregelungen	XVIII
<i>Abweichungen von den Kodierrichtlinien</i>	<i>XVIII</i>
Redaktionelle Hinweise	XXII
I. Allgemeine Hinweise	<i>XXII</i>
II. Schlüsselnummern (Kodes)	<i>XXII</i>
III. Fallbeispiele	<i>XXIV</i>
Allgemeine Kodierrichtlinien	1
Allgemeine Kodierrichtlinien für Krankheiten	3
D001a Allgemeine Kodierrichtlinien	3
D002d Hauptdiagnose	4
D003d Nebendiagnosen	11
D004d Syndrome	13
D005d Folgezustände und geplante Folgeeingriffe	14
D006a Akute und chronische Krankheiten	16
D007a Aufnahme zur Operation, Operation nicht durchgeführt	17
D008b Verdachtsdiagnosen	18
D009a „Sonstige“ und „nicht näher bezeichnete“ Schlüsselnummern	19
D010a Kombinations-Schlüsselnummern	20
D011d Doppelkodierung	21
D012d Mehrfachkodierung	21
D013c Im Systematischen Verzeichnis verwendete formale Vereinbarungen	29
D014d Im Alphabetischen Verzeichnis verwendete formale Vereinbarungen	34

Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren	35
P001d Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren	35
P003d Hinweise und formale Vereinbarungen für die Benutzung des OPS	37
P004a Nicht vollendete oder unterbrochene Prozedur	43
P005d Multiple/Bilaterale Prozeduren	44
P006a Laparoskopische/arthroskopische/endoskopische Prozeduren	47
P007a Endoskopie multipler Gebiete (Panendoskopie)	48
P008a Klinische Untersuchung in Allgemeinanästhesie	48
P009a Allgemeinanästhesie	48
P012d Prozeduren, unterschieden auf der Basis von Größe, Zeit oder Anzahl	49
P013d Wiedereröffnung eines Operationsgebietes/Reoperation	50
P014d Prozeduren, die normalerweise nicht verschlüsselt werden	50
P015d Organentnahme und Transplantation	52
P016d Verbringung	56
Spezielle Kodierrichtlinien	57
1 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	59
0101d HIV/AIDS	59
0102a Virushepatitis	62
0103d Bakteriämie, Sepsis, SIRS und Neutropenie	63
2 Neubildungen	65
0201d Auswahl und Reihenfolge der Kodes	65
0206a Benachbarte Gebiete	68
0207a Bösartige Neubildungen an mehreren Lokalisationen	69
0208c Remission bei malignen immunoproliferativen Erkrankungen und Leukämie	70
0209d Malignom in der Eigenanamnese	71
0211d Chemotherapie bei Neubildungen	72
0212d Instillation von zytotoxischen Materialien in die Harnblase	73
0213d Strahlentherapie	74
0214d Lymphangiosis carcinomatosa	74
0215d Lymphom	74

3	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	77
4	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	79
0401d	Diabetes mellitus	79
0403d	Zystische Fibrose	88
5	Psychische und Verhaltensstörungen	91
0501d	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Drogen, Medikamente, Alkohol und Nikotin)	91
0502a	Nikotinabhängigkeit	92
0504a	Panikattacken mit Phobie	92
6	Krankheiten des Nervensystems	93
0601d	Schlaganfall	93
0603d	Tetraplegie und Paraplegie, nicht traumatisch	94
7	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	97
0702a	Katarakt: Sekundäre Linseninsertion	97
0704c	Versagen oder Abstoßung eines Kornea-Transplantates	97
0712a	Katheterisierung der Tränengänge	97
8	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	99
0801a	Schwerhörigkeit und Taubheit	99
9	Krankheiten des Kreislaufsystems	101
0901d	Ischämische Herzkrankheit	101
0902a	Akutes Lungenödem	103
0903a	Herzstillstand	103
0904d	Hypertensive Herzkrankheit (I11.–)	103
0905d	Hypertensive Nierenerkrankung (I12.–)	103
0906d	Hypertensive Herz- und Nierenerkrankung (I13.–)	103
0908d	Zusätzliche Prozeduren im Zusammenhang mit Herzoperationen	104
0909d	Revisionen oder Reoperationen an Herz und Perikard	104
0911d	Schrittmacher/Defibrillatoren	105
0912c	Chirurgisch angelegte arteriovenöse Fistel/Shunt	106
10	Krankheiten des Atmungssystems	107
1001d	Maschinelle Beatmung	107

11	Krankheiten des Verdauungssystems	111
1101a	Appendizitis	111
1102a	Adhäsionen	111
1103a	Magenulkus mit Gastritis	111
1105d	Gastrointestinale Blutung	111
1107a	Dehydratation bei Gastroenteritis	112
12	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	113
1204d	Knochentransplantationen bei kraniofazialen Eingriffen	113
1205d	Plastische Chirurgie	113
13	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	115
14	Krankheiten des Urogenitalsystems	117
1401d	Dialyse	117
1403d	Anogenitale Warzen	117
1406a	Rekonstruktionsoperation bei weiblicher Genitalmutilation (FGM)	118
15	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	119
1501a	Definition von Lebend-, Totgeburt und Abort	119
1504b	Komplikationen nach Abort, Extrauterin gravidität und Molenschwangerschaft (O08.–)	119
1505a	Vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft	121
1506a	Spontane vaginale Entbindung eines Einlings	122
1507a	Resultat der Entbindung	123
1508d	Dauer der Schwangerschaft	123
1509a	Mehrlingsgeburt	123
1510b	Komplikationen in der Schwangerschaft	124
1511a	Zuordnung der Hauptdiagnose bei einer Entbindung	126
1512d	Abnorme Kindslagen und -einstellungen	126
1514c	Verminderte Kindsbewegungen	126
1515a	Uterusnarbe	126
1516a	Ältere Erstgebärende	127
1517a	Vielgebärende	127
1518a	Entbindung vor der Aufnahme	127
1519c	Frühgeburt, vorzeitige Wehen und frustrane Kontraktionen	127
1520a	Verlängerte Schwangerschaftsdauer und Übertragung	128
1521a	Protrahierte Geburt	129
1522a	Geburtseinleitung	129
1524a	Verlängerung der Austreibungsphase bei Epiduralanästhesie	130
1525c	Primärer und sekundärer Kaiserschnitt	130

16 Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	131
1601a <i>Neugeborene</i>	131
1602a <i>Definition der Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben</i>	133
1603a <i>Besondere Maßnahmen für das kranke Neugeborene</i>	134
1604a <i>Atemnotsyndrom des Neugeborenen/Hyaline Membranenkrankheit/Surfactantmangel</i>	134
1605a <i>Massives Aspirationssyndrom und transitorische Tachypnoe beim Neugeborenen</i>	134
1606a <i>Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie (HIE)</i>	135
18 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	137
1803a <i>Stürze</i>	137
1804d <i>Inkontinenz</i>	137
1805d <i>Fieberkrämpfe</i>	137
1806d <i>Schmerzdiagnosen und Schmerzbehandlungsverfahren</i>	138
19 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	141
1902a <i>Oberflächliche Verletzungen</i>	141
1903c <i>Fraktur und Luxation</i>	141
1905d <i>Offene Wunden/Verletzungen</i>	142
1909c <i>Bewusstlosigkeit</i>	144
1910d <i>Verletzung des Rückenmarks (mit traumatischer Paraplegie und Tetraplegie)</i>	145
1911a <i>Mehrfachverletzungen</i>	147
1914d <i>Verbrennungen und Verätzungen</i>	149
1915c <i>Missbrauch/Misshandlung von Erwachsenen und Kindern</i>	150
1916a <i>Vergiftung durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen</i>	150
1917d <i>Unerwünschte Nebenwirkungen von Arzneimitteln (bei Einnahme gemäß Verordnung)</i>	150
1918a <i>Unerwünschte Nebenwirkungen/Vergiftung von zwei oder mehr in Verbindung eingenommenen Substanzen (bei Einnahme entgegen einer Verordnung)</i>	151
Anhang A	155
<i>Grundregeln zur Verschlüsselung (WHO)</i>	155
Anhang B	157
<i>Zusammenfassung der Änderungen Deutsche Kodierrichtlinien Version 2005 gegenüber der Vorversion 2004</i>	157

Schlagwortverzeichnis	169
Schlüsselnummerverzeichnis	175
<i>ICD-Kode-Index</i>	175
<i>OPS-Kode-Index</i>	180

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abkürzung	Bezeichnung
a.n.k.	anderorts nicht klassifiziert
AIDS	Acquired Immune(o) Deficiency Syndrome
AR-DRG	Australian Refined Diagnosis Related Group
AV	Arteriovenös
BCG	Bacillus Calmette-Guérin
BPfIV	Bundespflugesatzverordnung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
bzw.	beziehungsweise
Ca	Karzinom
CAD	Computer Aided Design
CAM	Computer Aided Manufacturing
CML	Chronisch myeloische Leukämie
CMV	Zytomegalie-Virus
COLD	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (Chronic Obstructive Lung Disease)
CPAP	Kontinuierlicher positiver Atemwegsdruck
CT	Computertomographie
CTG	Cardiotokographie
d.h.	das heißt
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DKR	Deutsche Kodierrichtlinie
DRG	Diagnosis Related Group
dto.	dito (gleichfalls)
ECMO	Extrakorporale Membranoxygenation
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EKG	Elektrokardiogramm
etc.	et cetera
Exkl.	Exklusiva
FGM	Weibliche Genitalmutilation (Female Genital Mutilation)
FP	Fallpauschale
G-DRG	German Diagnosis Related Group
ggf.	gegebenenfalls
GI	gastrointestinal
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GVHD	Graft-versus-host-Krankheit (Graft versus host Disease)
HIE	Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie
Hinw.	Hinweis
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
HLM	Herz-Lungen-Maschine
ICD	Internationale Klassifikation der Krankheiten
ICD-10-GM	Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification
ICPM	International Classification of Procedures in Medicine

Abkürzung	Bezeichnung
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH
Inkl.	Inklusiva
KHEntG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
MRT	Magnetresonanztomographie (Kernspintomographie)
n.n.bez.	nicht näher bezeichnet
o.n.A.	ohne nähere Angabe
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PKV	Verband der privaten Krankenversicherung
PSV	Pressure Support Ventilation
RTW	Rettungswagen
s.	siehe
s.a.	siehe auch
SE	Sonderentgelte
s.o.	siehe oben
SGB V	Sozialgesetzbuch V
SIMV	Synchronized Intermittent Mandatory Ventilation
SIRS	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom
SSW	Schwangerschaftswoche
u.a.	unter anderem
V.a.	Verdacht auf
WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation)
z.B.	zum Beispiel

ÜBERGANGSREGELUNGEN

Übergangsregelungen für die Abrechnung gemäß Bundespflege-satzverordnung (BpflV), die mit den Kodierrichtlinien zur Verschlüs-selung von Diagnosen und Prozeduren in Kraft treten

Die vorliegenden Kodierrichtlinien verfolgen das Ziel, eine einheitliche Kodierung in Verbindung mit der Einführung des DRG-basierten Vergütungssystems zu ermöglichen. Insbesondere im Zusammenhang mit der Definition der Hauptdiagnose kann es bis zu der Implementierung der DRGs in Deutschland in Einzelfällen zu Problemen bei der Eingruppierung der Fälle in die bislang gültigen pauschalierten Entgelte (FP und SE) kommen. Beispielsweise kann die Zuordnung zu einer FP durch Anwendung der Kodierrichtlinien verhindert werden. Die Vertragspartner sind sich darin einig, dass die Kodierrichtlinien nicht zu einer Leistungsverschiebung zwischen FP und SE sowie Restbudget führen dürfen. Zur Ermittlung der Fallpauschalen und Sonderentgelte gelten daher die bisherigen Bestimmungen fort.

Abweichungen von den Kodierrichtlinien

1. Hauptdiagnose

Im Fallpauschalen- und Sonderentgeltsystem gemäß BpflV entscheidet die erbrachte Hauptleistung in Verbindung mit der Hauptdiagnose oder einer entsprechenden Diagnose über die Entgeltzuordnung. Hier wird diejenige Diagnose, die mit dem höchsten Ressourcenverbrauch einhergeht, zur Hauptdiagnose des gesamten Krankenhausfalles.

Im Unterschied dazu wird in den Kodierrichtlinien jedoch diejenige Diagnose zur Hauptdiagnose, die rückblickend die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes maßgeblich verantwortet hat (siehe konkrete Hauptdiagnosen-Definition gemäß Deutsche Kodierrichtlinien DKR D002d *Hauptdiagnose* (Seite 4)). In seltenen Fällen führen diese beiden Definitionen zu unterschiedlichen Hauptdiagnosen und abweichender Entgeltzuordnung. Um sicherzustellen, dass diese Fälle in das korrekte Entgelt führen, ist hier die Angabe beider Hauptdiagnosen parallel erforderlich.

Das praktische Vorgehen bei der Kodierung stellt sich wie folgt dar: in einem ersten Schritt werden Haupt- und Nebendiagnosen G-DRG-konform nach den vorliegenden Kodierrichtlinien kodiert. Anschließend wird geprüft, ob für die Abrechnung nach BpflV eine andere Hauptdiagnosenschlüsselnummer erforderlich ist. Diese kann sowohl aus der Schlüsselnummernmenge gemäß G-DRG stammen als auch abweichend davon kodiert werden. Diese Hauptdiagnose gemäß BpflV hat keine Auswirkungen auf die Gruppierung innerhalb der G-DRGs.

Beispiel 1

Ein Patient mit Appendizitis ohne Peritonitis wird zur Appendektomie stationär aufgenommen. Zusätzlich besteht eine atherosklerotische Herzkrankheit.

Hauptdiagnose:	K35.9	<i>Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet</i>
Nebendiagnose(n):	I25.11	<i>Atherosklerotische Herzkrankheit, Ein-Gefäßerkrankung</i>
Prozedur(en):	5-470.0	<i>Offen chirurgische Appendektomie</i>

In diesem Fall ist die G-DRG-konforme Hauptdiagnose (K35.9 *Akute Appendizitis nicht näher bezeichnet*) identisch mit der BpflV-konformen Hauptdiagnose (K35.9 *Akute Appendizitis nicht näher bezeichnet*). Eine andere Hauptdiagnoseschlüsselnummer nach BpflV ist deshalb nicht erforderlich.

Beispiel 2

Ein Patient mit Appendizitis ohne Peritonitis wird zur Appendektomie stationär aufgenommen. Zusätzlich besteht eine atherosklerotische Herzkrankheit. Am Tag nach der Appendektomie erleidet der Patient einen Herzinfarkt, der anschließend durch eine Koronarbypassanlage behandelt wird.

Hauptdiagnose:	K35.9	<i>Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet</i>
Nebendiagnose(n):	I21.0	<i>Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand</i>
	I25.11	<i>Atherosklerotische Herzkrankheit, Ein-Gefäßerkrankung</i>
Prozedur(en):	5-470.0	<i>Appendektomie, offen chirurgisch</i>
	5-361.03	<i>Anlegen eines aortokoronaren Bypass, einfach, mit autogenen Arterien</i>

In diesem Fall ist die G-DRG-konforme Hauptdiagnose (K35.9 *Akute Appendizitis nicht näher bezeichnet*) **nicht identisch** mit der BpflV-konformen Hauptdiagnose (I25.11 *Atherosklerotische Herzkrankheit, Ein-Gefäßerkrankung*).

Daher ist die zusätzliche Angabe der Hauptdiagnose nach BpflV (I25.11 *Atherosklerotische Herzkrankheit, Ein-Gefäßerkrankung*) erforderlich, die bei G-DRG-konformer Kodierung eine Nebendiagnose ist.

Beispiel 3

Eine Patientin wird zur vaginalen Entbindung stationär aufgenommen. Unter der Geburt erleidet sie einen Dammriss 1. Grades.

Hauptdiagnose:	O70.0	<i>Dammriss 1. Grades unter der Geburt</i>
Nebendiagnose(n):	Z37.0!	<i>Lebendgeborener Einling</i>
Prozedur(en):	9-260	<i>Überwachung und Leitung einer normalen Geburt</i>
	5-758.3	<i>Naht an der Haut von Perineum und Vulva</i>

In diesem Fall ist die G-DRG-konforme Hauptdiagnose (O70.0 *Dammriss 1. Grades unter der Geburt*) **nicht identisch** mit der BpflV-konformen Hauptdiagnose (O80 *Spontangeburt eines Einlings*).

Daher ist die zusätzliche Angabe der Hauptdiagnose nach BpflV mit einer neuen Schlüsselnummer, nämlich O80 *Spontangeburt eines Einlings* erforderlich, die bei G-DRG-konformer Kodierung laut DKR 1506a *Spontane vaginale Entbindung eines Einlings* (Seite 122) nicht angegeben wird.

Die technischen Details sind in der Datenübermittlungsvereinbarung gemäß § 301 SGB V geregelt:

Anlage 5, Durchführungshinweise, 1.2.7 Entlassungsanzeige

...

Die Hauptdiagnose für den Krankenhausfall ist in der als „Hauptdiagnose“ bezeichneten Datenelementgruppe anzugeben. ... Für die Diagnoseangaben sind die Deutschen Kodierrichtlinien zu berücksichtigen.

Im Segment FAB hingegen werden die für die Abrechnung nach BpflV relevanten Diagnoseschlüssel zusammen mit eventuell notwendigen Diagnose-Zusatzschlüsseln sowie weiteren Diagnoseschlüsseln, die bei Entgelten in Kombinationen mit der Hauptdiagnose benötigt werden, angegeben.

Die FAB-Segmente enthalten als Muss-Segmente alle behandelnden Fachabteilungen, die mit den Fachabteilungen im ETL-Segment korrespondieren. Bei interner Rückverlegung ist ein erneutes FAB-Segment nicht zwingend erforderlich.

Die weiteren Kann-Datenelemente in FAB-Segmenten sind bei folgenden Fallkonstellationen zu übermitteln:

- Operation, keine Fallpauschale/kein Sonderentgelt:
Im Datenelement Diagnose ist die für den Operationseingriff maßgebliche Diagnose anzugeben. Im Datenelement Operation ist der für die Operation maßgebliche Operationenschlüssel anzugeben.
- Operation in Verbindung mit Fallpauschale/Sonderentgelt:
Im Datenelement Diagnose ist die für den Operationseingriff maßgebliche abrechnungsrelevante Diagnose anzugeben. Wenn im Fallpauschalen-/Sonderentgeltkatalog ein zweiter Diagnoseschlüssel und/oder ein zweiter oder dritter Operationenschlüssel gefordert ist, müssen diese Angaben über die Datenelemente Zusatzschlüssel Diagnose und Zusatzschlüssel 1. Operation bzw. Zusatzschlüssel 2. Operation übermittelt werden.

In beiden Fallkonstellationen kann zur Angabe weiterer Diagnosen und/oder Operationen das FAB-Segment mit identischem Fachabteilungsschlüssel wiederholt werden.

Als Operation sind grundsätzlich operative Maßnahmen sowie nicht-operative Maßnahmen entsprechend der Kodierrichtlinien anzugeben.

2. Nebendiagnosen

Für die Abrechnung der B-Fallpauschale in den Gruppen 9 und 17 zur Weiterbehandlung im Anschluss an die A-Fallpauschale ist es notwendig, die entsprechenden Codes aus Z48.– *Andere Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff*, Z95.– *Vorhandensein von kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten* und Z96.– *Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten* als Nebendiagnose anzugeben. Hier ist ggf. von den Kodierrichtlinien abzuweichen (siehe auch DKR 0901d *Ischämische Herzkrankheit* (Seite 100)).

3. Beidseitige Eingriffe

Für die Abrechnung der FP 18.02 sowie des SE 18.02 (Brustdrüsen-Radikaloperation mit Expandereinlage) muss im Falle einer beidseitigen Operation in einer Sitzung von den Kodierrichtlinien abgewichen werden. Es ist nicht der Code für den beidseitigen Eingriff (Code für den einseitigen Eingriff mit Zusatzkennzeichen „B“) des OPS Version 2005 zu verwenden, sondern für die Operation jeder Seite der Code zu verschlüsseln, der den einseitigen Eingriff beschreibt. Nur so wird die adäquate Abrechnung der FP mit dem korrespondierenden SE ermöglicht (s.a. DKR P005d *Multiple/Bilaterale Prozeduren* (Seite 44)).

Sofern sich weitere Abweichungen durch die hier vorliegenden Kodierrichtlinien ergeben, gilt gleichfalls die Regelung, dass zur Ermittlung der Entgelte die Bestimmungen der BpflV in Kraft bleiben.

REDAKTIONELLE HINWEISE

I. Allgemeine Hinweise

Die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) sind nach folgenden Regeln gekennzeichnet:

1. Alle Kodierrichtlinien haben eine feste 4-stellige Kennzeichnung, z.B. D001, gefolgt von einem kleinen Buchstaben zur Kennzeichnung der jeweiligen Version. Alle Kodierrichtlinien der Version 2002 haben das Kennzeichen „a“. Kodierrichtlinien mit inhaltlichen Änderungen in der Version 2003 sind mit „b“ gekennzeichnet, solche mit inhaltlichen Änderungen in Version 2004 entsprechend mit „c“ und in Version 2005 mit „d“. Die 4-stellige Grundnummer ändert sich nicht.
2. Die Allgemeinen Kodierrichtlinien für Krankheiten beginnen mit „D“ gefolgt von einer 3-stelligen Zahl.
3. Die Allgemeinen Kodierrichtlinien für Prozeduren beginnen mit „P“ gefolgt von einer 3-stelligen Zahl.
4. Die Speziellen Kodierrichtlinien beginnen mit der 2-stelligen Kapitelnummer gefolgt von einer 2-stelligen Zahl.

In vielen Kodierrichtlinien werden Beispiele und/oder Listen mit ICD-10-GM- bzw. OPS-Kodes aufgeführt. Diese Beispiele bzw. Listen stellen jedoch keine abschließende Aufzählung bzw. Ausdifferenzierung aller zutreffenden Kodes dar. Um die genauen Kodes zu finden, sind in den jeweiligen Klassifikationen die Querverweise mit Inklusiva, Exklusiva sowie die Hinweise zu beachten.

II. Schlüsselnummern (Kodes)

In den Deutschen Kodierrichtlinien wird auf Schlüsselnummern (Kodes) aus der ICD-10-GM und dem OPS verwiesen. Diese Kodes sind **in unterschiedlicher Schreibweise** aufgeführt.

Die Kodierrichtlinien enthalten sowohl Kodieranweisungen, die sich auf einzelne (terminale) Schlüsselnummern beziehen, als auch auf hierarchisch übergeordnete Schlüsselnummern.

Zum Teil wird in den Kodierrichtlinien ausdrücklich darauf hingewiesen, dass eine Kategorie Subkategorien/-klassen besitzt, wobei diese näher beschrieben werden. An anderen Stellen wird durch Formulierungen wie „...ist mit einem Kode aus/einem Kode der Kategorie... zu verschlüsseln“ auf die Existenz von Subkategorien hingewiesen. In diesen Fällen gelten die betreffenden Kodieranweisungen für alle terminalen Kodes, die unter der angegebenen Kategorie klassifiziert sind.

Zur medizinischen Dokumentation ist immer der Kode für die spezifische Erkrankung bzw. Prozedur in der höchsten Differenziertheit (bis zur letzten Stelle des Kodes) zu verschlüsseln.

Die folgenden Tabellen präsentieren typische Beispielkodes.

Darstellung der Kodes in den Deutschen Kodierrichtlinien

1. ICD-10-GM

Beispielkode	Text (<i>kursiv</i>)	Die Kodierregel bezieht sich auf:
E10–E14	<i>Diabetes mellitus</i>	die Gruppe mit allen Subkategorien.
E10–E14, 4. Stelle „5”	<i>Diabetes mellitus mit peripheren vaskulären Komplikationen</i>	die 4. Stelle einer Gruppe (hier 4. Stelle „5“), einschließlich aller darunter klassifizierten Kodes.
E10–E14, 5. Stelle „1”	<i>Diabetes mellitus, als entgleist bezeichnet</i>	eine ausgewählte 5. Stelle einer Gruppe (hier 5. Stelle „1“).
E11.–	<i>Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]</i>	den Dreisteller mit allen darunter klassifizierten Kodes.
E11.5-	<i>Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] mit peripheren vaskulären Komplikationen</i>	die Kategorie (Viersteller) mit allen darunter klassifizierten Kodes.
E11.x0	<i>Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes], nicht als entgleist bezeichnet</i>	die 5. Stelle eines Dreistellers (hier 5. Stelle „0“).
I20.0	<i>Instabile Angina pectoris</i>	genau diesen Kode (endständiger Kode).
M23.2-	<i>Meniskusschädigung durch alten Riss oder alte Verletzung</i>	die Kategorie (Viersteller) mit allen darunter klassifizierten Kodes.
M23.2- [0-9]	<i>Meniskusschädigung durch alten Riss oder alte Verletzung</i>	die 5. Stellen eines Vierstellers; Teilweise werden die 5. Stellen in Listen für mehrere Kodes zusammengefasst. [0-9] weist in diesem Fall darauf hin, welche 5. Stellen sinnvoll zu kombinieren sind.
M23.2- [1,2]	<i>Meniskusschädigung durch alten Riss oder alte Verletzung</i>	zwei ausgewählte Fünfsteller (5. Stelle „1“ und 5. Stelle „2“), die in Kombination mit dem angegebenen Viersteller plausibel sind.

2. OPS

Beispielcode	Text (<i>kursiv</i>)	Die Kodierregel bezieht sich auf:
5-42	<i>Operationen am Ösophagus</i>	den Dreisteller und mit allen darunter klassifizierten endständigen Codes (hier die Viersteller 5-420 bis 5-429 mit allen 5. und 6. Stellen).
5-420	<i>Inzision des Ösophagus</i>	den Viersteller und alle darunter klassifizierten endständigen Codes mit 5. und 6. Stellen.
5-420.0	<i>Ösophagomyotomie</i>	den Fünfsteller und alle darunter klassifizierten endständigen Codes.
5-420.00	<i>Ösophagomyotomie, offen chirurgisch abdominal</i>	genau diesen Code (endständiger Code).
5-420.0, .1, .2	<i>Inzision des Ösophagus</i>	drei bestimmte unter dem Viersteller (hier 5-420) klassifizierte Fünfsteller und Sechssteller.

III. Fallbeispiele

Die Deutschen Kodierrichtlinien enthalten Kodieranweisungen und passende Fallbeispiele, die zu ihrer Veranschaulichung dienen. In den Beispielen folgen der Beschreibung eines klinischen Falles die zu verwendenden Schlüsselnummern und die dazu gehörigen, kursiv gedruckten Texte der entsprechenden Klassifikation (ICD-10-GM bzw. OPS).

Während die ICD-Texte in der Regel originalgetreu aus der Klassifikation übernommen wurden, wurden die Texte für die OPS-Kodes teilweise geglättet, um redundante Informationen zu vermeiden und um dadurch sehr lange und unübersichtliche Texte zu kürzen. Sinngemäß enthalten diese jedoch in jedem Falle die volle Information des jeweiligen OPS-Kodes.

Viele Beispiele bilden die vollständige Kodierung eines stationären Falles mit sämtlichen anzugebenden Diagnosen- und Prozedurenkodes ab.

In anderen Fällen sind nur die Codes aufgeführt, die im Zusammenhang mit der jeweiligen Kodierrichtlinie stehen; so können z.B. die Diagnosekodes in Beispielen fehlen, die die Kodierung bestimmter Prozeduren veranschaulichen, oder die Prozeduren fehlen in Beispielen, die die Zuweisung von Diagnosekodes demonstrieren.

In den Beispielen, in denen ICD-Kodes für „nicht näher bezeichnete“ Diagnosen verwendet wurden, sind die im Beispieltext angegebenen Diagnosen nach den Regeln der ICD-10-GM korrekt verschlüsselt.

Bei den Diagnosenangaben wurde mit Ausnahme von Beispiel 2 in DKR D011d *Doppelkodierung* (Seite 14) und bei den Prozedurenangaben mit Ausnahme von Beispiel 2 in DKR P005d *Multiple/Bilaterale Prozeduren* (Seite 44) und Beispiel 1 und 2 in DKR D011d *Doppelkodierung* auf die Angabe der Seitenlokalisationen verzichtet und die ICD-Kodes bzw. OPS-Kodes ohne die Zusatzkennzeichen (R=rechts, L=links, B=beidseitig) angegeben.

Die Darstellung der Beispiele für Mehrfachkodierung entspricht den Regeln der DKR D012d *Mehrfachkodierung* (Seite 21), d.h. zum Beispiel, dass primäre Codes des Kreuz-Stern-Systems

immer mit einem Kreuz, sekundäre Codes des Kreuz-Stern-Systems immer mit einem Stern gekennzeichnet sind.

Mit einem Ausrufezeichen gekennzeichnete sekundäre Schlüsselnummern sind zum Teil optional, in anderen Fällen obligatorisch anzugeben. Optional anzugebende ICD-Schlüsselnummern sind in den Beispielen durch einen dunkleren Hintergrund gekennzeichnet.

Die notwendige Aufbereitung der Daten gemäß Datenübermittlungsvereinbarung nach § 301 SGB V wird ebenfalls in der DKR D012d *Mehrfachkodierung* (Seite 21) anhand von Beispielen veranschaulicht. Die in der Datenübermittlungsvereinbarung geregelte Datenstruktur sieht sowohl für die Hauptdiagnose als auch für jede Nebendiagnose jeweils ein Datenfeld Primärdiagnose und Sekundärdiagnose vor. Das Datenfeld Sekundärdiagnose ist für den jeweiligen Sekundär-Diagnoseschlüssel (Codes mit „*“ oder „!“) vorgesehen.

Die zertifizierten Grouper werten nur die Diagnose aus dem Feld „Primärdiagnose der Hauptdiagnose“ als Hauptdiagnose. Alle anderen Diagnosen werden vom Grouper als Nebendiagnosen gewertet.

Es wird darauf hingewiesen, dass in der Darstellung der Beispiele der Kodierrichtlinien eine Unterscheidung nach Primär-Diagnoseschlüssel und Sekundär-Diagnoseschlüssel sowie eine Wiederholung von gleichen Codes nicht vorgenommen wurde (s.a. (Seite 21)). Die Kodierrichtlinien regeln ausschließlich die Übertragung von Diagnosen und Prozeduren in die dafür vorgesehenen Codes. EDV-technische Details werden hier nicht geregelt.

ALLGEMEINE KODIERRICHTLINIEN

ALLGEMEINE KODIERRICHTLINIEN FÜR KRANKHEITEN

Diese Kodierrichtlinien beziehen sich auf:

ICD-10-GM Systematisches Verzeichnis Version 2005 (15. August 2004) und

ICD-10-GM Alphabetisches Verzeichnis Version 2005 (15. August 2004).

D001a Allgemeine Kodierrichtlinien

Die Auflistung der Diagnosen bzw. Prozeduren liegt in der Verantwortung des behandelnden Arztes. Obwohl Untersuchungsbefunde entscheidende Punkte im Kodierungsprozess sind, gibt es einige Krankheiten, die nicht immer durch Untersuchungsbefunde bestätigt werden. Zum Beispiel wird Morbus Crohn nicht immer durch eine Biopsie bestätigt.

Der behandelnde Arzt ist verantwortlich für

- die Bestätigung von Diagnosen, die verzeichnet sind, bei denen sich aber kein unterstützender Nachweis in der Krankenakte findet,
- und**
- die Klärung von Diskrepanzen zwischen Untersuchungsbefunden und klinischer Dokumentation.

Sich anbahnende oder drohende Krankheit

Wenn eine drohende oder sich anbahnende Krankheit in der Krankenakte dokumentiert, aber während des Krankenhausaufenthalts nicht aufgetreten ist, muss in den ICD-10-Verzeichnissen (s.a. DKR D013c *Im Systematischen Verzeichnis verwendete formale Vereinbarungen* (Seite 29) und DKR D014d *Im Alphabetischen Verzeichnis verwendete formale Vereinbarungen* (Seite 34)) festgestellt werden, ob die Krankheit dort als sich „anbahnend“ oder „drohend“ unter dem Hauptbegriff oder eingetückten Unterbegriff aufgeführt ist. Wenn in den ICD-10-Verzeichnissen solch ein Eintrag existiert, dann ist die dort angegebene Schlüsselnummer zuzuordnen. Wenn solch ein Eintrag nicht existiert, dann wird die Krankheit, die als sich „anbahnend“ oder „drohend“ beschrieben wurde, nicht kodiert.

Beispiel 1

Ein Patient wird mit sich anbahnender Gangrän des Beins aufgenommen, die während des Krankenhausaufenthalts aufgrund sofortiger Behandlung nicht auftritt.

Einen Eintrag „Gangrän, sich anbahnend oder drohend“ gibt es in den ICD-10-Verzeichnissen nicht, und folglich ist dieser Fall anhand der zugrunde liegenden Krankheit zu kodieren, z.B. als Atherosklerose der Extremitätenarterien mit Ulzeration.

I70.23 Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration

Für wenige Diagnosen, die als „drohend“ bezeichnet werden können, gibt die ICD-10 eine Kodierung vor, oder es finden sich entsprechende Hinweise in den ICD-10-Verzeichnissen. Für die Diagnose „Drohender Abort“ zum Beispiel gibt es O20.0 *Drohender Abort*. Die Diagnose „drohender Infarkt“ ist eingeschlossen in I20.0 *Instabile Angina pectoris*.

Beispiel 2

I20.0

Instabile Angina pectoris

Angina pectoris:

*bei Belastung, erstmalig auftretend [Angina de novo]
mit abnehmender Belastungstoleranz*

Crescendoangina

→ ***Drohender Infarkt [Impending infarction]***

Intermediäres Koronarsyndrom [Graybiel]

Präinfarkt-Syndrom

D002d Hauptdiagnose

Die Hauptdiagnose wird definiert als:

„Die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist.“

Der Begriff „nach Analyse“ bezeichnet die Evaluation der Befunde am Ende des stationären Aufenthaltes, um diejenige Krankheit festzustellen, die hauptsächlich verantwortlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes war. Die dabei evaluierten Befunde können Informationen enthalten, die aus der medizinischen und pflegerischen Anamnese, einer psychiatrischen Untersuchung, Konsultationen von Spezialisten, einer körperlicher Untersuchung, diagnostischen Tests oder Prozeduren, chirurgischen Eingriffen und pathologischen oder radiologischen Untersuchungen gewonnen wurden. Für die Abrechnung relevante Befunde, die nach der Entlassung eingehen, sind für die Kodierung heranzuziehen.

Die nach Analyse festgestellte Hauptdiagnose muss nicht der Aufnahmediagnose oder Einweisungsdiagnose entsprechen.

Anmerkung 1: Es ist nicht auszuschließen, dass diese Definition der Hauptdiagnose vereinzelt im DRG-System keine adäquate Abbildung der Krankenhausleistung erlaubt. Im Rahmen der Entwicklung und Pflege des Entgeltsystems werden solche Fälle verfolgt und auf ggf. notwendige Maßnahmen geprüft.

Anmerkung 2: Für die Abrechnung von Fallpauschalen und Sonderentgelten sind bei der Festlegung der Haupt- und Nebendiagnosen die *Übergangsregelungen* (siehe Seite XVIII) zu beachten.

Beispiel 1

Ein Patient litt am Morgen unter starkem Thoraxschmerz, wurde nach der Untersuchung durch den Notarzt per RTW zum Krankenhaus transportiert und dort in der Notambulanz untersucht. Anschließend wurde der Patient mit Verdacht auf Herzinfarkt auf die kardiologische Station aufgenommen. Im weiteren Verlauf bestätigte sich der Herzinfarkt.

Während des stationären Aufenthaltes wurden bis zur Entlassung folgende Diagnosen gestellt:

- Diabetes mellitus
- Koronarsklerose
- Myokardinfarkt

Entscheidend für die Auswahl der Hauptdiagnose sind die Umstände der Aufnahme. Somit ist der Myokardinfarkt die Hauptdiagnose, weil dieser die Aufnahme hauptsächlich veranlasste.

Bei der Festlegung der Hauptdiagnose haben die vorliegenden Kodierrichtlinien Vorrang vor allen anderen Richtlinien. Die Hinweise zur Verschlüsselung mit den ICD-10-Verzeichnissen müssen beachtet werden (s.a. DKR D013c *Im Systematischen Verzeichnis verwendete formale Vereinbarungen* (Seite 29) und DKR D014d *Im Alphabetischen Verzeichnis verwendete formale Vereinbarungen* (Seite 34)).

Die Bedeutung einer konsistenten, vollständigen Dokumentation in der Krankenakte kann nicht häufig genug betont werden. Ohne diese Art der Dokumentation ist die Anwendung aller Kodierrichtlinien eine schwierige, wenn nicht unmögliche Aufgabe.

Im Folgenden werden einige generelle Regeln über die Auswahl der Hauptdiagnose dargestellt.

Zuweisung der zugrunde liegenden Krankheit als Hauptdiagnose

Wenn sich ein Patient mit einem Symptom vorstellt und die zugrunde liegende Krankheit zum Zeitpunkt der Aufnahme bekannt ist und behandelt wird bzw. während des Krankenhausaufenthaltes diagnostiziert wird, so ist die zugrunde liegende Krankheit als Hauptdiagnose zu kodieren und das Symptom wird nicht kodiert. Dies betrifft Symptome, die im Regelfall als eindeutige und unmittelbare Folge mit der zugrunde liegenden Krankheit vergesellschaftet sind.

Beispiel 2

Ein Patient wird zur Behandlung zunehmend starker Kopfschmerzen aufgenommen, die durch einen drei Monate vorher diagnostizierten Hirntumor hervorgerufen werden. Der Patient wird wegen Progression des Hirntumors operiert.

Hauptdiagnose: Hirntumor
Nebendiagnose(n): Keine

Beispiel 3

Ein Patient wird mit akuten rechtseitigen Schmerzen im Unterbauch, Fieber und Unwohlsein stationär aufgenommen. Unter der klinischen Diagnose akute Appendizitis erfolgt eine Appendektomie.

Hauptdiagnose: Akute Appendizitis
Nebendiagnose(n): keine

Stellt ein Symptom jedoch ein eigenständiges, wichtiges Problem für die medizinische Betreuung dar, so wird es als Nebendiagnose kodiert.

Beispiel 4

Ein Patient wird erstmalig mit einem zerebralen Krampfanfall zur Behandlung der Krampfanfälle und zur Abklärung der Ursache stationär aufgenommen. Die CT- und MRT-Diagnostik lässt ein Hirnarterienaneurysma erkennen.

Hauptdiagnose: Hirnarterienaneurysma
Nebendiagnose(n): Zerebraler Krampfanfall

Beispiel 5

Ein Patient wird zur Behandlung rezidivierender zerebraler Krampfanfälle aufgenommen, die durch einen drei Monate vorher diagnostizierten Hirntumor hervorgerufen werden. Es werden die Krampfanfälle behandelt und der Hirntumor wird wegen Progression operiert.

Hauptdiagnose: Hirntumor
Nebendiagnose(n): Zerebraler Krampfanfall

Zuweisung eines Symptoms als Hauptdiagnose

Wenn sich ein Patient mit einem Symptom vorstellt und die zugrunde liegende Krankheit zum Zeitpunkt der Aufnahme bekannt ist, jedoch nur das Symptom behandelt wird, ist das Symptom als Hauptdiagnose zu kodieren. Die zugrunde liegende Krankheit ist anschließend als Nebendiagnose zu kodieren.

Beispiel 6

Ein Patient wird mit Aszites bei bekannter Leberzirrhose stationär aufgenommen. Es wird **nur** der Aszites durch eine Punktion behandelt.

Hauptdiagnose: Aszites
Nebendiagnose(n): Leberzirrhose

Anmerkung: Für weitere Informationen bezüglich der Auswahl der Hauptdiagnose in besonderen Fällen sind die folgenden allgemeinen Regeln und die Regeln der spezifischen Kapitel zu benutzen. Insbesondere für geburtshilfliche Aufnahmen (s.a. DKR 1506a *Spontane vaginale Entbindung eines Einlings* (Seite 122)) und Aufnahmen zur Dialyse (s.a. DKR 1401d *Dialyse* (Seite 117)) gibt es spezielle Kodierrichtlinien für die Auswahl der Hauptdiagnose.

Schlüsselnummern für Symptome, Befunde und ungenau bezeichnete Zustände

Schlüsselnummern für Symptome, Befunde und ungenau bezeichnete Zustände aus Kapitel XVIII *Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind* sind nicht als Hauptdiagnose zu verwenden, sobald eine die Symptomatik, etc. erklärende definitive Diagnose ermittelt wurde.

Die Anmerkungen zu Beginn von Kapitel XVIII in der ICD-10-GM helfen bei der Bestimmung, wann Schlüsselnummern aus den Kategorien R00–R99 dennoch angegeben werden.

Zwei oder mehr Diagnosen, die gleichermaßen der Definition der Hauptdiagnose entsprechen

Wenn zwei oder mehrere Diagnosen in Bezug zu Aufnahme, Untersuchungsbefunden und/oder der durchgeführten Therapie gleichermaßen die Kriterien für die Hauptdiagnose erfüllen und ICD-10-Verzeichnisse und Kodierrichtlinien keine Verschlüsselungsanweisungen geben, muss vom behandelnden Arzt entschieden werden, welche Diagnose am besten der Hauptdiagnose-Definition entspricht. Nur in diesem Fall ist vom behandelnden Arzt diejenige auszuwählen, die für Untersuchung und/oder Behandlung die meisten Ressourcen verbraucht hat. Hierbei ist es unerheblich, ob die Krankheiten verwandt sind oder nicht.

Schlüsselnummern aus Z03.0 bis Z03.9

Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen

Schlüsselnummern aus Z03.0 bis Z03.9 werden **ausschließlich dann** als **Hauptdiagnose** für die Abklärung des Gesundheitszustandes des Patienten zugeordnet, wenn es Hinweise auf die Existenz eines abnormen Zustandes, auf die Folge eines Unfalls oder eines anderen Ereignisses mit typischerweise nachfolgenden Gesundheitsproblemen gibt und sich der Krankheitsverdacht **nicht** bestätigt und eine Behandlung derzeit **nicht** erforderlich ist.

Beispiel 7

Ein Kleinkind wird von der Mutter mit einer leeren Tablettenschachtel gefunden. Der Verbleib des Inhaltes ist unklar. Bei dem Kind bestehen keine Symptome, es wird aber zur Beobachtung wegen des Verdachtes einer Medikamenteneingestion stationär aufgenommen.

Im Verlauf zeigte sich kein Anhalt für eine Tabletteningestion.

Hauptdiagnose: Z03.6 *Beobachtung bei Verdacht auf toxische Wirkung von aufgenommenen Substanzen*

Nebendiagnose(n): keine

Können für die Hauptdiagnose spezifischere Schlüsselnummern angegeben werden, haben diese Vorrang vor einer Schlüsselnummer aus der Kategorie Z03.– *Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen*. Wenn ein Symptom, das mit der Verdachtsdiagnose im Zusammenhang steht, vorliegt, wird die Symptom-Schlüsselnummer als Hauptdiagnose zugewiesen, nicht ein Kode aus der Kategorie Z03.– *Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen* (s.a. DKR D008b *Verdachtsdiagnosen* (Seite 18)).

Wenn zwei oder mehrere Befunde/Symptome bei der Beobachtung des Verdachtsfalles für die Hauptdiagnose in Frage kommen, so ist vom behandelnden Arzt diejenige auszuwählen, die für Untersuchung und/oder Behandlung die meisten Ressourcen verbraucht hat.

Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Maßnahmen

Kodes für die spezifische Verschlüsselung von Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Maßnahmen finden sich beispielsweise in den folgenden Kategorien:

Tabelle 1:

E89.– *Endokrine und Stoffwechselstörungen nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert*

G97.– *Krankheiten des Nervensystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert*

H59.– *Affektionen des Auges und der Augenanhangsgebilde nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert*

H95.– *Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert*

I97.– *Kreislaufkomplikationen nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert*

J95.– *Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert*

K91.– *Krankheiten des Verdauungssystem nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert*

M96.– *Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert*

N99.– *Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert*

Diese Kodes sind nur dann als Hauptdiagnose zu verschlüsseln, wenn kein spezifischerer Kode in Bezug auf die Erkrankung bzw. Störung existiert oder die Verschlüsselung dieses spezifischeren Kodes durch ein Exklusivum der ICD-10-GM Version 2005 ausgeschlossen ist. Gleiches gilt für die Kategorien T80–T88 *Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert*. Die Kodes aus Tabelle 1 sind Kodes aus T80–T88 vorzuziehen, soweit letztere die Erkrankung bzw. Störung nicht spezifischer beschreiben.

Beispiel 8

Ein Patient wird wegen einer Hypothyreose nach Thyreoidektomie vor einem Jahr stationär aufgenommen.

Hauptdiagnose: E89.0 *Hypothyreose nach medizinischen Maßnahmen*

Beispiel 9

Ein Herzschrittmacherträger wird wegen einer Elektrodendislokation stationär aufgenommen.

Hauptdiagnose: T82.1 *Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät*

Anmerkung: I97.8 *Sonstige Kreislaufkomplikationen nach medizinischen Maßnahmen anderenorts nicht klassifiziert* ist nicht als Hauptdiagnose zu verschlüsseln, da der Kode T82.1 *Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät* (samt seiner Inklusiva) spezifisch die Art der Störung beschreibt.

Beispiel 10

Ein Patient wird nach vorangegangener Behandlung einer Fersenbeinfraktur nun wegen einer tiefen Beinvenenthrombose stationär aufgenommen.

Hauptdiagnose: I80.2 *Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremität*

Anmerkung: I97.8 *Sonstige Kreislaufkomplikationen nach medizinischen Maßnahmen anderenorts nicht klassifiziert* ist nicht als Hauptdiagnose zu verschlüsseln, da der Kode I80.2 *Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremität* spezifisch die Art der Kreislaufkomplikation beschreibt.

Interne Verlegungen zwischen Abteilungen nach BpflV und KHEntgG

Bei Krankenhaus-internen Verlegungen von Patienten zwischen Abteilungen, die nach Bundespflegegesetzverordnung (BpflV) abrechnen (z.B. Psychiatrie), und Abteilungen, die nach Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) abrechnen, sind folgende Regeln zu beachten:

- Jede Abteilung dokumentiert und kodiert nach den für sie gültigen Regeln.
- Wird ein Patient **erstmalig** intern in eine Abteilung nach KHEntgG verlegt, so ist die Hauptdiagnosendefinition auf die Symptome/Diagnosen anzuwenden, die hauptsächlich für die Veranlassung des Aufenthaltes in dieser Abteilung verantwortlich sind (siehe Beispiel 11).
- Wird ein Patient mehrfach intern zwischen Abteilungen nach KHEntgG und BpflV verlegt, so gilt für die Auswahl der Hauptdiagnose aus den Diagnosen der Abteilungen nach KHEntgG die analoge Regelung wie sie für Rückverlegungen aus anderen Krankenhäusern (siehe unten) gilt.

Beispiel 11

Ein Patient wird wegen einer Schizophrenie in die Psychiatrie aufgenommen. Während des stationären Verlaufs entwickelt der Patient ein akutes Abdomen. Nach Verlegung in die Chirurgie findet sich dort als Ursache für die Symptomatik eine akute Cholezystitis. Die Schizophrenie wird weiterbehandelt.

Psychiatrie (BpflV)

Hauptdiagnose: Schizophrenie
Nebendiagnose(n): Akutes Abdomen

Chirurgie (KHEntgG)

Hauptdiagnose: Akute Cholezystitis
Nebendiagnose(n): Schizophrenie

Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus

In allen Fällen einer Zusammenfassung von Falldaten zu einem Fall und einer Neueinstufung in eine Fallpauschale ist folgendes zu beachten:

- Sofern beide Aufenthalte gemäß Abrechnungsbestimmungen (Näheres siehe dort) mittels einer Fallpauschale (DRG) abgerechnet werden, werden die Symptome/Diagnosen und Prozeduren beider Aufenthalte zusammen betrachtet. Auf diese Symptome/Diagnosen ist die Hauptdiagnosendefinition anzuwenden.

Rückverlegungen aus anderen Krankenhäusern

Bei Rückverlegungen aus anderen Krankenhäusern (z.B. KH A → KH B → KH A) ist folgendes zu beachten:

- Sofern beide Aufenthalte in KH A gemäß Abrechnungsbestimmungen (Näheres siehe dort) mittels einer Fallpauschale (DRG) abgerechnet werden, werden die Symptome/Diagnosen und Prozeduren beider Aufenthalte zusammen betrachtet. Auf diese Symptome/Diagnosen ist die Hauptdiagnosendefinition anzuwenden.

Beispiel 12

Ein Patient mit atherosklerotischer Herzkrankheit wird mit instabiler Angina pectoris in Krankenhaus A aufgenommen. Zur weiteren Diagnostik und Therapie wird er in das Krankenhaus B verlegt. Bei den dortigen Untersuchungen findet sich ein Herzinfarkt. Der Patient wird anschließend durch eine Koronarbypassanlage versorgt. In stabilem Zustand wird er in das Krankenhaus A rückverlegt.

Krankenhaus A: 1. Aufenthalt

Hauptdiagnose: Instabile Angina pectoris
Nebendiagnose(n): Atherosklerotische Herzkrankheit

Krankenhaus B:

Hauptdiagnose: Myokardinfarkt
Nebendiagnose(n): Atherosklerotische Herzkrankheit

Krankenhaus A: 2. Aufenthalt

Hauptdiagnose: Myokardinfarkt
Nebendiagnose(n): Atherosklerotische Herzkrankheit
Vorhandensein eines aortokoronaren Bypasses

Nach Rückverlegung des Patienten werden im Krankenhaus A die Diagnosen aus dem 1. und 2. Aufenthalt betrachtet, um die Haupt- und Nebendiagnosen zu bestimmen. Gemäß DKR 0901d *Ischämische Herzkrankheit* wird eine instabile Angina pectoris bei Vorliegen eines Herzinfarktes nicht kodiert.

Krankenhaus A: Gesamtaufenthalt

Hauptdiagnose: Myokardinfarkt
Nebendiagnose(n): Atherosklerotische Herzkrankheit
Vorhandensein eines aortokoronaren Bypasses

D003d Nebendiagnosen

Die Nebendiagnose ist definiert als:

„Eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt.“

Für Kodierungszwecke müssen Nebendiagnosen als Krankheiten interpretiert werden, die das Patientenmanagement in der Weise beeinflussen, dass irgendeiner der folgenden Faktoren erforderlich ist:

- therapeutische Maßnahmen
- diagnostische Maßnahmen
- erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand

Krankheiten, die z.B. durch den Anästhesisten während der präoperativen Beurteilung dokumentiert wurden, werden nur kodiert, wenn sie den oben genannten Kriterien entsprechen. Sofern eine Begleitkrankheit das Standardvorgehen für eine spezielle Prozedur beeinflusst, wird diese Krankheit als Nebendiagnose kodiert.

Anamnestiche Diagnosen, die das Patientenmanagement gemäß obiger Definition nicht beeinflussen haben, wie z.B. eine ausgeheilte Pneumonie vor 6 Monaten oder ein abgeheiltes Ulkus, werden nicht kodiert (vgl. auch Beispiel 1 in DKR D001a *Allgemeine Kodierrichtlinien* (Seite 3)).

Beispiel 1

Eine Patientin wird zur Behandlung einer chronischen myeloischen Leukämie (CML) stationär aufgenommen. In der Anamnese gibt sie eine Knieoperation vor 10 Jahren wegen eines Außenmeniskusschadens an. Danach war sie beschwerdefrei. Eine bekannte koronare Herzkrankheit wird medikamentös weiterbehandelt. Die sonografische Untersuchung der abdominalen Lymphknoten zeigt auch ein bekanntes Uterusmyom, das keine weitere Diagnostik und Behandlung erfordert. Während des stationären Aufenthaltes kommt es zu einer depressiven Reaktion mit Therapie durch Antidepressiva. Wegen anhaltender Lumbalgien wird die Patientin krankengymnastisch betreut.

Hauptdiagnose: Chronisch myeloische Leukämie (CML)
Nebendiagnose(n): Depressive Reaktion
Lumbalgien
Koronare Herzkrankheit

Die Nebendiagnosen erfüllen die obige Definition (Ressourcenverbrauch) und sind deshalb zu dokumentieren.

Die sonstigen Diagnosen (Uterus myomatosus, Z.n. OP nach Außenmeniskusschaden) erfüllen diese Definition nicht und werden deshalb für das DRG-System nicht dokumentiert. Sie sind jedoch für die medizinische Dokumentation und die ärztliche Kommunikation von Bedeutung.

Beispiel 2

Ein Patient, der wegen einer Pneumonie stationär aufgenommen wird, hat zusätzlich einen Diabetes mellitus. Das Pflegepersonal prüft täglich den Blutzucker, und der Patient bekommt eine Diabetes-Diät.

Hauptdiagnose: Pneumonie
Nebendiagnose(n): Diabetes mellitus

Beispiel 3

Ein 60 Jahre alter Patient mit Varikose wird zur Behandlung von Ulzera am Unterschenkel aufgenommen. Aufgrund einer früheren Unterschenkelamputation benötigt der Patient zusätzliche Unterstützung durch das Pflegepersonal.

Hauptdiagnose: Variköse Ulzera am Bein
Nebendiagnose(n): Unterschenkelamputation in der Eigenanamnese

Beispiel 4

Eine adipöse, ältere Patientin wird wegen Cholezystolithiasis zur Cholezystektomie aufgenommen. Postoperativ erleidet sie eine Lungenembolie.

Hauptdiagnose: Cholezystolithiasis
Nebendiagnose(n): Lungenembolie
Adipositas

Symptome als Nebendiagnose

Ein Symptom wird nicht kodiert, wenn es im Regelfall als eindeutige und unmittelbare Folge mit der zugrunde liegenden Krankheit vergesellschaftet ist. Stellt ein Symptom jedoch ein eigenständiges, wichtiges Problem für die medizinische Betreuung dar, so wird es als Nebendiagnose kodiert (siehe auch DKR D002d *Hauptdiagnose* (Seite 4) und ICD-10-GM Kapitel XVIII).

Reihenfolge der Nebendiagnosen

Es gibt keine Kodierrichtlinie, die die Reihenfolge der Nebendiagnosen regelt. Jedoch sollten die bedeutenderen Nebendiagnosen, insbesondere Komplikationen und Komorbiditäten, zuerst angegeben werden, da die Anzahl der zur Verfügung stehenden Schlüsselnummer-Felder begrenzt ist. Wird zur Verschlüsselung einer Diagnose mehr als ein Kode benötigt (z.B. Kreuz-Stern-System), so ist für die Reihenfolge DKR D012d *Mehrfachkodierung* (Seite 21) zu beachten.

Anmerkung: Für die Abrechnung von Fallpauschalen und Sonderentgelten sind bei der Festlegung der Haupt- und Nebendiagnosen die Übergangsregelungen (siehe Seite IX) zu beachten.

Abnorme Befunde

Abnorme Labor-, Röntgen-, Pathologie- und andere diagnostische Befunde werden nicht kodiert, es sei denn, sie haben eine klinische Bedeutung im Sinne einer therapeutischen Konsequenz oder einer weiterführenden Diagnostik (nicht allein Kontrolle der abnormen Werte).

Beispiel 5

Ein Patient wird wegen einer Pneumonie stationär aufgenommen. Im Labortest wird eine leicht erhöhte Gamma-GT, die ausschließlich kontrolliert wird und keine weiteren diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen nach sich zieht, gefunden.

Hauptdiagnose: Pneumonie

Anmerkung: Die erhöhte Gamma-GT erfüllt nicht die Definition einer Nebendiagnose und wird deshalb für das DRG-System nicht dokumentiert. Sie ist jedoch für die medizinische Dokumentation und die ärztliche Kommunikation von Bedeutung.

D004d Syndrome

Wenn es für ein Syndrom in den ICD-10-Verzeichnissen einen spezifischen Kode gibt, so ist er für dieses Syndrom zu verwenden. Grundsätzlich ist dabei die Definition der Hauptdiagnose zu beachten, so dass bei einer im Vordergrund stehenden spezifischen Manifestation des Syndroms (z.B. Herzfehler) die Kodierung des Behandlungsanlasses zur Hauptdiagnose wird (siehe DKR D002d *Hauptdiagnose* (Seite 4)).

Beispiel 1

Ein dysmorphes Kind wird zur Syndromabklärung stationär aufgenommen. Die Untersuchungen bestätigen die Diagnose Trisomie 21, meiotische Non-disjunction (Down-Syndrom).

Hauptdiagnose: Q90.0 *Trisomie 21, meiotische Non-disjunction*

Beispiel 2

Ein Kind mit Trisomie 21, meiotische Non-disjunction (Down-Syndrom) wird wegen eines angeborenen Ventrikelseptumdefektes zur Herz-Operation aufgenommen.

Hauptdiagnose: Q21.0 *Ventrikelseptumdefekt*
Nebendiagnose(n): Q90.0 *Trisomie 21, meiotische Non-disjunction*

Sehen die ICD-10-Verzeichnisse keine spezifische Schlüsselnummer für das Syndrom vor, so sind die einzelnen Manifestationen zu verschlüsseln.

Sobald zwei Manifestationen der Definition der Hauptdiagnose entsprechen, ist bei der Kodierung nach DKR D002d *Hauptdiagnose* Absatz „Zwei oder mehr Diagnosen, die gleichermaßen der Definition der Hauptdiagnose entsprechen“ (Seite 7) zu verfahren.

Bei angeborenem Syndrom ist eine zusätzliche Schlüsselnummer aus der Kategorie Q87.–*Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungssyndrome mit Beteiligung mehrerer Systeme* als Nebendiagnose zu den bereits kodierten benannten Manifestationen zu kodieren. Die Zusatzschlüsselnummer dient als Hinweis, dass dies ein Syndrom ist, dem keine spezifische Schlüsselnummer der ICD-10-GM zugewiesen ist.

Beispiel 3

Ein Kind mit Galloway-Mowat-Syndrom (Symptomenkombination aus Mikrozephalie, Hiatushernie und Nephrose, autosomal-rezessiv vererbt) wird zur Nierenbiopsie aufgenommen. Histologisch finden sich fokale und segmentale glomeruläre Läsionen.

Hauptdiagnose: N04.1 *Nephrotisches Syndrom, fokale und segmentale glomeruläre Läsionen*

Nebendiagnose(n): Q40.1 *Angeborene Hiatushernie*
Q02 *Mikrozephalie*
Q87.8 *Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungssyndrome, anderenorts nicht klassifiziert*

Prozedur: 1-463.0 *Perkutane (Nadel-)Biopsie an Harnorganen und männlichen Geschlechtsorganen, Niere*

D005d Folgezustände und geplante Folgeeingriffe

Folgezustände oder Spätfolgen einer Krankheit sind **aktuelle** Krankheitszustände, die durch eine frühere Krankheit hervorgerufen wurden.

Es gibt keine allgemeine zeitliche Beschränkung für die Verwendung der Schlüsselnummern für Folgezustände. Der Folgezustand kann schon im Frühstadium des Krankheitsprozesses offenbar werden, z.B. neurologische Defizite als Folge eines Hirninfarktes, oder er zeigt sich Jahre später, z.B. die chronische Niereninsuffizienz als Folge einer früheren Nierentuberkulose.

Die Kodierung der Folgezustände von Krankheiten erfordert zwei Schlüsselnummern:

- eine für den aktuellen Rest-/Folgezustand und
- eine Schlüsselnummer („Folgen von ...“), die ausdrückt, dass dieser Zustand Folge einer früheren Krankheit ist.

Der Restzustand oder die Art der Folgezustände werden an erster Stelle angegeben, gefolgt von der Schlüsselnummer „Folgen von ...“.

Beispiel 1

Einseitige Erblindung aufgrund eines früheren Trachoms

H54.4 *Blindheit eines Auges*
B94.0 *Folgezustände des Trachoms*

Beispiel 2

Monoplegie des Oberarms aufgrund einer früheren akuten Poliomyelitis

G83.2 *Monoparese und Monoplegie einer oberen Extremität*
B91 *Folgezustände der Poliomyelitis*

Beispiel 3

Spastische Hemiplegie aufgrund einer früheren Hirnembolie

G81.1 *Spastische Hemiparese und Hemiplegie*
I69.4 *Folgen eines Schlaganfalls, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet*

Beispiel 4

Ein Patient wird zur Behandlung einer Fehlstellung, die Folge einer abgeheilten Radiusfraktur ist, stationär aufgenommen.

Hauptdiagnose: M84.03 *Frakturheilung in Fehlstellung, Unterarm*
Nebendiagnose(n): T92.1 *Folgen einer Fraktur des Armes*

Wird ein Patient dagegen beispielsweise zu einer Sehnenoperation bei einem vor zwei Wochen stattgefundenen Sehnenriss im Fingerbereich aufgenommen, ist dies **nicht** als „Folgeerscheinung“ zu kodieren, da der Riss immer noch behandelt wird.

Spezifische Schlüsselnummern für die Ursachen von Spätfolgen sind:

B90.– *Folgezustände der Tuberkulose*
B91 *Folgezustände der Poliomyelitis*
B92 *Folgezustände der Lepra*
B94.– *Folgezustände sonstiger und nicht näher bezeichneter infektiöser und parasitärer Krankheiten*
E64.– *Folgen von Mangelernährung oder sonstigen alimentären Mangelzuständen*
E68 *Folgen der Überernährung*
G09 *Folgen entzündlicher Krankheiten des Zentralnervensystems*
I69.– *Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit*
O97 *Tod an den Folgen direkt gestationsbedingter Ursachen*
T90-T98 *Folgen von Verletzungen, Vergiftungen und sonstigen Auswirkungen äußerer Ursachen*

Behandlung einer akuten Verletzung/Verbrennung und geplanter Folgeingriff

Für die initiale und nachfolgende Behandlung einer aktuellen Verletzung/Verbrennung ist der Code für die Verletzung/Verbrennung (weiterhin) als Hauptdiagnose zu verwenden.

Auch bei einer Aufnahme zu einer zweiten oder weiteren Operation nach einem Ersteingriff, die zum Zeitpunkt des Ersteingriffs im Rahmen der Gesamtbehandlung bereits als Folgeingriff geplant war, wird die ursprüngliche Krankheit als Hauptdiagnose kodiert. Das gilt auch dann, wenn die ursprüngliche Krankheit nicht mehr vorhanden ist (siehe Beispiel 5 und 6).

Beispiel 5

Ein Patient wird zur geplanten Rückverlagerung eines Kolostomas, das bei einer früheren Operation wegen einer Sigmadivertikulitis angelegt wurde, stationär aufgenommen. Die Sigmadivertikulitis ist inzwischen abgeheilt.

Hauptdiagnose: Sigmadivertikulitis
Nebendiagnose(n): Versorgung eines Kolostomas

Metallentfernungen und andere **weitere Behandlungen** einer Verletzung (z.B. Entfernung eines orthopädischen Nagels) sind zu unterscheiden von der Behandlung einer Folgeerscheinung der ursprünglichen Verletzung (siehe Beispiel 4). Diese Fälle sind mit dem passenden Code für die ursprüngliche Verletzung als Hauptdiagnose gefolgt von einem zutreffenden Code aus Kapitel XXI (z.B. Z47.0 *Entfernung einer Metallplatte oder einer anderen internen Fixationsvorrichtung*) als Nebendiagnose zu verschlüsseln, der zusammen mit dem entsprechenden Code für die Prozedur den Bedarf einer weiteren Behandlung anzeigt.

Beispiel 6

Ein Patient wird zur Metallentfernung ein Jahr nach einer distalen Radiusfraktur (mit Luxation des Ulnakopfes), die mit einer Platte versorgt wurde, stationär aufgenommen.

Hauptdiagnose: S52.31 *Fraktur des distalen Radiuschaftes mit Luxation des Ulnakopfes*
Nebendiagnose(n): Z47.0 *Entfernung einer Metallplatte oder einer anderen internen Fixationsvorrichtung*
Prozedur(en): 5-787.35 *Entfernung von Osteosynthesematerial, Platte, Radiuschaft*

D006a Akute und chronische Krankheiten

Leidet ein Patient gleichzeitig an der chronischen und akuten Form derselben Krankheit, wie z.B. akute Exazerbation einer chronischen Krankheit, so wird nur dann die akute Form der Krankheit als Hauptdiagnose und die chronische Form als Nebendiagnose kodiert, wenn es für die akute und chronische Form dieser Krankheit unterschiedliche Schlüsselnummern gibt.

Beispiel 1

Ein Patient wird wegen akuten Schubs bei chronischer Pankreatitis ohne Organkomplikationen aufgenommen.

Hauptdiagnose: K85.0 *Akute Pankreatitis ohne Organkomplikationen*
Nebendiagnose(n): K86.1 *Sonstige chronische Pankreatitis*

Ausnahmen: Dieses Kriterium darf nicht verwendet werden, wenn:

- a) die ICD-10-GM für die Kombination eine eigene Schlüsselnummer vorsieht, z.B.:
J44.1- *Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet*

- b) die ICD-10-GM eine gegenteilige Anweisung gibt, z.B.:
- C92.0- *Akute myeloische Leukämie*
 Exkl.: *Akute Exazerbation einer chronischen myeloischen Leukämie (C92.1-)*
 C92.1- *Chronische myeloische Leukämie*
- Hier wird nur C92.1- und der Remissionsstatus an fünfter Stelle kodiert.
- c) die ICD-10-GM darauf hinweist, dass nur eine Schlüsselnummer erforderlich ist. Zum Beispiel weist bei der Kodierung von „akuter Schub bei chronischer Bronchiolitis“ das Alphabetische Verzeichnis darauf hin, dass die **akute** Krankheit nicht getrennt kodiert werden muss, da sie in runden Klammern nach dem Hauptbegriff aufgeführt ist (d.h. als nicht wesentlicher Modifizierer):

Bronchiolitis (akut) (infektiös) (subakut) J21.9

D007a Aufnahme zur Operation, Operation nicht durchgeführt

Wenn ein Patient für eine Operation stationär aufgenommen wurde, die aus irgendeinem Grund nicht durchgeführt und der Patient entlassen wurde, ist wie folgt zu kodieren:

- a) Wenn die Operation aus technischen Gründen nicht ausgeführt wurde:

Beispiel 1

Ein Patient wurde aufgenommen zwecks Insertion von Paukenröhrchen bei Seromukotympanon. Die Operation wurde aus technischen Gründen verschoben.

Hauptdiagnose: H65.3 *Chronische muköse Otitis media*
 Nebendiagnose(n): Z53 *Personen, die Einrichtungen des Gesundheitswesens wegen spezifischer Maßnahmen aufgesucht haben, die aber nicht durchgeführt wurden*

- b) Wenn die Operation auf Grund einer Krankheit oder einer Komplikation, die nach Aufnahme aufgetreten ist, nicht ausgeführt wurde:

Beispiel 2

Ein Patient mit Tonsillitis wurde zur Tonsillektomie aufgenommen. Die Operation wurde aufgrund einer akuten Sinusitis frontalis verschoben.

Hauptdiagnose: J35.0 *Chronische Tonsillitis*
 Nebendiagnose(n): Z53 *Personen, die Einrichtungen des Gesundheitswesens wegen spezifischer Maßnahmen aufgesucht haben, die aber nicht durchgeführt wurden*
 J01.1 *Akute Sinusitis frontalis*

D008b Verdachtsdiagnosen

Verdachtsdiagnosen im Sinne dieser Kodierrichtlinie sind Diagnosen, die **am Ende eines stationären Aufenthaltes** weder sicher bestätigt noch sicher ausgeschlossen sind.

Verdachtsdiagnosen werden unterschiedlich kodiert, abhängig davon, ob der Patient nach Hause entlassen oder in ein anderes Krankenhaus verlegt wurde.

Entlassung nach Hause

Wenn Untersuchungen vorgenommen, aber **keine** Behandlung in Bezug auf die Verdachtsdiagnose eingeleitet wurde, ist/sind das/die **Symptom/e** zu kodieren (siehe Beispiel 1 und DKR D002d *Hauptdiagnose* (Seite 4)).

Beispiel 1

Ein Kind wurde wegen rechtseitigen Schmerzen im Unterbauch mit Verdacht auf Appendizitis aufgenommen. Die Untersuchungen während des stationären Aufenthaltes haben die Diagnose einer Appendizitis nicht bestätigt. Eine spezifische Behandlung der Appendizitis wurde nicht durchgeführt.

Hauptdiagnose: R10.3 *Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches*

Wenn eine **Behandlung** eingeleitet wurde und die Untersuchungsergebnisse nicht eindeutig waren, ist die **Verdachtsdiagnose** zu kodieren.

Beispiel 2

Ein Patient wurde mit Verdacht auf Meningitis wegen starken Kopfschmerzen aufgenommen. Die Untersuchungen während des stationären Aufenthaltes haben die Diagnose einer Meningitis weder bestätigt noch sicher ausgeschlossen. Eine spezifische Behandlung der Meningitis wurde jedoch eingeleitet.

Hauptdiagnose: G03.9 *Meningitis, nicht näher bezeichnet*

Verlegung in ein anderes Krankenhaus

Wenn ein Patient mit einer Verdachtsdiagnose verlegt wird, ist vom verlegenden Krankenhaus die Verdachtsdiagnose-Schlüsselnummer zu kodieren.

Vom dem verlegenden Krankenhaus dürfen zur Kodierung nur die zum Zeitpunkt der Verlegung erhältlichen Informationen verwendet werden. Spätere Informationen aus dem Krankenhaus, in welches der Patient verlegt wurde, dürfen die Kodierungsentscheidung nachträglich nicht beeinflussen.

Wird beispielsweise ein Patient mit der Verdachtsdiagnose Meningitis verlegt und der Fall vom verlegenden Krankenhaus als Meningitis kodiert, so ist die Schlüsselnummer für Meningitis vom verlegenden Krankenhaus nachträglich nicht zu ändern. Dies gilt auch dann, wenn vom zweitbehandelnden Krankenhaus der Entlassungsbericht zugesandt wird und sich daraus ergibt, dass der Patient laut Untersuchung keine Meningitis hatte.

D009a „Sonstige“ und „nicht näher bezeichnete“ Schlüsselnummern

Die Resteklasse „Sonstige ...“ ist dann bei der Kodierung zu verwenden, wenn eine genau bezeichnete Krankheit vorliegt, für die es aber in der ICD-10 keine eigene Klasse gibt.

Die Resteklasse „Nicht näher bezeichnete ...“ ist dann zu verwenden, wenn eine Krankheit nur mit ihrem Oberbegriff, wie z.B. Katarakt, beschrieben ist und/oder eine weitere Differenzierung nach den Klassifikationskriterien der ICD-10 an entsprechender Stelle nicht möglich ist (siehe Beispiel 3).

„Sonstige“ und „nicht näher bezeichnete“ Schlüsselnummern bzw. „Resteklassen“ haben im Allgemeinen eine spezifische Kennzeichnung.

Auf der **vierstelligen Ebene** ist die Zuordnung in der Regel wie folgt:

„,0 – .7“ spezifische Krankheiten (im Kapitel XIX „*Verletzungen und Vergiftungen*“ wird „,7“ häufig für „multiple Verletzungen“ verwendet)

„,8“ spezifische Krankheiten, die unter „,0 – .7“ nicht klassifiziert sind (oder „sonstige“)

„,9“ „nicht näher bezeichnet“

Beispiel 1		Vierstellige Subkategorie
Unterteilung der Schlüsselnummern		
L50.–	<i>Urtikaria</i>	Kategorie
L50.0	<i>Allergische Urtikaria</i>	Spezifische Subkategorie
L50.1	<i>Idiopathische Urtikaria</i>	Spezifische Subkategorie
L50.2	<i>Urtikaria durch Kälte oder Wärme</i>	Spezifische Subkategorie
L50.3	<i>Urticaria facticia</i>	Spezifische Subkategorie
L50.4	<i>Urticaria mechanica</i>	Spezifische Subkategorie
L50.5	<i>Cholinergische Urtikaria</i>	Spezifische Subkategorie
L50.6	<i>Kontakturtikaria</i>	Spezifische Subkategorie
L50.8	<i>sonstige Urtikaria</i>	anderorts nicht klassifizierte Urtikaria
	Urtikaria:	
	• <i>chronisch</i>	
	• <i>rezidivierend periodisch</i>	
L50.9	<i>Urtikaria, nicht näher bezeichnet</i>	unspezifische Subkategorie

Gelegentlich werden die zwei **Resteklassen** „,8“ und „,9“ in einer Schlüsselnummer kombiniert und beinhalten sowohl „sonstige“ als auch „nicht näher bezeichnete“ Zustände.

Auf der **fünfstelligen Ebene** ist die Zuordnung nicht einheitlich.

Die Resteklassen dürfen nicht verwendet werden, um Diagnosen „aufzufangen“, die **scheinbar** nicht anderenorts klassifiziert sind. Die ICD-10-Verzeichnisse sind zu verwenden, um die korrekte Schlüsselnummer-Zuordnung zu bestimmen (s.a. DKR D013c *Im Systematischen Verzeichnis verwendete formale Vereinbarungen* (Seite 29) und DKR D014d *Im Alphabetischen Verzeichnis verwendete formale Vereinbarungen* (Seite 34)).

Wenn eine Bezeichnung benutzt wird, die nicht in den ICD-10-Verzeichnissen auffindbar ist, sind darin verfügbare alternative Bezeichnungen zu prüfen. Sofern keine andere Beschreibung zur Verfügung steht, ist für die Verschlüsselung eine der folgenden Strategien anzuwenden:

Beispiel 2

Diagnose: Leukoplakie am Augenlid
 Kode: H02.8 *Sonstige näher bezeichnete Affektionen des Augenlides*

Es gibt im Alphabetischen Verzeichnis unter Leukoplakie keinen Unterbegriff „Augenlid“. Deshalb muss unter dem Begriff „Krankheit“ nachgeschlagen werden. Dort findet man:

Krankheit

- Auge, Augen- H57.9
 - - Lid- H02.9
 - - - näher bez. a.n.k. H02.8

Da die Leukoplakie eine „näher bezeichnete Krankheit“ ist und im Alphabetischen Verzeichnis ein entsprechender Hinweis angegeben ist, ist H02.8 die korrekte Schlüsselnummer.

Beispiel 3

Diagnose: 37 Jahre alter Mann mit subluxierter Katarakt
 Kode: H26.9 *Katarakt, nicht näher bezeichnet*

Im Alphabetischen Verzeichnis gibt es unter Katarakt keinen Unterbegriff „subluxiert“ und keinen Untereintrag „- näher bez. a.n.k.“. Deshalb ist H26.9 die korrekte Schlüsselnummer.

D010a Kombinations-Schlüsselnummern

Eine einzelne Schlüsselnummer, die zur Klassifikation von zwei Diagnosen oder einer Diagnose mit einer Manifestation oder einer mit ihr zusammenhängenden Komplikation verwendet wird, wird als Kombinations-Schlüsselnummer bezeichnet. Kombinations-Schlüsselnummern werden durch Überprüfung der Einträge von eingerückten Begriffen im Alphabetischen Verzeichnis ermittelt und durch Nachlesen der Ein- und Ausschlusshinweise im Systematischen Verzeichnis der ICD-10-GM (siehe DKR D013c *Im Systematischen Verzeichnis verwendete formale Vereinbarungen* (Seite 29) und DKR D014d *Im Alphabetischen Verzeichnis verwendete formale Vereinbarungen* (Seite 34)).

Die Kombinations-Schlüsselnummer ist nur dann zu verwenden, wenn diese Schlüsselnummer die betreffende diagnostische Information vollständig wiedergibt und wenn das Alphabetische Verzeichnis eine entsprechende Anweisung gibt.

Mehrfachkodierungen (siehe DKR D012d *Mehrfachkodierung* (Seite 21)) dürfen nicht verwendet werden, wenn die Klassifikation eine Kombinations-Schlüsselnummer bereitstellt, die eindeutig alle in der Diagnose dokumentierten Elemente umfasst.

Beispiel 1

Arteriosklerose der Extremitäten mit Gangrän.

Richtig: 170.24 *Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Gangrän*

Falsch: 170.20 *Atherosklerose der Extremitätenarterien, sonstige und nicht näher bezeichnet*

R02 *Gangrän, anderenorts nicht klassifiziert*

D011d Doppelkodierung

Manifestiert sich eine Krankheit an zwei oder mehreren Lokalisationen, so gelten für die Diagnosenkodierung folgende Regeln:

1. Dieselbe Schlüsselnummer für die Diagnose wird nur einmal angegeben.
2. Gibt es in der ICD eine eigene Schlüsselnummer für eine doppelseitige Erkrankung, so ist diese zu verwenden (siehe Beispiel 1).
3. Fehlen in der ICD Angaben zur Lokalisation, so kann das Zusatzkennzeichen „B“ für „beidseitig“ hinter der Schlüsselnummer angegeben werden (siehe Beispiel 2).

Beispiel 1

Ein Patient mit **doppelseitiger** Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän, wird aufgenommen. Es wird in einer Sitzung ein laparoskopischer transperitonealer Verschluss beider Hernien durchgeführt.

Hauptdiagnose: K40.20 **Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän, nicht als Rezidivhernie bezeichnet.**

Prozedur(en): 5-530.31 **B Verschluss einer Hernia inguinalis mit alloplastischem Material, laparoskopisch transperitoneal, beidseitig**

Beispiel 2

Ein Patient mit beidseitiger Radius-Fraktur (Colles) wird aufgenommen. Es wird in einer Sitzung eine geschlossene Reposition der Radius-Frakturen mit Spickung **beidseitig** durchgeführt.

Hauptdiagnose: S52.51 **B Distale Fraktur des Radius, Extensionsfraktur, Colles-Fraktur, beidseitig**

Prozedur(en): 5-790.16 **B Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese, durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage, Radius distal, beidseitig**

Zur bilateralen und mehrfachen Kodierung s.a. DKR D012d *Mehrfachkodierung* (Seite 21).

D012d Mehrfachkodierung

Anmerkung: Erläuterungen, die mit den entsprechenden Abschnitten aus dem Regelwerk für die WHO-Ausgabe der ICD-10 (Band II) identisch sind, sind am Ende mit „(WHO)“ gekennzeichnet.

Mehrfachkodierung ist in den folgenden Fällen erforderlich:

1. Ätiologie- und Manifestationsverschlüsselung: „Kreuz - Stern - System“

Schlüsselnummern für Ätiologie (zugrunde liegende Ursache) werden durch das Kreuz-Symbol (†) und Manifestations-Schlüsselnummern durch das Stern-Symbol (*) gekennzeichnet. Zu kodieren ist **in derselben Reihenfolge, in der sie im Alphabetischen Verzeichnis oder im Systematischen Verzeichnis der ICD-10-GM erscheinen**, d.h. die Ätiologie-Schlüsselnummer, gefolgt von der Manifestations-Schlüsselnummer.

Beispiel 1

Diagnose: Bursitis durch Gonokokken

ICD-10-GM
Alphabetisches
Verzeichnis: **Bursitis durch Gonokokken A54.4† M73.09***

ICD-10-GM
Systematisches
Verzeichnis: **A54.4† *Gonokokkeninfektion des Muskel-Skelett-Systems*
Gonokokken:
Bursitis (M73.0-)***

M73.0-* *Bursitis gonorrhoeica (A54.4†)*

Rubriken, die Diagnosebezeichnungen mit einer Kreuz-Kennung enthalten, treten in unterschiedlichen Formen auf (WHO):

- a) Das Symbol (†) und die zugehörige Stern-Schlüsselnummer erscheinen beide in der Rubriküberschrift. Sämtliche in dieser Rubrik zu klassifizierenden Bezeichnungen unterliegen der Doppelklassifizierung und haben alle dieselbe Sternschlüsselnummer, z. B.:

Beispiel 2

**A17.0† *Tuberkulöse Meningitis (G01*)*
Tuberkulöse Leptomeningitis
Tuberkulose der Meningen (zerebral) (spinal)**

- b) In der Rubriküberschrift erscheint das Symbol (†), aber nicht die zugehörige Stern-Schlüsselnummer. Sämtliche in dieser Rubrik zu klassifizierenden Bezeichnungen unterliegen der Doppelklassifizierung, haben jedoch unterschiedliche Stern-Schlüsselnummern (die bei jeder Bezeichnung aufgeführt sind), z. B.:

Beispiel 3

A18.0† *Tuberkulose der Knochen und Gelenke*
Tuberkulös:

- *Arthritis (M01.1-*)*
- *Knochennekrose (M90.0-*)*
- *Mastoiditis (H75.0*)*
- *Osteomyelitis (M90.0-*)*
- *Ostitis (M90.0-*)*
- *Synovitis (M68.0-*)*
- *Tenosynovitis (M68.0-*)*

Tuberkulose:

- *Hüfte (M01.15*)*
- *Knie (M01.16*)*
- *Wirbelsäule (M49.0-*)*

- c) In der Rubriküberschrift erscheinen weder das Symbol (†) noch die zugehörige Sternschlüsselnummer. Die Rubrik als Ganzes unterliegt nicht der Doppelklassifizierung, jedoch können einzelne darunter aufgeführte Bezeichnungen doppelt klassifiziert werden. In diesen Fällen sind die Bezeichnungen mit dem Symbol (†) und ihrer Sternschlüsselnummer gekennzeichnet, z. B.:

Beispiel 4

- A54.8** *Sonstige Gonokokkeninfektionen durch Gonokokken:*
- *Peritonitis† (K67.1*)*
 - *Pneumonie† (J17.0*)*
 - *Sepsis*
 - *Hautläsionen*

Die Kodes für Manifestationen, d.h. die Stern-Schlüsselnummern (*), können nicht als alleiniger Kode für die Hauptdiagnose verwendet werden.

- d) Wenn bei der Verschlüsselung der Diagnose die ICD-10-Verzeichnisse auf einen Stern-Kode (Manifestation) führen, dann muss anschließend die Ätiologie geklärt werden. Dazu sind in der Systematik und im Alphabetischen Verzeichnis für viele Schlüsselnummern Hinweise aufgenommen worden (siehe Beispiel 5). Dabei können auch Schlüsselnummern zur Kodierung der Ätiologie benutzt werden, die in der ICD-Systematik keine Kreuz-Kodes sind. Auch sie werden in diesem Fall mit einem Kreuz (†) gekennzeichnet.

Beispiel 5

- G63.3*** *Polyneuropathie bei sonstigen endokrinen und Stoffwechselerkrankungen (E00–E07†, E15–E16†, E20–E34†, E70–E89†)*
- Hier findet sich in der Systematik ein Hinweis auf mögliche Schlüsselnummern zur Kodierung der Ätiologie, und zwar mit einem † gekennzeichnet, obwohl diese Schlüsselnummern, wie z.B. E05.0 *Hyperthyreose mit diffuser Struma*, in der Systematik nicht als Kreuzkode definiert sind.

- e) An anderer Stelle (siehe Beispiel 6) fehlen Hinweise auf mögliche Schlüsselnummern zur Kodierung der Ätiologie. Hier ist dann vom behandelnden Arzt die zugrunde liegende Krankheit zu bestimmen.

Beispiel 6

- J91*** *Pleuraerguss bei anderenorts klassifizierten Krankheiten*
- Hier findet sich kein Hinweis auf entsprechende Kreuzcodes. Jede Schlüsselnummer, die die Ätiologie des Pleuraergusses kodiert, kann verwendet werden, wie z.B. C50.4 *Bösartige Neubildung der Brustdrüse, oberer äußerer Quadrant*, und wird mit einem Kreuz (†) gekennzeichnet.

2. Hinweise zur Doppelklassifizierung

Für bestimmte Situationen ist eine andere Form der Doppelklassifizierung als die des Kreuz-Stern-Systems anwendbar, um den Gesundheitszustand einer Person vollständig zu beschreiben. Der Hinweis im Systematischen Verzeichnis „Soll ... angegeben werden, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer zu benutzen“, kennzeichnet viele solcher Situationen (WHO).

Hier sind aufzuzählen:

- Lokale Infektionen bei Zuständen, die den Kapiteln der „Organkrankheiten“ zuzuordnen sind. Schlüsselnummern des Kapitels I zur Identifizierung des Infektionserregers werden hinzugefügt, sofern dieser im Rubriktitle nicht enthalten ist. Am Ende von Kapitel I steht für diesen Zweck die Kategoriengruppe B95!–B97! zur Verfügung (siehe Tabelle 2 (Seite 27)).
- Neubildungen mit funktioneller Aktivität. Eine geeignete Schlüsselnummer aus Kapitel IV kann zur Kennzeichnung der funktionellen Aktivität der jeweiligen Schlüsselnummer aus Kapitel II hinzugefügt werden.
- Morphologie von Neubildungen. Obwohl der Morphologieschlüssel (siehe Band 1, Abschnitt „Morphologie der Neubildungen“) nicht Bestandteil der Hauptklassifikation ICD ist, kann er zur Kennzeichnung der Morphologie (Histologie) von Tumoren zusätzlich einer Schlüsselnummer von Kapitel II hinzugefügt werden.
- Ergänzungen für Zustände, die Kapitel V, F00–F09 (Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen) betreffen. Die zugrunde liegende Krankheit, Verletzung oder andere Hirnschädigung kann durch Hinzufügen einer Schlüsselnummer aus einem anderen Kapitel angegeben werden.
- Zwei Schlüsselnummern zur Beschreibung einer Verletzung, einer Vergiftung oder einer sonstigen Nebenwirkung. Zu einer Schlüsselnummer aus Kapitel XIX, die die Art der Verletzung beschreibt, kann auch eine Schlüsselnummer aus Kapitel XX für die Ursache zusätzlich angegeben werden.

Anmerkung: Sowohl die Kodes für die Morphologie von Neubildungen als auch die Kodes aus Kapitel XX sind für die DRG-Gruppierung nicht relevant.

Reihenfolge von Diagnoseschlüsseln bei Mehrfachkodierung

ICD-Kodes **ohne Kennzeichen** oder **mit einem Kreuz** (Ätiologie, „†“) als Kennzeichen werden im Folgenden als **Primär-Diagnoseschlüssel** bezeichnet, da diese alleine verwendet werden dürfen.

ICD-Kodes **mit einem Stern** (Manifestation, „*“) oder **mit einem Ausrufezeichen** (Sonstiges, „!“) als Kennzeichen werden im folgenden als **Sekundär-Diagnoseschlüssel** bezeichnet, da sie nie alleine verwendet werden dürfen, sondern nur in Kombination mit einem Primär-Kode.

Für die Reihenfolge der ICD-Kodes bei Mehrfachverschlüsselung mit Primär- und Sekundär-Diagnoseschlüssel gelten folgende Regeln:

- Primär-Diagnoseschlüssel vor Sekundär-Diagnoseschlüssel
- Ein Primär-Diagnoseschlüssel gilt für alle folgenden Sekundär-Diagnoseschlüssel bis zum Auftreten eines neuen Primär-Diagnoseschlüssels.
- Ein Sekundär-Diagnoseschlüssel darf nie einem Sekundär-Diagnoseschlüssel zugeordnet werden. (D.h. ein Ausrufezeichenkode darf nie einem Sternkode zugeordnet werden und umgekehrt.)

Kreuz-Stern-System

In den Kodierrichtlinien, insbesondere in den Beispielen, sind die Diagnoseschlüssel gemäß obiger Regeln angeordnet.

Beispiel 7 (aus DKR 0401d *Diabetes mellitus*)

Ein Patient mit Diabetes Typ 1 mit peripheren vaskulären Komplikationen in Form einer Atherosklerose der Extremitätenarterien mit Ruheschmerz wird zur Bypass-Operation aufgenommen. Zusätzlich besteht eine Retinopathie mit erheblicher Einschränkung des Sehvermögens.

Hauptdiagnose:	E10.50†	<i>Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] mit peripheren vaskulären Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet</i>
Nebendiagnose(n):	179.2*	<i>Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten</i>
	170.22	<i>Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerzen</i>
	E10.30†	<i>Diabetes mellitus mit Augenkomplikationen, nicht als entgleist bezeichnet</i>
	H36.0*	<i>Retinopathia diabetica</i>

Hinweis: Der Kode I70.22 *Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerzen* dient in diesem Beispiel zur näheren Spezifizierung der durch das Kreuz-Stern-System beschriebenen Diagnose. Er ist nicht als Hauptdiagnose anzugeben.

Das Beispiel 7 ist gemäß Datenübermittlungsvereinbarung nach § 301 SGB V für die Entlassungsanzeige in der Segmentgruppe SG 1 (ETL-NDG) wie folgt aufzubereiten (siehe auch Redaktionelle Hinweise (Seite XXII)):

Diagnosen	Primär-Diagnoseschlüssel (Primär-Diagnose)	Sekundär-Diagnoseschlüssel (Sekundär-Diagnose)
Hauptdiagnose	E10.50†	179.2*
Nebendiagnose	I70.22	
Nebendiagnose	E10.30†	H36.0*

Zur Reduktion des Dokumentationsaufwandes und zur Vereinfachung der Darstellung gilt weiter, dass ein Primär-Diagnoseschlüssel auch für mehrere aufeinander folgende Sekundär-Diagnoseschlüssel gelten kann. In diesem Fall wird er vor den Sekundär-Diagnoseschlüsseln angegeben und gilt für alle folgenden Sekundär-Diagnoseschlüssel bis zum Auftreten eines neuen Primär-Diagnoseschlüssel (siehe Beispiele 7 und 8).

Beispiel 8 (aus DKR 0401d *Diabetes mellitus*)

Ein Patient mit Diabetes Typ 1 mit multiplen Komplikationen in Form einer Atherosklerose der Extremitätenarterien, einer Retinopathie und einer Nephropathie wird wegen einer schweren Entgleisung der Stoffwechsellage aufgenommen.

Hauptdiagnose:	E10.71†	<i>Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] mit multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet</i>
Nebendiagnose(n):	179.2*	<i>Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten</i>
	H36.0*	<i>Retinopathia diabetica</i>
	N08.3*	<i>Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus</i>

Anmerkung: Der Kode E10.71 ist mit einem „†“ zu kennzeichnen, da er die Ätiologie der nachfolgenden Stern-Kodes (Manifestationen) kodiert. Gemäß den Regeln ist der „Ätiologiekode“ stets vor den „Manifestationskodes“ anzugeben. Gilt ein Ätiologiekode für mehrere Manifestationen, wie in diesem Beispiel, so gilt er für alle folgenden Stern-Kodes (Manifestationen) bis zum Auftreten eines neuen Kreuz-Kodes oder eines Kodes ohne Kennzeichen. Somit ist mit E10.71† die Ätiologie der Manifestationen 179.2*, H36.0* und N08.3* kodiert.

Das Beispiel 8 ist gemäß Datenübermittlungsvereinbarung nach § 301 SGB V für die Entlassungsanzeige in der Segmentgruppe SG 1 (ETL-NDG) wie folgt aufzubereiten (siehe auch Redaktionelle Hinweise (Seite XXII)):

Diagnosen	Primär-Diagnoseschlüssel (Primär-Diagnose)	Sekundär-Diagnoseschlüssel (Sekundär-Diagnose)
Hauptdiagnose	E10.71†	179.2*
Nebendiagnose	E10.71†	H36.0*
Nebendiagnose	E10.71†	N08.3*

Ausrufezeichenkodes

Sowohl in der ICD-10-GM als auch in der Datenübermittlungsvereinbarung nach § 301 SGB V werden die Ausrufezeichenkodes (z.B. S31.83!) als „optionale“ Schlüsselnummern bezeichnet. Mit einem Ausrufezeichen gekennzeichnete sekundäre Schlüsselnummern sind zum Teil optional, in anderen Fällen obligatorisch anzugeben.

Einen Überblick über die mit Ausrufezeichen gekennzeichneten ICD-Kodes/Kategorien bieten Tabelle 1 und 2.

Tabelle 1:	Optional anzugebende mit einem Ausrufezeichen gekennzeichnete Kategorien/Kodes:
V, W, X, Y	Alle Schlüsselnummern aus Kapitel XX (Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität)

Alle Ausrufezeichenkodes, die in Tabelle 2 aufgeführt sind, sind bei Vorliegen bestimmter Diagnosen obligat anzugeben. Darüber hinaus können diese Ausrufezeichenkodes bei anderen Situationen angegeben werden, wenn dies aus klinischer Sicht sinnvoll ist.

Tabelle 2: Mit einem Ausrufezeichen gekennzeichnete Kategorien/Kodes, die bei Vorliegen bestimmter Diagnosen obligatorisch anzugeben sind (nicht optional):	
B95.–!	<i>Streptokokken und Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind</i>
B96.–!	<i>Sonstige Bakterien als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind</i>
B97.–!	<i>Viren als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind</i>
C95.8!	<i>Leukämie, refraktär auf Standard-Induktionstherapie</i>
C97!	<i>Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen</i>
G82.6-!	<i>Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes</i>
O09.–!	<i>Schwangerschaftsdauer</i>
S14.7!	<i>Funktionale Höhe einer Verletzung des zervikalen/thorakalen/lumbosakralen Rückenmarkes</i>
S24.7!	
S34.7!	
S01.83!	<i>Offene Wunde (jeder Teil des Kopfes/Thorax/Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens) mit Verbindung zu einer intrakraniellen/intrathorakalen/intraabdominellen Verletzung</i>
S21.83!	
S31.83!	
Sx1.84!	<i>Weichteilschaden I. Grades bei geschlossener Fraktur oder Luxation (nach Lokalisation)</i>
Sx1.85!	<i>Weichteilschaden II. Grades bei geschlossener Fraktur oder Luxation (nach Lokalisation)</i>
Sx1.86!	<i>Weichteilschaden III. Grades bei geschlossener Fraktur oder Luxation (nach Lokalisation)</i>
Sx1.87!	<i>Weichteilschaden I. Grades bei offener Fraktur oder Luxation (nach Lokalisation)</i>
Sx1.88!	<i>Weichteilschaden II. Grades bei offener Fraktur oder Luxation (nach Lokalisation)</i>
Sx1.89!	<i>Weichteilschaden III. Grades bei offener Fraktur oder Luxation (nach Lokalisation)</i>
T31.–!	<i>Verbrennungen, klassifiziert nach dem Ausmaß der betroffenen Körperoberfläche</i>
T32.–!	<i>Verätzungen, klassifiziert nach dem Ausmaß der betroffenen Körperoberfläche</i>
U04.–!	<i>Schweres akutes respiratorisches Syndrom [SARS]</i>
U80.–!	<i>Erreger mit bestimmten Antibiotikaresistenzen, die besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen erfordern</i>
U81!	<i>Bakterien mit Multiresistenz gegen Antibiotika</i>
U82!	<i>Mykobakterien mit Resistenz gegen Antituberkulotika (Erststrangmedikamente)</i>
U83!	<i>Candida mit Resistenz gegen Fluconazol oder Voriconazol</i>
U84!	<i>Herpesviren mit Resistenz gegen Virustatika</i>

U85!	<i>Humanes Immundefizienz-Virus mit Resistenz gegen Virustatika oder Proteinaseinhibitoren</i>
U99.–!	<i>Nicht belegte Schlüsselnummern</i>
Z37.–!	<i>Resultat der Entbindung</i>

Beispiel 9 (aus DKR 1903c *Fraktur und Luxation*)

Ein Patient wird zur Behandlung einer offenen Humeruskopffraktur I. Grades mit (offener) Schulterluxation nach vorne mit Weichteilschaden I. Grades aufgenommen.

Hauptdiagnose:	S42.21	<i>Fraktur des proximalen Endes des Humerus, Kopf</i>
Nebendiagnose(n):	S41.87!	<i>Offene Fraktur oder Luxation I. Grades des Oberarmes</i>
	S43.01	<i>Luxation des Humerus nach vorne</i>

Das Beispiel 9 ist gemäß Datenübermittlungsvereinbarung nach § 301 SGB V für die Entlassungsanzeige in der Segmentgruppe SG 1 (ETL-NDG) wie folgt aufzubereiten (siehe auch Redaktionelle Hinweise (Seite XXII)):

Diagnosen	Primär-Diagnoseschlüssel (Primär-Diagnose)	Sekundär-Diagnoseschlüssel (Sekundär-Diagnose)
Hauptdiagnose	S42.21	S41.87!
Nebendiagnose	S43.01	

Es kann vorkommen, dass ein Ausrufezeichenkode unter klinischen Aspekten mehreren Primär-Diagnoseschlüsseln zugeordnet werden kann (siehe Beispiel 10). In diesem Fall ist es notwendig den Sekundär-Diagnoseschlüssel einmal anzugeben und ihn ans Ende der Liste der zutreffenden Primär-Diagnoseschlüssel zu stellen.

Beispiel 10 (aus DKR 1905d *Offene Wunden/Verletzungen*)

Ein Patient wird mit vollständiger Zerreißen des Nierenparenchyms, Milzriss mit Parenchymbeteiligung und kleinen Risswunden an mehreren Dünndarmabschnitten sowie Heraustreten von Eingeweiden durch die Bauchwand aufgenommen.

Hauptdiagnose:	S37.03	<i>Komplette Ruptur des Nierenparenchyms</i>
Nebendiagnose(n):	S36.03	<i>Rissverletzung der Milz mit Beteiligung des Parenchyms</i>
	S36.49	<i>Verletzung des Dünndarmes, sonstiger und mehrere Teile des Dünndarmes</i>
	S31.83!	<i>Offene Wunde (jeder Teil des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens) mit Verbindung zu einer intraabdominalen Verletzung!</i>

Das Beispiel 10 ist gemäß Datenübermittlungsvereinbarung nach § 301 SGB V für die Entlassungsanzeige in der Segmentgruppe SG 1 (ETL-NDG) wie folgt aufzubereiten (siehe auch Redaktionelle Hinweise (Seite XXII)):

Diagnosen	Primär- Diagnoseschlüssel (Primär-Diagnose)	Sekundär- Diagnoseschlüssel (Sekundär-Diagnose)
Hauptdiagnose	S37.03	S31.83!
Nebendiagnose	S36.03	S31.83!
Nebendiagnose	S36.40	S31.83!

D013c Im Systematischen Verzeichnis verwendete formale Vereinbarungen

Einige formale Vereinbarungen der ICD-10-GM sind für die Kodierung und für die Interpretation verschlüsselter Daten wichtig. Die hier dargestellten formalen Vereinbarungen orientieren sich an den entsprechenden Abschnitten des Regelwerks für die WHO-Ausgabe der ICD-10 (Band II). Identische Textpassagen sind deshalb durch „(WHO)“ gekennzeichnet.

Inklusiva (WHO)

Innerhalb der drei- und vierstelligen Rubriken ist gewöhnlich eine Reihe anderer Diagnosenbezeichnungen aufgeführt. Sie heißen Inklusiva [Einschlussbezeichnungen, „Inkl.“] und sind ergänzend zum Titel als Beispiele für diagnostische Feststellungen angegeben, die in dieser Rubrik zu klassifizieren sind. Sie können Synonyme sein oder verschiedene Zustände auflisten, die unter dieser Schlüsselnummer zusammengefasst werden. Sie stellen keine Untergliederung der Rubrik dar (siehe Beispiel 1: K31.0 *Akute Magendilatation*).

Inklusiva sind vorrangig als Hinweis auf den Inhalt der Rubrik aufgeführt. Viele der Angaben beziehen sich auf wichtige oder geläufige Bezeichnungen, die der Rubrik angehören. Andere sind als Krankheitszustand oder als Lokalisation Grenzfälle, die die inhaltliche Grenze zwischen den einzelnen Subkategorien kennzeichnen sollen. Die Liste der Inklusiva ist keineswegs erschöpfend; alternative Diagnosenbezeichnungen sind im Alphabetischen Teil aufgeführt. Bei der Verschlüsselung einer vorgegebenen Diagnose sollte als erstes dort nachgeschlagen werden.

Beispiel 1

K31.– *Sonstige Krankheiten des Magens und des Duodenums*

Inkl.: Funktionelle Magenkrankheiten

Exkl.: Divertikel des Duodenums (K57.0–K57.1)

Gastrointestinale Blutung (K92.0–K92.2)

K31.0 *Akute Magendilatation*

Akute Distension des Magens

K31.1 *Hypertrophische Pylorusstenose beim Erwachsenen*

Pylorusstenose o.n.A.

Exkl.: Angeborene oder infantile Pylorusstenose (Q40.0)

Allgemeine diagnostische Beschreibungen, die für eine Reihe von Kategorien oder für sämtliche Subkategorien einer 3-stelligen Kategorie gelten, sind jeweils im Anschluss an eine Kapitel-, Gruppen- oder Kategorieüberschrift aufgeführt und durch „Inkl.“ gekennzeichnet (siehe Beispiel 1: K31.– *Sonstige Krankheiten des Magens und des Duodenums*).

Exklusiva (WHO)

Bestimmte Rubriken enthalten Angaben über Krankheitszustände, die durch „Exkl.“ gekennzeichnet sind. Dabei handelt es sich um Bezeichnungen, die – selbst wenn der Titel der Rubrik vermuten lässt, dass sie an dieser Stelle zu klassifizieren wären – tatsächlich an anderer Stelle klassifiziert sind. Ein solches Beispiel ist die Kategorie A46 „*Erysipel [Wundrose]*“, in der das postpartale oder puerperale Erysipel ausgeschlossen ist. Bei den Exklusiva steht in Klammern die Schlüsselnummer derjenigen Kategorie oder Subkategorie, der die Ausschlussbezeichnung zuzuordnen ist (siehe Beispiel 1: K31.1 *Hypertrophische Pylorusstenose beim Erwachsenen*).

Allgemeine Ausschlüsse für eine Vielzahl von Kategorien oder für alle Subkategorien einer 3-stelligen Kategorie sind direkt nach dem Titel des Kapitels, der Gruppe oder der Kategorie aufgeführt und ebenfalls durch „Exkl.“ gekennzeichnet (siehe Beispiel 1: K31.– *Sonstige Krankheiten des Magens und des Duodenums*).

Glossar

Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“ enthält außer den Ein- und Ausschlussbezeichnungen ein Glossar mit inhaltlichen Hinweisen zu den Rubriken. Es wurde deshalb eingesetzt, weil die Terminologie der psychischen Störungen unterschiedlich ist, insbesondere in den verschiedenen Ländern. Zur Beschreibung gänzlich unterschiedlicher Krankheitszustände werden oft dieselben Bezeichnungen verwendet.

Runde Klammern „()“

1. Runde Klammern (Parenthesen) umschließen zusätzliche Wörter, die bei einer Diagnosenangabe stehen können, ohne dass dadurch die Verschlüsselung beeinflusst wird. Zum Beispiel besagt die Einschlussbezeichnung von I62.0 *Subdurale Blutung (nichttraumatisch)*, dass I62.0 unabhängig davon zu verwenden ist, ob eine subdurale Blutung alleine oder mit der Bezeichnung des in runden Klammern angegebenen Wortes vorliegt.

Beispiel 2

In den Einschlussbegriffen bei I12.– *Hypertensive Nierenkrankheit* bedeutet die Zeile „Arteriosklerotische Nephritis (chronisch) (interstitiell)“, dass I12.– die Schlüsselnummer für die Bezeichnung „Arteriosklerotische Nephritis“ ist, sei es allein oder mit den Worten „chronisch“ oder „interstitiell“ (oder beiden) konkretisiert.

2. Runde Klammern werden zur Angabe der zutreffenden Schlüsselnummer bei Exklusiva benutzt.

Beispiel 3

I88.– *Unspezifische Lymphadenitis*

Exkl.: Lymphknotenvergrößerung o.n.A. (R59.–)

3. Runde Klammern bei den Gruppenbezeichnungen umschließen die dreistelligen Schlüsselnummern der Kategorien, die in diese Gruppe fallen.
4. Schließlich werden runde Klammern für das Kreuz-Stern-System benutzt. Runde Klammern werden zur Angabe des Kreuz-Kodes bei Stern-Kategorien oder des Stern-Kodes bei Bezeichnungen mit Kreuz-Kode benutzt.

Beispiel 4

A32.1†	Meningitis und Meningoenzephalitis durch Listerien durch Listerien: • Meningitis (G01*) • Meningoenzephalitis (G05.0*)
G01*	Meningitis bei anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten Meningitis (bei) (durch): • Anthrax [Milzbrand] (A22.8†) • Gonokokken (A54.8†) • Leptospirose (A27.–†) • Listerien (A32.1†)

Eckige Klammern „[]”

Eckige Klammern werden benutzt zur Bezeichnung von Synonyma, alternativen Formulierungen oder erläuternden Ausdrücken, zum Beispiel:

Beispiel 5

A30.–	Lepra [Aussatz]
A46	Erysipel [Wundrose]

Doppelpunkt „:”

Ein Doppelpunkt wird bei Aufzählungen von Inklusiva und Exklusiva verwendet, wenn das vorangestellte Wort für die Zuordnung zu der betreffenden Rubrik keine vollständige Bezeichnung darstellt. Ein oder mehrere der nach dem Doppelpunkt stehenden modifizierenden oder genauer beschreibenden Wörter werden benötigt, damit der Begriff der Rubrik zugeordnet werden kann.

Beispiel 6

In K36 *Sonstige Appendizitis* ist die Diagnose „Appendizitis” nur dann einzuordnen, wenn sie durch die Wörter „chronische” oder „rezidivierende” genauer beschrieben ist.

K36	Sonstige Appendizitis Appendizitis: • chronisch • rezidivierend
------------	---

Geschweifte Klammer „}”

Eine geschweifte Klammer (Akkolade) wird bei Aufzählungen von Inklusiva und Exklusiva benutzt, wenn weder das vorangegangene Wort noch das folgende Wort vollständige Bezeichnungen sind. Jede vor der geschweiften Klammer stehende Bezeichnung muss mit einer oder mehreren der dahinter stehenden Bezeichnungen kombiniert werden.

Beispiel 7

O71.6	Schädigung von Beckengelenken und -bändern unter der Geburt Abriss des inneren Symphysenkorpels Schädigung des Steißbeins Traumatische Symphysenruptur	} unter der Geburt
--------------	--	--------------------

Ohne nähere Angabe „o.n.A.”

„o.n.A.“ ist eine Abkürzung von „ohne nähere Angabe“. Sie ist praktisch gleichbedeutend mit „n.n.bez.“ für „nicht näher bezeichnet“.

Manchmal wird ein ungenau bezeichneter Begriff dennoch zusammen mit spezifischeren Begriffen unter derselben Schlüsselnummer klassifiziert. Das hängt damit zusammen, dass in der medizinischen Terminologie oft der allgemeine Begriff für die üblicherweise vorkommende Form einer Krankheit benutzt wird, während die weniger häufig vorkommenden Arten näher bezeichnet werden. Zum Beispiel wird gewöhnlich „Mitralklappenstenose“ als Bezeichnung für die „rheumatische Mitralklappenstenose“ benutzt und deshalb mit ihr zusammen klassifiziert; eine Pulmonalstenose wird jedoch nur dann als rheumatisch verschlüsselt, wenn sie auch so bezeichnet ist, da sie meist anderer Genese ist.

Beispiel 8

I05.–	Rheumatische Mitralklappenkrankheiten Inkl.: Zustände, die unter I05.0 und I05.2–I05.9 klassifizierbar sind, unabhängig davon, ob als rheumatisch bezeichnet oder nicht Exkl.: Als nichtrheumatisch bezeichnet (I34.–)
I05.0	Mitralklappenstenose Mitralklappenobstruktion (rheumatisch)
I05.1	Rheumatische Mitralklappeninsuffizienz

Solche impliziten Annahmen müssen zur Vermeidung einer falschen Verschlüsselung berücksichtigt werden. Eine sorgfältige Durchsicht der Inklusiva wird deutlich zeigen, wo solche Ursachen vorausgesetzt wurden. Eine Bezeichnung sollte solange nicht unter „nicht näher bezeichnet“ verschlüsselt werden, bis genau feststeht, dass keine weiteren Angaben vorhanden sind, die eine spezifische Zuordnung an anderer Stelle zulassen.

Bei der Interpretation von Statistiken auf ICD-Basis ist darauf zu achten, dass es immer wieder einige „nicht näher bezeichnete” Krankheiten gibt, die offensichtlich mit einer Schlüsselnummer für „näher bezeichnet” kodiert wurden, die aber in den Unterlagen, nach denen verschlüsselt wurde, nicht eindeutig spezifiziert waren. Für Zeitreihen und die Interpretation von Statistiken ist es deshalb wichtig zu bedenken, dass sich solche Annahmen von einer ICD-Revision zur anderen ändern können. So wurde z.B. vor der 8. Revision der ICD angenommen, dass ein „nicht näher bezeichnetes” Aortenaneurysma syphilitischen Ursprungs sei.

Anderenorts nicht klassifiziert „a.n.k.”

Werden in einer 3-stelligen Kategorienbezeichnung die Worte „anderenorts nicht klassifiziert“ oder die Abkürzung „a.n.k.” benutzt, so dienen sie als eine Art Warnung: Bestimmte näher bezeichnete Varianten der aufgeführten Krankheitszustände sind möglicherweise anderen Teilen der Klassifikation zuzuordnen. Zum Beispiel:

Beispiel 9

J16.– *Pneumonie durch sonstige Infektionserreger, anderenorts nicht klassifiziert*

Exkl.: *Ornithose (A70)*

Plasmazelluläre interstitielle Pneumonie (B59)

Pneumonie:

- *angeboren (P23.–)*
- *o.n.A. (J18.9)*

J16.0 *Pneumonie durch Chlamydien*

J16.8 *Pneumonie durch sonstige näher bezeichnete Infektionserreger*

Auch andere Kategorien, wie in Kapitel I (z.B. B05.2 „Masernpneumonie“), Kapitel X (z.B. J10–J15) oder in anderen Kapiteln (z.B. P23.– angeborene Pneumonie) dienen der Verschlüsselung von Pneumonien durch näher bezeichnete Infektionserreger. Die Kategorie J18.– „Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet“, enthält Pneumonien, für die ein Infektionserreger nicht angegeben wurde.

„Und“ in Titeln

„Und“ steht für „und/oder“. Zum Beispiel sind in der Schlüsselnummer A18.0† *Tuberkulose der Knochen und Gelenke* die Fälle „Tuberkulose der Knochen“, „Tuberkulose der Gelenke“ und „Tuberkulose der Knochen und Gelenke“ zu klassifizieren.

Punkt Strich „.–“ und Strich „–“ am Ende von Schlüsselnummern

Alle 3-stelligen Schlüsselnummern, die in 4- oder 5-stellige Schlüsselnummern unterteilt sind, sind an 4. und 5. Stelle durch einen „.–“ gekennzeichnet. Alle 4-stelligen Schlüsselnummern, die in 5-stellige Schlüsselnummern unterteilt sind, sind an 5. Stelle durch „.–“ gekennzeichnet (s. Beispiel 10).

Beispiel 10

G90.– *Krankheiten des autonomen Nervensystems*

G90.0– *Idiopathische periphere autonome Neuropathie*

G90.00 *Karotissinus-Syndrom (Synkope)*

G90.08 *Sonstige idiopathische periphere autonome Neuropathie*

G90.1 *Familiäre Dysautonomie [Riley-Day-Syndrom]*

Dadurch wird darauf hingewiesen, dass es für diese 3-stelligen/4-stelligen Kategorien 4-stellige/5-stellige Subkategorien gibt, die beim Kodieren verwendet werden müssen. Diese Übereinkunft gilt für alle ICD-10-Verzeichnisse.

D014d Im Alphabetischen Verzeichnis verwendete formale Vereinbarungen

Das Alphabetische Verzeichnis der ICD-10-GM Version 2005 unterstützt die Verschlüsselung nach dem Systematischen Verzeichnis inkl. des Kreuz-Stern-Systems und der Zusatzschlüsselnummern. Die im Alphabetischen Verzeichnis verwendeten formalen Vereinbarungen sind dort beschrieben. Maßgeblich für die Kodierung ist stets das Systematische Verzeichnis. Soweit das Alphabetische Verzeichnis zu einem unspezifischen Kode (z.B. „.–9-Kode“) führt, ist deshalb im Systematischen Verzeichnis zu prüfen, ob eine spezifischere Kodierung möglich ist.

ALLGEMEINE KODIERRICHTLINIEN FÜR PROZEDUREN

Diese Kodierrichtlinien beziehen sich auf den **amtlichen Operationen- und Prozedurenschlüssel OPS Version 2005** (15. August 2004).

P001d Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren

Alle signifikanten Prozeduren, die vom Zeitpunkt der Aufnahme bis zum Zeitpunkt der Entlassung vorgenommen wurden und im OPS abbildbar sind, sind zu kodieren. Dieses schließt diagnostische, therapeutische und pflegerische Prozeduren ein.

Die Definition einer signifikanten Prozedur ist, dass sie entweder

- chirurgischer Natur ist
- ein Eingriffsrisiko birgt
- ein Anästhesierisiko birgt
- Spezialeinrichtungen oder Geräte oder spezielle Ausbildung erfordert.

Es ist besonders wichtig, dass alle signifikanten und kodierbaren Prozeduren, einschließlich traditioneller „nicht-chirurgischer“ Prozeduren verschlüsselt werden.

Es gibt keine Kodierrichtlinie, die die Reihenfolge der Prozeduren regelt. Jedoch sollten die bedeutenderen Prozeduren zuerst angegeben werden, da die Anzahl der zur Verfügung stehenden Schlüsselnummer-Felder begrenzt ist.

Die Reihenfolge der Prozeduren hat keinen Einfluss auf die DRG-Gruppierung.

Prozedurenkomponenten

Normalerweise ist eine Prozedur vollständig mit all ihren Komponenten, wie z.B. Vorbereitung, Lagerung, Anästhesie, Zugang, Naht, usw., in einem Code abgebildet (siehe Beispiel 1 und 2). Abweichungen davon sind in den Hinweisen beschrieben. Bei den Operationen am Nervensystem zum Beispiel ist gewöhnlich der Zugang zusätzlich zu kodieren.

Deshalb werden diese individuellen Komponenten einer bereits kodierten Prozedur nicht noch einmal gesondert verschlüsselt.

Ebenso sind eingriffsverwandte diagnostische Maßnahmen nicht gesondert zu kodieren, wenn diese in derselben Sitzung durchgeführt werden und regelhaft Bestandteil der interventionell-therapeutischen Prozeduren sind und dies im OPS nicht anders geregelt ist (z.B. diagnostische Arthroskopie vor arthroskopischer Menishektomie wird nicht verschlüsselt).

Auch andere Prozeduren, wie z.B. Schmerztherapie (mit Ausnahme des OPS-Kodes 8-919 *Komplexe Akutschmerzbehandlung*), enterale oder parenterale Ernährung sind nur dann zu kodieren, wenn sie als alleinige Maßnahmen durchgeführt wurden (siehe Beispiel 3).

Beispiel 1

Die Laparotomie als operativer Zugang ist enthalten in

5-511.02 *Cholezystektomie, einfach, offen chirurgisch, mit operativer Revision der Gallengänge*

Eine Episiotomie als Prozedurenkomponente ist enthalten in

5-720.1 *Zangenentbindung aus Beckenmitte*

Beispiel 2

Eine Schmerztherapie bei operativen Eingriffen und diagnostischen Maßnahmen ist im Code enthalten (mit Ausnahme des OPS-Kodes 8-919 *Komplexe Akutschmerzbehandlung*), während eine Schmerztherapie als alleinige Maßnahme mit einem Code aus 8-91 verschlüsselt wird.

Die prä- und postoperative Schmerztherapie ist bei einer offenen chirurgischen radikalen Uterusexstirpation mit pelviner und paraaortaler Lymphadenektomie im Code enthalten.

5-685.3 *Radikale Uterusexstirpation mit pelviner und paraaortaler Lymphadenektomie*

Beispiel 3

Eine epidurale Schmerztherapie wegen Schmerzen bei metastasierendem Karzinom als alleinige therapeutische Maßnahme eines stationären Aufenthaltes wird gesondert kodiert.

8-910 *Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie*

Eigenständige Prozeduren, die nicht im direkten Zusammenhang mit einer operativen Prozedur stehen, werden getrennt kodiert.

Beispiel 4

Ein präoperatives CT des Abdomens mit Kontrastmittel und eine Hemikolektomie links werden beide kodiert.

3-225 *Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel*

5-455.64 *Partielle Resektion des Dickdarms; Hemikolektomie links; offen chirurgisch mit Anastomosen-Anus praeter*

Bluttransfusionen

Bluttransfusionen und Infusionen von Blutprodukten sind **immer dann zu kodieren**, wenn sie nicht als fester Bestandteil einer Prozedur anzusehen sind. Lediglich beim Einsatz der Herz-Lungen-Maschine (HLM) gelten sie als Standardmaßnahme und werden nicht gesondert kodiert.

Für die Kodierung von Bluttransfusionen und Infusionen von Blutprodukten siehe auch DKR P005d *Multiple/Bilaterale Prozeduren* (Seite 44) und P012d *Prozeduren, unterschieden auf der Basis von Größe, Zeit oder Anzahl* (Seite 49).

P003d Hinweise und formale Vereinbarungen für die Benutzung des OPS

Dieser Abschnitt der Kodierrichtlinien ist weitgehend identisch mit den Hinweisen zur Benutzung des OPS Version 2005 und ist insbesondere durch Beispiele erweitert.

Aufbau und Kodestruktur

Der Operationen- und Prozedurenschlüssel ist ein überwiegend numerischer, hierarchisch strukturierter Schlüssel. Er weist überwiegend einen 5-stelligen Differenzierungsgrad auf, bezogen auf die International Classification of Procedures in Medicine (ICPM) der WHO. Einige Kodes sind jedoch nur 4-stellig differenziert.

Es gibt folgende Hierarchieebenen:

- Kapitel
- Bereichsüberschriften
- 3-Steller
- 4-Steller
- 5-Steller
- 6-Steller

In einigen Codebereichen wird eine alphanumerische Gliederungsstruktur verwendet, da die zur Verfügung stehenden 10 numerischen Untergliederungen für die erforderlichen Inhalte nicht ausreichend waren. Die alphanumerischen Notationen finden sich in der 4., 5. und 6. Stelle der Systematik.

Eine alphanumerische Angabe wurde ebenfalls für die Bezeichnung der Restklassen „Sonstige ...“ und „Nicht näher bezeichnete ...“ gewählt. Dadurch war es möglich, zwei weitere numerische Positionen für fachspezifische Inhalte zu gewinnen. Die Position „x“ beinhaltet dabei sonstige Prozeduren, die Position „y“ nicht näher bezeichnete Prozeduren. Die vierstelligen Kodes „Andere ...“ sind als Platzhalter für spätere Erweiterungen durch Neuentwicklungen und bisher nicht berücksichtigte Prozeduren gedacht.

Die Textbeschreibung auf der 5. und 6. Gliederungsstelle ist in Buchausgaben oft aus Gründen der Übersichtlichkeit verkürzt angegeben. Sie enthält nur die wesentlichen Unterscheidungsmerkmale gegenüber der zugehörigen Textbeschreibung der jeweils übergeordneten Gliederungsstelle. In der EDV-Version und in den Metadaten des DIMDI ist der OPS in allen Gliederungsstellen vollständig ausformuliert.

Buchausgabe:

- 5-44 Erweiterte Magenresektion und andere Operationen am Magen**
Inkl.: Innere Schienung
 ...
- 5-448 Andere Rekonstruktion am Magen**
Hinw.: Der Zugang ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:
 0 Offen chirurgisch abdominal
 1 Offen chirurgisch thorakal
 2 Laparoskopisch
 3 Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
 x Sonstige

../.. (wird fortgesetzt)

../.. (Fortsetzung)

- ** 5-448.0 Naht (nach Verletzung)
- ** 5-448.1 Verschluss einer Gastrostomie oder (Ernährungs-)Fistel
- ** 5-448.2 Gastropexie
- ** 5-448.3 Kardioplastik (z.B. nach Belsey)
- ** 5-448.4 Fundoplikatio
- ** 5-448.5 Hemifundoplikatio
- ** 5-448.6 Hemifundoplikatio mit Hiatusnaht
- ** 5-448.8 Magenverkleinerung (Gastric banding)
- ** 5-448.9 Rücknahme einer Magenverkleinerung
- ** 5-448.x Sonstige
- 5-448.y N.n.bez.

EDV (Metadaten):

Neu dazu kommende Textpassagen sind durch Fettdruck gekennzeichnet.

- 5-44 Erweiterte Magenresektion und andere Operationen am Magen**
 ...
- 5-448 Erweiterte Magenresektion und andere Operationen am Magen: **Andere Rekonstruktion am Magen**
- 5-448.0 Erweiterte Magenresektion und andere Operationen am Magen: Andere Rekonstruktion am Magen: **Naht (nach Verletzung)**
- 5-448.00 Erweiterte Magenresektion und andere Operationen am Magen: Andere Rekonstruktion am Magen: Naht (nach Verletzung): **Offen chirurgisch abdominal**
- 5-448.01 Erweiterte Magenresektion und andere Operationen am Magen: Andere Rekonstruktion am Magen: Naht (nach Verletzung): **Offen chirurgisch thorakal**
- 5-448.02 Erweiterte Magenresektion und andere Operationen am Magen: Andere Rekonstruktion am Magen: Naht (nach Verletzung): **Laparoskopisch**
- 5-448.03 Erweiterte Magenresektion und andere Operationen am Magen: Andere Rekonstruktion am Magen: Naht (nach Verletzung): **Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch**
- 5-448.0x Erweiterte Magenresektion und andere Operationen am Magen: Andere Rekonstruktion am Magen: Naht (nach Verletzung): **Sonstige**
- 5-448.1 Erweiterte Magenresektion und andere Operationen am Magen: Andere Rekonstruktion am Magen: **Verschluss einer Gastrostomie oder (Ernährungs-)Fistel**
- 5-448.10 Erweiterte Magenresektion und andere Operationen am Magen: Andere Rekonstruktion am Magen: Verschluss einer Gastrostomie oder (Ernährungs-)Fistel: **Offen chirurgisch abdominal**
- ...
- 5-448.x Erweiterte Magenresektion und andere Operationen am Magen: Andere Rekonstruktion am Magen: **Sonstige**
- 5-448.x0 Erweiterte Magenresektion und andere Operationen am Magen: Andere Rekonstruktion am Magen: Sonstige: **Offen chirurgisch abdominal**
- ...
- 5-448.y Erweiterte Magenresektion und andere Operationen am Magen: Andere Rekonstruktion am Magen: **N.n.bez.**

Achtung: Hinweise, Inklusiva und Exklusiva fehlen in den Metadaten.

Reihenfolge und Besetzung der Kodes

Im vorliegenden Schlüssel sind nicht alle 4-stelligen Kodepositionen besetzt. Auf ein „Aufrücken“ der nachfolgenden Kodes wurde aus Gründen der Vergleichbarkeit zur ICPM der WHO verzichtet. Die freien Kodes stehen für ggf. später erforderliche Erweiterungen zur Verfügung.

Topographische Gliederung

Der Operationen- und Prozedurenschlüssel weist eine topographisch-anatomische Gliederung auf. Auf eine fachgebietsbezogene Gliederung wurde verzichtet. Dies bedeutet, dass Eingriffe, die von mehreren Fachgebieten durchgeführt werden, unter dem jeweiligen Organkapitel zu finden sind. So wurden z.B. die kinderchirurgischen Prozeduren in die jeweiligen organbezogenen Kapitel integriert. Es gibt demnach keine altersbezogene Gliederung mit Ausnahme einiger weniger Schlüsselnummern in Kapitel 8 (Neugeborene).

Abweichend zum Kapitel 5 „Operationen“ sind die Kapitel 1, 3, 8 und 9 des Prozedurenschlüssels nach medizinischen Verfahren strukturiert.

Informationsgehalt eines Einzelkodes

Grundprinzip des OPS ist die Abbildung eines durchgeführten Eingriffes möglichst mit einem Kode (monokausale Kodierung). Das bedeutet: jeder Einzelkode enthält normalerweise alle Informationen für eine Prozedur mit allen notwendigen Komponenten, wie z.B. Vorbereitung, Lagerung, Anästhesie, Zugang, die eigentliche Operation, Naht, usw. (s.a. den Abschnitt „Prozedurenkomponenten“ in DKR P001d *Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren* (Seite 35)).

Beispiel 1

5-351.12 *Mitralklappenersatz, offen chirurgisch, durch Xenotransplantat*

Dieser Kode enthält die präoperative Vorbereitung, die Anästhesie, die Lagerung, den Zugang, die eigentliche Operation, die Klappenprothese, ..., die Hautnaht sowie die übliche postoperative Versorgung ggf. mit Weiterführung der Beatmung bis zu einer Dauer von 24 Stunden. Außerdem legt ein Hinweis bei 5-351 fest, dass die Anwendung der Herz-Lungen-Maschine im Kode enthalten ist.

Kombinationskodes

Es gibt aber auch Kodes für kombinierte Eingriffe einschließlich ihrer Komponenten, bei denen mehrere einzeln durchführbare Eingriffe in einer Sitzung vorgenommen werden. Sie sind dann zu verwenden, wenn sie den kombinierten Eingriff vollständig beschreiben und die Kodierrichtlinien bzw. Hinweise nichts anderes vorschreiben. Als Beispiel für eine Ausnahme siehe DKR 0908d *Zusätzliche Prozeduren im Zusammenhang mit Herzoperationen* (Seite 104).

Beispiel 2

5-063.2 *Thyreoidektomie mit Parathyreoidektomie*

Mehrfachkodierung

In einigen Bereichen ist eine Kodierung von Operationen mit mehreren Kodes vorgesehen. Dies ist insbesondere für die Abbildung komplexer Eingriffe erforderlich. In diesen Fällen wurden im OPS Hinweise formuliert, die auf eine gesonderte Kodierung der einzeln durchgeführten Eingriffe verweisen.

Beispiel 3

5-820 *Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk*

Hinw: Eine durchgeführte Pfännendachplastik ist gesondert zu kodieren (5-829.1)
Eine durchgeführte Spongiosaplastik ist gesondert zu kodieren (5-784)
Die zusätzliche Verwendung von Osteosynthesematerial ist gesondert zu kodieren (5-786)
Die Verwendung einer Gelenkschnapp-Pfanne ist gesondert zu kodieren (5-820.7)
Die komplexe Erstimplantation einer Endoprothese z.B. mit Femurersatz oder mit Ersatz benachbarter Gelenke ist zusätzlich zu kodieren (5-829.a)
Die Verwendung einer Tumorendoprothese ist gesondert zu kodieren (5-829.c)
Die Angabe zur Verwendung von Zement ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

0	Nicht zementiert
1	Zementiert
2	Hybrid (teilzementiert)

** 5-820.0 *Totalendoprothese*

** 5-820.2 *Totalendoprothese, Sonderprothese*

Inkl.: Langschaft, Tumorprothese, CAD-CAM-Prothese

Beispiel 4

Unter Beachtung der Hinweise aus 5-820 ergeben sich zum Beispiel für die Kodierung einer Implantation einer Totalendoprothese am Hüftgelenk mit Spongiosaplastik folgende Kodes:

5-820.00 *Totalendoprothese, nicht zementiert*

5-784.0d *Spongiosaplastik, Becken*

5-783.0 *Entnahme der Spongiosa*

Eingeschränkte Gültigkeit von Kodes

Bestimmte Kodes in den Kapiteln 1 und 8 des Prozedurenschlüssels stellen für ein spezifisches Patientenkollekt bzw. für eine spezifische Altersgruppe ein Unterscheidungskriterium für die Zuordnung zu unterschiedlichen Fallgruppen der DRGs dar. Diese Kodes sind deshalb mit einem Hinweis auf ihre eingeschränkte Anwendung versehen. Eine breite Anwendung dieser Kodes für alle Patienten hätte eine erhebliche Überdokumentation zu Folge, die nicht sinnvoll ist.

Versorgung intraoperativer Komplikationen

Die Versorgung von intraoperativen Komplikationen wird gesondert kodiert.

Zusatzinformationen zu Operationen

Der Operationen- und Prozedurenschlüssel sieht vor, bestimmte ergänzende Angaben zu einer Operation zusätzlich zu kodieren. Für diese Angaben steht ein spezieller Bereich am Ende des Kapitels 5 zur Verfügung. Die Zusatzinformationen umfassen:

- Anwendung mikrochirurgischer Technik (5-984)
(Unter einem mikrochirurgischen Eingriff werden Operationen verstanden, die mit Hilfe eines Mikroskops und einer optischen Vergrößerung in entsprechender Operationstechnik unter maximaler Gewebeschonung durchgeführt werden.)
- Durchführung der Operation im Rahmen der Versorgung einer Mehrfachverletzung (5-981)
(Dieser Zusatzcode ist nur für die Versorgung von Patienten anzuwenden, bei denen als Unfallfolge eine Mehrfachverletzung vorliegt, aber keine Lebensgefahr besteht.)
- Durchführung der Operation im Rahmen der Versorgung eines Polytraumas (5-982)
(Dieser Zusatzcode ist nur für die Versorgung von Patienten anzuwenden, bei denen als Unfallfolge eine Verletzung mehrerer Organsysteme mit akuter Lebensgefahr besteht.)
- Anwendung von Lasertechnik (5-985)
- Anwendung von minimalinvasiver Technik (5-986)
- Anwendung eines Navigationssystems (5-988)
- Anwendung von Robotertechnik (5-987)
- Durchführung einer Reoperation (5-983)
- Vorzeitiger Abbruch einer Operation (5-995)

Die Zusatzcodes sind ergänzend zu verwenden, sofern die Information nicht schon im Code selbst enthalten ist. Zusatzcodes dürfen nicht selbständig benutzt werden und sind nur in Kombination mit dem durchgeführten, inhaltlich leitenden Eingriff zulässig.

Ein- und Ausschlussbemerkungen und Hinweise

Zur korrekten Anwendung des Schlüssels wurden Hinweise, Ein- und Ausschlussbemerkungen formuliert. Diese befinden sich auf der jeweils höchstmöglichen Hierarchieebene.

Folgende Begriffe und Symbole werden dafür verwendet:

Einschlussbemerkungen („Inkl.“)

Die Einschlussbemerkung dient der näheren Definition des Inhaltes der Klasse oder gibt Beispiele für die Zuordnung zu dieser Klasse an.

Ausschlussbemerkungen („Exkl.“)

Ausschlussbemerkungen weisen auf Maßnahmen hin, die einem anderen Code der Klassifikation zuzuordnen sind. Der zutreffende Code ist jeweils angegeben. Wenn eine Ausschlussbemerkung keine Kodeangabe enthält, ist die Prozedur, die ausgeschlossen wird, nicht Teil des amtlichen Schlüssels.

Beispiel 5

5-580 *Offen chirurgische Urethrotomie und Urethrostomie*
Inkl.: Steinentfernung
Entfernung eines Fremdkörpers
Exkl.: Transurethrale Entfernung eines Steines oder Fremdkörpers (8-100.b)
 5-580.0 *Urethrotomie*
 5-580.1 *Urethrostomie*

Hinweise („Hinw.“)

Die aufgeführten Hinweise haben folgende Funktion:

- Anmerkung zur gesonderten Kodierung von Teilkomponenten einer komplexen Operation (siehe Abschnitt Mehrfachkodierung, Beispiel 3 (Seite 40))
- Anmerkung zur zusätzlichen Kodierung von ergänzenden Angaben einer Operation
- Hinweis auf die gesonderte Kodierung des Zuganges
- Hinweise, wann dieser Code verwendet werden kann

Listen (Subklassifikation)

Listen wurden eingeführt, um für einen oder mehrere Codes geltende einheitliche Untergliederungen in der 6. Stelle aus Gründen der Übersicht zusammenzufassen. Listen werden z.B. in folgenden Bereichen verwendet:

- Lokalisationsangaben für die Bezeichnung der Blutgefäße
- Bezeichnung von Knochen und Gelenken
- Angaben zu Zugängen, Verfahren oder Seitenlokalisationen

Auf die Gültigkeit einer Liste für einen Code wird jeweils durch einen Hinweis aufmerksam gemacht. Listen gelten generell nur für die im Code ausgewiesenen spezifischen Codepositionen, nicht jedoch für die Restklasse „y Nicht näher bezeichnet“.

Abkürzungen

Im OPS werden folgende **redaktionelle** Abkürzungen verwendet:

Exkl.	Exklusive
Inkl.	Inklusive
Hinw.	Hinweis
N.n.bez.	Nicht näher bezeichnet

Die **inhaltlichen** Abkürzungen, wie z.B. EKG = Elektrokardiographie, finden sich im Abkürzungsverzeichnis des OPS.

Verwendete Begriffe und Symbole

Verwendung von „und“

Der Begriff „und“ im 3-stelligen und 4-stelligen Code wird sowohl im Sinne von „und“ als auch im Sinne von „oder“ verwendet (z.B. bei der Aufzählung von Prozeduren wie „Inzision, Exzision und Destruktion ...“ oder bei der Aufzählung von Lokalisationen wie „... Naht eines Nerven und Nervenplexus“.) Im 5-stelligen Code wird „und“ im Sinne von „sowohl als auch“, „oder“ im Sinne von „entweder/oder“ verwendet.

Verwendete Symbole

- ** Kodes mit Doppelstern (**) am linken Rand des jeweiligen Codes kennzeichnen 5-Steller, bei denen für die Kodierung eine 6-stellige Untergliederung zu benutzen ist, die durch die Kombination des 5-Stellers mit einer Liste entsteht.
- () Runde Klammern enthalten ergänzende Bezeichnungen oder Erläuterungen zu einer Prozedurenangabe. Diese Angaben können vorliegen, aber auch fehlen, ohne dass die Verschlüsselung dadurch beeinflusst wird.
- [] Eckige Klammern enthalten Synonyme und andere Schreibweisen zu einer Prozedurenangabe.

↔/↔ Alle Schlüsselnummern, die mit einem Zusatzkennzeichen (**R**=rechts, **L**=links, **B**=beidseitig) versehen werden müssen, sind in dieser Fassung mit dem Zeichen (↔ oder ↔) gekennzeichnet.

Verwendete Schreibweisen

Die Nomenklatur im vorliegenden Schlüssel lehnt sich an die deutsche Version der ICD an. Entsprechend werden Prozedurenangaben sowie Fachbezeichnungen der Anatomie in der Regel in deutscher Schreibweise angegeben. Sofern es sich um Fachbezeichnungen aus mehreren Wörtern oder um lateinische Termini *technici* handelt, wurde die lateinische Schreibweise verwendet. Trivialbezeichnungen sind in deutscher Schreibweise angegeben. Deutsch-lateinische Mischformen wurden nach Möglichkeit vermieden. Grundsätzlich wurde die im medizinischen Duden verwendete Schreibweise übernommen.

P004a Nicht vollendete oder unterbrochene Prozedur

Wenn eine chirurgische Prozedur aus irgendeinem Grund unterbrochen oder nicht vollendet wurde, ist wie folgt vorzugehen:

1. Wenn von einem laparoskopisch/endoskopischen Verfahren auf „offen chirurgisch“ umgestiegen wird, so ist zu prüfen, ob es für den Umstieg einen eigenen Code im OPS gibt.
 - a. Gibt es einen spezifischen Code für „Umsteigen auf offen chirurgisch“, so ist dieser zu verwenden (siehe Beispiel 1).
 - b. Gibt es dafür keinen spezifischen Umsteigekode, so wird **nur** die offen chirurgische Prozedur kodiert (siehe Beispiel 2).
2. Gibt es einen spezifischen Code für eine misslungene Prozedur (siehe Beispiel 3), so ist dieser zu verwenden. In diesen Fall ist der Zusatzcode 5-995 *Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Eingriff nicht komplett durchgeführt)* nicht anzugeben.
3. Lässt sich die bisher erbrachte Teilleistung mit dem OPS kodieren, so wird nur die Teilleistung kodiert (siehe Beispiele 4 und 5).
4. Wird eine Prozedur nahezu vollständig erbracht, so wird sie ohne Zusatzcode 5-995 kodiert.
5. In allen anderen Fällen ist die geplante, aber nicht komplett durchgeführte Prozedur in Verbindung **mit** dem Zusatzcode 5-995 zu kodieren.

Beispiel 1

Eine laparoskopisch begonnene Hysterektomie wird fortgesetzt als (offen chirurgische) abdominale Hysterektomie. Als Prozedur wird in diesem Fall kodiert:

5-683.04 *Uterusexstirpation [Hysterektomie], ohne Salpingoovarektomie, Umsteigen endoskopisch – offen chirurgisch*

Beispiel 2

Versuchte endoskopische Erweiterung des Karpal-Tunnels, Umwandlung in einen offen chirurgischen Eingriff. Als Prozedur wird in diesem Fall kodiert:

5-056.40 *Neurolyse und Dekompression eines Nerven, Nerven Hand, offen chirurgisch*

Beispiel 3

Für einige misslungene Prozeduren gibt es spezifische Codes.

5-733 *Misslungene vaginale operative Entbindung und zugehörige 5-Steller*

8-510.1 *Misslungene äußere Wendung*

Beispiel 4

Wenn eine Laparotomie vorgenommen wurde, um eine Appendektomie durchzuführen, aber die Appendektomie aufgrund eines Herzstillstandes nicht ausgeführt wurde, wird nur die Laparotomie kodiert.

5-541.0 *Explorative Laparotomie*

Beispiel 5

Wenn die Operation eines Ösophagus-Ca vor der Präparation des Ösophagus wegen Inoperabilität abgebrochen wurde, wird nur die durchgeführte Thorakotomie kodiert.

5-340.1 *Explorative Thorakotomie*

In Zweifelsfällen muss für die Kodierung in diesen Fällen der Operationsbericht genau analysiert werden.

P005d Multiple/Bilaterale Prozeduren

Multiple Prozeduren

Die Prozedurenkodierung soll, wo es möglich ist, den Aufwand widerspiegeln, und daher sind allgemein multiple Prozeduren so oft zu kodieren, wie sie während der Behandlungsphase durchgeführt wurden.

Ausnahmen:

- Nur **einmal** während einer **Sitzung** zu kodieren sind: z.B. multiple Exzisionen von Hautläsionen, multiple Biopsien oder ähnlich aufwändige Prozeduren, wenn diese bzgl. der Lokalisation an gleicher Stelle kodierbar sind (siehe Beispiel 1).
- Nur **einmal** während einer **stationären Behandlung** zu kodierende Prozeduren sind aus pragmatischen Gründen unter Angabe des Datums der ersten Leistung anzugeben,
 - wenn Verfahren Mengenangaben (z.B. Bluttransfusionen) oder Zeitangaben im Code enthalten (s.a. DKR P012d *Prozeduren, unterschieden auf der Basis von Größe, Zeit oder Anzahl* (Seite 49)).
 - wenn Hinweise oder Richtlinien anweisen, einen Code nur einmal anzugeben bzw. wenn Verfahren während einer stationären Behandlung grundsätzlich wiederholt durchgeführt werden (s.a. nachfolgende, nicht abschließende Liste).

Tabelle 1: Prozeduren, die nur einmal pro stationärem Aufenthalt zu kodieren sind

- Untersuchung der elektrophysiologischen Aktivität des Herzens (1-265)❶
- Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen (8-191)
- Applikation von Medikamenten und Nahrung (8-01)
- Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle (1-844)
- Therapeutische perkutane Punktion des Thorax, Pleurahöhle (8-152.1)
- Diagnostische perkutane Punktion und Aspiration der Bauchhöhle, Aszitespunktion (1-853.2)
- Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle (8-153)
- Spülung (Lavage) (8-17)
- Lagerungsbehandlung (8-390)
- Frührehabilitative und physikalische Therapie (8-55 bis 8-60)
- Elektrostimulation und Elektrotherapie (8-63 bis 8-65)
- Hyperthermie im Rahmen einer onkologischen Therapie (8-60)
- Offenhalten der oberen Atemwege (8-700)
- Maschinelle Beatmung über Maske oder Tubus (8-71)❷
- Sauerstoffzufuhr bei Neugeborenen (8-720)
- Transfusionen von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat (8-800)❸
- Transfusion von Leukozyten (8-802)❸
- Transfusion von Plasma, Plasmabestandteilen und Infusion von Volumenersatzmitteln (8-81)❸
- Schmerztherapie (8-91)
- Patientenmonitoring (8-92 bis 8-93)❹
- Phoniatische und pädaudiologische Komplexbehandlung (9-31)
- Psychosoziale, psychosomatische und neuropsychologische Therapie (9-40)

Anmerkungen:

- ❶ Bei den elektrophysiologischen Untersuchungen gemäß den deutschen und internationalen Leitlinien handelt es sich um komplexe Untersuchungsverfahren, die ggf. aus mehreren Einzeluntersuchungen bestehen können. Standardverfahren wie z.B. Ruhe-, Belastungs- und 24-Stunden-EKG gehören nicht dazu und sind nicht zu kodieren (siehe DKR P014d *Prozeduren, die normalerweise nicht verschlüsselt werden* (Seite 50)).
- ❷ Mengen- bzw. Zeitangaben sind zunächst als solche zu erfassen, bei Entlassung zu addieren und die Summe einmal für den gesamten Aufenthalt zu kodieren (s.a. DKR P012d *Prozeduren, unterschieden auf der Basis von Größe, Zeit oder Anzahl* (Seite 49)). Als Bezugsdatum ist aus pragmatischen Gründen der Tag der ersten Leistung zu wählen.
- ❸ Patientenmonitoring ist nur dann zu kodieren, wenn es sich um eine intensivmedizinische Überwachung oder Behandlung handelt und wenn es nicht Komponente einer anderen Prozedur (z.B. Beatmung, Narkose) ist.

Beispiel 1

Ein Patient wird zur Exzision von zehn Läsionen aufgenommen: eine bei rezidivierendem Basalzellkarzinom der Nase, drei Läsionen bei Basalzellkarzinom am Unterarm, drei Läsionen bei Keratosis solaris am Rücken, eine Läsion bei Keratosis solaris am Unterschenkel und zwei Läsionen bei Basalzellkarzinom am Ohr.

Hauptdiagnose:	C44.3	<i>Basalzellkarzinom, Nase, rezidivierend</i>
Nebendiagnose(n):	C44.2	<i>Basalzellkarzinom, Ohr</i>
	C44.6	<i>Basalzellkarzinom, Unterarm</i>
	L57.0	<i>Keratosis solaris</i>
Prozeduren:	5-212.0	<i>Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe an der äußeren Nase</i>
	5-181.0	<i>Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres</i>
	5-894.08	<i>Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut, Unterarm</i>
	5-919.0	<i>Operative Versorgung von Mehrfachtumoren an einer Lokalisation der Haut in einer Sitzung, 3-5 Tumoren</i>
	5-894.0a	<i>dto., Rücken</i>
	5-894.0f	<i>dto., Unterschenkel</i>

Bilaterale Prozeduren

Der OPS sieht ab der Version 2005 für Prozeduren an paarigen Organen oder Körperteilen die Angabe eines Zusatzkennzeichens für die Seitigkeit (**R**=rechts, **L**=links, **B**=beidseitig) verpflichtend vor. Wenn eine Prozedur in einer Sitzung beidseitig durchgeführt wird, ist diese demnach mit dem Zusatzkennzeichen „**B**“ zu versehen. Anderenfalls wird die jeweilige Seite (**R, L**) angegeben.

Anmerkung: Für die Abrechnung von Fallpauschalen und Sonderentgelten sind bei der Kodierung von bilateralen Prozeduren (z.B. Mammaexpander) die Übergangsregelungen (siehe Seite IX) zu beachten.

Beispiel 2

Amputation **beider** Unterschenkel

5-864.8 **B** *Unterschenkelamputation n.n.bez, beidseitig*

P006a Laparoskopische/arthroskopische/endoskopische Prozeduren

Die Art des Eingriffes (laparoskopisch, arthroskopisch oder endoskopisch) ist im OPS in der Regel bei den Prozeduren durch eine Differenzierung auf der 5. oder 6. Stelle ausgewiesen.

Beispiel 1

Laparoskopische Entfernung der Gallenblase ohne Revision der Gallengänge

5-511.11 *Cholezystektomie, einfach, laparoskopisch, ohne laparoskopische Revision der Gallengänge*

Beispiel 2**5-448 Andere Rekonstruktion am Magen**

Hinw.: Der Zugang ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren

- 0 *Offen chirurgisch abdominal*
- 1 *Offen chirurgisch thorakal*
- 2 **Laparoskopisch**
- 3 *Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch*
- x *Sonstige*

** 5-448.0 *Naht (nach Verletzung)*

** 5-448.1 *Verschluss einer Gastrostomie oder (Ernährungs-)Fistel*

** 5-448.2 *Gastropexie*

** 5-448.3 *Kardioplastik (z.B. nach Belsey)*

Sollte diese Unterscheidung fehlen, was auch durch Weiterentwicklung von Operationstechniken möglich ist, so ist die Prozedur zu verschlüsseln und für die Art des Zugangs ist der entsprechende Zusatzcode für die Anwendung minimalinvasiver Technik (5-986) anzugeben.

Beispiel 3

Endoskopisches Anlegen eines Liquorshunters

5-023.00 *Anlegen eines Liquorshunters, [Shunt-Implantation], Ableitung in den Herzvorhof, ventrikuloatrial*

5-986 **Minimalinvasive Technik**

P007a Endoskopie multipler Gebiete (Panendoskopie)

Endoskopien multipler Gebiete sind nach dem am weitesten eingesehenen bzw. tiefsten Gebiet zu kodieren.

Beispiel 1

Eine Ösophago-, Gastro-, Duodeno-, Jejun- und Ileoskopie wird kodiert als

1-636 *Diagnostische Intestinoskopie (Endoskopie des tiefen Jejunums und Ileums).*

Beispiel 2

Eine Endoskopie der oberen Atemwege mit Pharyngoskopie, Tracheoskopie und Bronchoskopie wird kodiert als

1-620.0 *Diagnostische Tracheobronchoskopie mit flexiblem Instrument.*

P008a Klinische Untersuchung in Allgemeinanästhesie

Eine klinische Untersuchung in Allgemeinanästhesie ist nur dann als eigene Prozedur zu kodieren, wenn die Untersuchung in Allgemeinanästhesie als selbständige Maßnahme durchgeführt wird. Sofern der OPS keinen spezifischen Schlüssel für diese Untersuchung enthält, so ist dann – und nur dann – der Schlüssel 1-100 *Klinische Untersuchung in Allgemeinanästhesie* zu verwenden (siehe Beispiel 2).

Erfolgt in der gleichen Sitzung ein invasiver oder operativer Eingriff, der eine Anästhesie erfordert, so ist die klinische Untersuchung nicht gesondert zu kodieren (siehe Beispiel 1).

Beispiel 1

Exzision einer Vaginalzyste und Untersuchung unter Anästhesie.

5-702.1 *Exzision von erkranktem Gewebe der Vagina*

Beispiel 2

Manuelle rektale Untersuchung unter intravenöser Allgemeinanästhesie.

1-100 *Klinische Untersuchung in Allgemeinanästhesie*

P009a Allgemeinanästhesie

Die Kodierung der Allgemeinanästhesie mit einem Code aus 8-90 sollte sich auf Ausnahmesituationen beschränken. Dies gilt beispielsweise dann, wenn Schockpatienten, Kleinkinder oder nicht kooperative Patienten eine Allgemeinanästhesie erhalten, damit eine diagnostische oder therapeutische Prozedur durchgeführt werden kann, die normalerweise ohne Allgemeinanästhesie erbracht wird.

Gibt es einen Code für die durchgeführte Prozedur, so ist dieser zusammen mit einem Code aus 8-90 für die Allgemeinanästhesie anzugeben (siehe Beispiel 1). Gibt es keinen Code für die durchgeführte Prozedur, so ist der Code aus 8-90 für Allgemeinanästhesie alleine anzugeben.

Beispiel 1

Ein Kleinkind wird zur Abklärung eines Verdachtes auf Hirntumor aufgenommen. Es wird ein Kernspintomogramm des Schädels unter Narkose durchgeführt.

3-820 *Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel*

8-900 *Intravenöse Anästhesie*

P012d Prozeduren, unterschieden auf der Basis von Größe, Zeit oder Anzahl

Bestimmte Prozeduren des OPS, insbesondere aus Kapitel 8, werden auf der Basis von Größe, Zeit oder Anzahl unterschieden.

Beispiel 1**5-893 Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut**

Inkl.: Entfernung von infiziertem Gewebe

*Exkl.: Wunddebridement auf Muskulatur, Sehnen oder Faszien beschränkt (5-850)
Schichtenübergreifendes Wunddebridement (5-869.1)*

Hinw.: Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-890 zu kodieren

** 5-893.0 *Kleinflächig*

Hinw.: Länge bis 3 cm oder Fläche bis 4 cm²

** 5-893.1 *Großflächig*

Sind keine Größen-, Mengen- oder Zeitangaben verfügbar, so ist der Kode für die kleinste bzw. zeitlich kürzeste Einheit zu verwenden.

Ansonsten sind Mengen- bzw. Zeitangaben zu addieren und die Summe einmal pro Aufenthalt zu kodieren (s.a. DKR P005d *Multiple/Bilaterale Prozeduren* (Seite 44)). Als Bezugsdatum ist aus pragmatischen Gründen der Tag der ersten Leistung zu wählen.

Soweit der OPS für die Gabe von Medikamenten oder Blutprodukten eine Dosis- bzw. Mengenangabe vorsieht, ist **nur die dem Patienten tatsächlich verabreichte Dosis bzw. Menge** zu kodieren.

Beispiel 2

8-810.8 *Transfusion von rekombinantem Faktor VIII*

8-810.80 *Bis 2000 Einheiten*

8-810.81 *2001 bis 5000 Einheiten*

8-810.82 *Mehr als 5000 Einheiten*

P013d Wiedereröffnung eines Operationsgebietes/Reoperation

Bei der Wiedereröffnung eines Operationsgebietes zur

- Behandlung einer Komplikation
- Durchführung einer Rezidivtherapie
- Durchführung einer anderen Operation in diesem Operationsgebiet

ist zunächst zu prüfen, ob die durchgeführte Operation mit Wiedereröffnung des Operationsgebietes im OPS durch einen spezifischen Kode im betreffenden Organkapitel kodiert werden kann, wie z.B.:

5-289.1 *Operative Blutstillung nach Tonsillektomie*

5-340.3 *Rethorakotomie.*

Gibt es keinen spezifischen Kode, dann ist die durchgeführte Operation zusammen mit einem Zusatzkode, wie z.B.

5-379.5 *Reoperation an Herz und Perikard*

5-559.3 *Revisionsoperation an der Niere*

5-749.0 *Resectio*

5-983 *Reoperation*

für die Reoperation anzugeben (siehe Beispiel 1).

Für die Herz- und Nierenchirurgie gibt es eigene Kodes für eine Reoperation, die im OPS als eigenständige Kodes ausgewiesen sind, aber im allgemeinen wie Zusatzkodes verwendet werden (siehe DKR 0909d *Revisionen oder Reoperationen an Herz und Perikard* (Seite 104)).

Beispiel 1

5-062.8 *Andere partielle Schilddrüsenresektion: subtotale Resektion*

5-983 Reoperation

P014d Prozeduren, die normalerweise nicht verschlüsselt werden

Prozeduren, die routinemäßig bei den meisten Patienten und/oder mehrfach während eines Krankenhausaufenthaltes durchgeführt werden, werden nicht verschlüsselt, da sich der Aufwand für diese Prozeduren in der Diagnose oder in den anderen angewendeten Prozeduren widerspiegelt (siehe Beispiel 1). Sie wurden aus diesem Grunde auch nicht in den OPS aufgenommen. Diese sollen auch nicht mit den Restklassen „Andere ...“ verschlüsselt werden (s.a. DKR P003d *Hinweise und formale Vereinbarungen für die Benutzung des OPS* (Seite 37)).

Tabelle 1: Beispiele für nicht kodierbare Prozeduren

- Gipsverbände mit Ausnahme aufwändiger Gipsverbände (8-310)
- Verbände, außer bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen (8-191)
- Kardioplegie
- Kardiotokographie (CTG)
- Medikamentöse Therapie mit folgenden Ausnahmen:
 - bei Neugeborenen
 - nicht-antibiotische Chemotherapie
 - systemische Thrombolyse
 - Immunglobulingabe
 - Gabe von Gerinnungsfaktoren
 - Andere Immuntherapie (8-547)
 - Medikamente aus 8-012
- Echokardiographie
- Ruhe-EKG
- Langzeit-EKG
- Belastungs-EKG
- 24-Stunden-Blutdruckmessung
- Legen einer Magensonde
- Legen eines transurethralen Blasenkatheters
- Subkutane Medikamentengabe, z. B. Heparin
- Blutentnahme
- Aufnahme- und Kontrolluntersuchung
- Visite
- Konsiliaruntersuchung
- Konventionelle Röntgenuntersuchungen, inklusive Mammographie
- Lungenfunktionstest mit Ausnahme der Ganzkörperplethysmographie (1-710), der CO-Diffusionskapazität (1-711) und der Spiroergometrie (1-712)
- Blutgasanalyse in Ruhe
- Atemgasanalyse
- Sonographien mit Ausnahme der Endosonographie

Beispiel 1

- Eine Röntgenaufnahme und ein Gipsverband sind bei der Diagnose einer Radius-Fraktur (Colles) üblich.
- Die intravenöse Gabe von Antibiotika wird bei der Diagnose einer Sepsis erwartet.
- Die Kardioplegie gehört zu einem herzchirurgischen Eingriff.

Es handelt sich also um Standardmaßnahmen bei bestimmten Diagnosen und Prozeduren, deren gesonderte Kodierung deshalb nicht erforderlich ist.

Verfahren, die sich bei der Entwicklung der DRGs doch als gruppierungsrelevant herausstellen sollten, werden im Rahmen der Pflege des OPS und der Kodierrichtlinien berücksichtigt.

P015d Organentnahme und Transplantation

Bei Organentnahme und Transplantation ist zwischen Spender und Empfänger zu unterscheiden. Bei der Spende wird zwischen einer Lebendspende und einer postmortalen Spende unterschieden. Bei autogener Spende sind Spender und Empfänger identisch.

1. Untersuchung eines potenziellen Organ- oder Gewebespenders

Wird ein potenzieller Spender zu Voruntersuchungen vor einer möglichen Lebendspende stationär aufgenommen, ist als Hauptdiagnose

Z00.5 *Untersuchung eines potentiellen Organ- oder Gewebespenders*

zu kodieren, sofern die Organ- oder Gewebeentnahme nicht während desselben stationären Aufenthaltes erfolgt. Kodes aus Z52.– *Spender von Organen und Gewebe* sind **nicht** anzugeben.

2. Lebendspende

Für Lebendspender, die zur Spende von Organen oder Gewebe aufgenommen werden, ist als Hauptdiagnose ein Kode aus

Z52.– *Spender von Organen und Gewebe*

anzugeben, wenn während desselben stationären Aufenthaltes die Organ- oder Gewebeentnahme durchgeführt wird. Ebenfalls sind die entsprechenden Prozedurenkodes zur Entnahme des Transplantates zu kodieren (siehe auch folgende Tabelle).

Beispiel 1

Ein Fremdspender wird zur Lebendspende einer Niere aufgenommen. Eine Nephrektomie zur Transplantation wird durchgeführt. Behandlungsrelevante Nebendiagnosen bestehen nicht.

Hauptdiagnose: Z52.4 *Nierenspender*

Prozedur(en): 5-554.8 *Nephrektomie zur Transplantation, Lebendspender*

Beispiel 2

Ein Fremdspender wird zur Lebendspende von Stammzellen aufgenommen. Behandlungsrelevante Nebendiagnosen bestehen nicht.

Hauptdiagnose: Z52.01 *Stammzellenspender*

Prozedur(en): 5-410.11 *Entnahme von Knochenmark und hämatopoetischen Stammzellen aus peripherem Blut zur Transplantation, zur allogenen Spende (verwandt oder nicht-verwandt)*

Bei **autogener Spende und Transplantation** während eines stationären Aufenthaltes sind Kodes aus Z52.– *Spender von Organen und Gewebe* **nicht** anzugeben. Die Haupt- und Nebendiagnosen sowie die OPS-Kodes für die Entnahme des Transplantates und die Kodes für die eigentliche Transplantation sind anzugeben.

3. Postmortale Spende nach Gehirntod im Krankenhaus

(Kriterien für eine mögliche postmortale Spende sind: Gehirntod nach den Richtlinien der Bundesärztekammer, Einwilligung und klinische Eignung)

Die Kodierung bei einem Patienten, der als Organspender in Frage kommt, unterscheidet sich nicht vom üblichen Vorgehen bei der Verschlüsselung von Diagnosen und Prozeduren: als Hauptdiagnose ist diejenige Erkrankung oder Verletzung zu kodieren, die die Aufnahme veranlasst hat, hinzukommen vorliegende Nebendiagnosen und die durchgeführten Prozeduren.

Der entsprechende Code für die Organentnahme bzw. der Code 8-978 *Aufrechterhaltung der Homöostase für die postmortale Organspende* sind **nicht** zu kodieren (siehe auch Hinweise hierzu im OPS Version 2005). Ebenso ist der Code Z00.5 *Untersuchung eines potentiellen Spenders eines Organs oder Gewebes* **nicht** anzugeben.

4. Transplantation

Empfänger des transplantierten Organs bekommen als Hauptdiagnose den Grund der Aufnahme und den entsprechenden Prozedurencode für die Transplantation. Es ist nicht notwendig, die Entfernung des erkrankten Organs zu kodieren. Domino-Transplantationspatienten (wenn der Patient während der Behandlungsphase ein Organ sowohl erhält als auch spendet (z.B. Herz/Lunge) erhalten eine Spender-Nebendiagnose aus Z52.– *Spender von Organen und Geweben* und die Prozedurenkodes für die Transplantation und für die Entnahme (mit der Transplantation als Hauptprozedur).

5. Versagen und Abstoßungsreaktion nach Transplantation

Wird ein Patient aufgrund eines Versagens oder einer Abstoßungsreaktion nach Transplantation eines Organs oder Gewebes oder einer Graft-versus-host-Krankheit (GVHD) aufgenommen, wird ein Code aus T86.– *Versagen und Abstoßung von transplantierten Organen und Geweben* als Hauptdiagnose zugewiesen.

Im Falle einer Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen ist die (maligne) Grunderkrankung als Nebendiagnose zu kodieren, ebenso ggf. die Organmanifestationen einer GVHD, sofern diese die Nebendiagnosenkriterien nach DKR D003d *Nebendiagnosen* (Seite 11) erfüllen (Diese Regelung hat Vorrang vor DKR 0201d *Auswahl und Reihenfolge der Kodes* (Seite 65)).

Erfolgt die Aufnahme aus einem anderen Grund als des Versagens oder der Abstoßungsreaktion nach Transplantation, so ist T86.– *Versagen und Abstoßung von transplantierten Organen und Geweben* nicht als Hauptdiagnose anzugeben.

Organ-/Gewebeentnahme und Transplantationstabelle – Teil 1					
ORGAN/ GEWEBE	SPENDE Diagnosecode für Lebendspender	ENTNAHME Prozedurencode (aus) OPS	ENTNAHME Prozedurencode (aus) OPS	TRANSPLANTATION Prozedurencode (aus) OPS; Empfänger	
Stammzellen		5-410.10	Entnahme von hämatopoetischen Stammzellen aus peripherem Blut zur Transplantation, zur Eigenspende	8-805	Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen
	Z52.01	5-410.11	Entnahme von hämatopoetischen Stammzellen aus peripherem Blut zur Transplantation, zur allogenen Spende (verwandt oder nicht-verwandt)		
Knochenmark		5-410.00	Entnahme von hämatopoetischen Stammzellen aus Knochenmark zur Transplantation, zur Eigenspende	5-411	Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus Knochenmark
	Z52.3	5-410.01	Entnahme von hämatopoetischen Stammzellen aus Knochenmark zur Transplantation, zur allogenen Spende (verwandt oder nicht-verwandt)		
Haut		5-901 5-904 5-924	Freie Hauttransplantation, Entnahmestelle Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Entnahmestelle Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen, Entnahmestelle	Geigneter Code aus 5-89...5-92 <i>Operationen an Haut und Unterhaut</i>	
	Z52.1				
Knochen	Z52.2	5-783	Entnahme eines Knochentransplantates	5-784	Knochentransplantation
Niere	Z52.4	5-554.8	Nephrektomie zur Transplantation, Lebendspender	5-555	Nierentransplantation
Limbus-Stammzellen / Konjunktiva	Z52.8	5-112	Excision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Konjunktiva	5-113.0	Transplantation von Bindehaut oder Stammzellen des Limbus
Leber	Z52.6	5-503.3	Leberteilresektion links (zur Lebendorganspende)	5-504	Leberttransplantation

Organ-/Gewebeentnahme und Transplantationstabelle – Teil 2			
OPS-KODES FÜR DIE TRANSPLANTATION VON POSTMORTAL ENTNOMMENEN ORGANEN			
ORGAN/ GEWEBE			TRANSPLANTATION Prozedurenkode (aus) OPS: Empfänger
Herz			5-375.0 <i>Herztransplantation, orthotop</i>
			5-375.1 <i>Herztransplantation, heterotop</i>
			5-375.3 <i>Herz-Retransplantation während desselben stationären Aufenthaltes</i>
Lunge			5-335.2 <i>Lungentransplantation</i>
			5-335.3 <i>Lungen-Retransplantation während desselben stationären Aufenthaltes</i>
Herz und Lunge			5-375.2 <i>Herz- und Lungentransplantation</i>
			5-375.4 <i>Herz-Lungen-Retransplantation (En-bloc) während desselben stationären Aufenthaltes</i>
Pankreas			5-528 <i>Transplantation von Pankreas(gewebe)</i>
Leber			5-504 <i>Lebertransplantation</i>
Kornea			5-125 <i>Hornhauttransplantation und Keratoprothetik</i>
Niere			5-555 <i>Nierentransplantation</i>
Dünndarm			5-467.61 <i>Dünndarmtransplantation, Jejunum</i>
			5-467.62 <i>Dünndarmtransplantation, Ileum</i>
			5-467.91 <i>Dünndarm-Retransplantation während desselben stationären Aufenthaltes, Jejunum</i>
			5-467.92 <i>Dünndarm-Retransplantation während desselben stationären Aufenthaltes, Ileum</i>

P016d Verbringung

Prozeduren im Rahmen einer Verbringung werden durch die verbringende Klinik kodiert.

SPEZIELLE KODIERRICHTLINIEN

1 BESTIMMTE INFEKTIOSE UND PARASITÄRE KRANKHEITEN

0101d HIV/AIDS

Anmerkung: Wird in dieser Richtlinie auf die Kode-Gruppe „B20–B24“ hingewiesen, so sind damit alle Kodes dieser Gruppe mit Ausnahme von **B23.0 Akutes HIV-Infektionssyndrom** gemeint.

HIV-Kodes sind folgende:

R75	<i>Laborhinweis auf Humanes Immundefizienz-Virus [HIV]</i> (d.h. unsicherer Nachweis nach nicht eindeutigem serologischem Test)
B23.0	<i>Akutes HIV-Infektionssyndrom</i>
Z21	<i>Asymptomatische HIV-Infektion [Humane Immundefizienz-Virusinfektion]</i> (d.h. Infektionsstatus HIV-positiv o.n.A.)
B20–B24	<i>Humane Immundefizienz-Viruskrankheit [HIV]</i>

Die Kodes R75, Z21, B23.0 und die Gruppe B20–B24 schließen sich gegenseitig aus und sind während desselben stationären Aufenthaltes nicht zusammen aufzuführen.

Laborhinweis auf HIV – R75

Dieser Kode ist nur bei den Patienten zuzuweisen, deren HIV-Antikörper-Tests nicht sicher positiv sind. Dies ist gewöhnlich dann der Fall, wenn zwar ein Screening-Test für HIV positiv, der Bestätigungstest aber entweder negativ oder nicht eindeutig ist. Der Kode R75 *Laborhinweis auf Humanes Immundefizienz-Virus [HIV]* ist nicht als Hauptdiagnose zuzuweisen.

Akutes HIV-Infektions-Syndrom – B23.0

Bei einem „akuten HIV-Infektionssyndrom“ (entweder bestätigt oder vermutet) ist der Kode B23.0 *Akutes HIV-Infektionssyndrom* als Nebendiagnose zu den Kodes der bestehenden Symptome (z.B. Lymphadenopathie, Fieber) oder der Komplikation (z.B. Meningitis) hinzuzufügen.

Hinweis: Im Allgemeinen sind Symptome nur dann zu kodieren, wenn ihre Ursache unbekannt ist. Diese Kodieranweisung stellt somit eine Ausnahme zu Abschnitt „Schlüsselnummern für Symptome, Befunde und ungenau bezeichnete Zustände“ in DKR D002d *Hauptdiagnose* (Seite 4) dar.

Beispiel 1

Ein HIV-positiver Patient wird mit Lymphadenopathie aufgenommen. Es wird die Diagnose eines akuten HIV-Infektionssyndroms gestellt.

Hauptdiagnose:	R59.1	<i>Lymphknotenvergrößerung, generalisiert</i>
Nebendiagnose(n):	B23.0	<i>Akutes HIV-Infektionssyndrom</i>

Nach kompletter Rückbildung der primären Erkrankung werden fast alle Patienten asymptomatisch und bleiben es für mehrere Jahre. Im Falle von zukünftigen Aufnahmen ist entsprechend der existierenden Richtlinien zu kodieren. Der Kode für das „Akute HIV-Infektionssyndrom“ (B23.0) wird nicht mehr verwendet, sobald die entsprechende Symptomatik nicht mehr besteht.

Asymptomatischer HIV-Status – Z21

Z21 *Asymptomatische HIV-Infektion (Humane Immundefizienz-Virusinfektion)*

ist **nicht routinemäßig, sondern nur dann** als Nebendiagnose zuzuweisen, wenn ein HIV-positiver Patient zwar keine Symptome der Infektion zeigt, die Infektion aber trotzdem den Behandlungsaufwand erhöht (siehe DKR D003d *Nebendiagnosen* (Seite 11)).

Da sich Z21 auf Patienten bezieht, die asymptomatisch sind und zur Behandlung einer nicht in Beziehung zur HIV-Infektion stehenden Erkrankung aufgenommen wurden, wird der Kode Z21 **nicht als Hauptdiagnose** zugewiesen.

HIV-Krankheit (AIDS) – B20, B21, B22, B23.8, B24

Zur Kodierung der HIV-Krankheit (AIDS) stehen folgende Kodes zur Verfügung:

B20	<i>Infektiöse und Parasitäre Krankheiten infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]</i>
B21	<i>Bösartige Neubildungen infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]</i>
B22	<i>Sonstige näher bezeichnete Krankheiten infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]</i>
B23.8	<i>Sonstige näher bezeichnete Krankheitszustände infolge HIV-Krankheit</i>
B24	<i>Nicht näher bezeichnete HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]</i>

Patienten mit einer HIV-assoziierten Erkrankung (dies kann eine AIDS-definierende Erkrankung sein oder nicht) werden mit Schlüsselnummern aus der Gruppe B20–B24 (außer B23.0) kodiert. Die Kodes R75 und Z21 sind in diesem Fall nicht zu verwenden.

Reihenfolge und Auswahl der Kodes

Die Entscheidung, in welcher Reihenfolge die Kodes aufzuführen sind, wird im Hinblick auf die Definition des Begriffs „Hauptdiagnose“ getroffen.

Sofern die Erkrankung, die hauptsächlich für die Veranlassung des Krankenhausaufenthalts des Patienten verantwortlich ist, die HIV-Krankheit ist, ist der entsprechende Kode aus B20–B24 (außer B23.0) zu verwenden. Ein Beispiel hierfür ist ein Patient, der stationär zur anti-retroviralen Chemotherapie der HIV-Erkrankung aufgenommen wird.

Sofern die Erkrankung, die hauptsächlich für die Veranlassung des Krankenhausaufenthalts des Patienten verantwortlich ist, eine Manifestation der HIV-Krankheit ist, ist die Manifestation als Hauptdiagnose zu kodieren. Ein Kode aus B20–B24 (außer B23.0) ist als Nebendiagnose anzugeben.

Beispiel 2

Ein Patient wird mit Mundsoor aufgrund einer HIV-Infektion aufgenommen.

Hauptdiagnose:	B37.0	<i>Candida-Stomatitis</i>
Nebendiagnose(n):	B20	<i>Infektiöse und parasitäre Krankheit infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]</i>

Sofern der Patient multiple Manifestationen aufweist, die zwei oder mehr Codes aus der Gruppe B20–B24 (außer B23.0) zugeordnet werden können, ist der HIV-Kode nur jenem Manifestationscode zuzuweisen, der sich auf die Hauptdiagnose des aktuellen Krankenhausaufenthaltes bezieht. Dieser HIV-Kode ist direkt nach dem Hauptdiagnose-Kode anzugeben. Grundsätzlich sind alle bestehenden Manifestationen der HIV-Krankheit (AIDS) zu kodieren.

Beispiel 3

Ein Patient mit AIDS wird zur Behandlung eines Kaposi-Sarkoms der Haut aufgenommen. Gleichzeitig bestehen ein Auszehrungssyndrom und eine CMV-Retinitis.

Hauptdiagnose:	C46.0	<i>Kaposi-Sarkom der Haut</i>
Nebendiagnose(n):	B21	<i>Bösartige Neubildungen infolge HIV-Krankheit</i>
	B25.8†	<i>Sonstige Zytomegalie</i>
	H32.0*	<i>Chorioretinitis bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten</i>
	R64	<i>Kachexie</i>

Die Zuweisung von weiteren Codes aus der Gruppe B20–B24 (außer B23.0) zu den übrigen Manifestationen ist möglich, wenn dieser Grad an Detailliertheit benötigt wird.

Kaposi-Sarkom

Das Kaposi-Sarkom ist immer ein primäres Neoplasma. Daher ist für jeden angegebenen Tumor ein Code aus der Kategorie C46.– *Kaposi-Sarkom* zuzuweisen. Entgegen der Definition einer Nebendiagnose gemäß DKR D003d *Nebendiagnosen* (Seite 11) ist das Kaposi-Sarkom bei jedem sich anschließenden Krankenhausaufenthalt zu kodieren (s.a. DKR 0201d *Auswahl und Reihenfolge der Codes* (Seite 65)).

Chemotherapie bei HIV-Krankheit (AIDS)

Bei Patienten mit HIV, die zur Chemotherapie aufgenommen werden, ist die Hauptdiagnose gemäß Abschnitt „Reihenfolge und Auswahl der Codes“ dieser Kodierrichtlinie auszuwählen (s.a. DKR 0211d *Chemotherapie bei Neubildungen* (Seite 72)).

Die Codes

Z51.1 *Chemotherapiesitzung wegen bösartiger Neubildung oder*

Z51.2 *Andere Chemotherapie*

sind **nicht** zu kodieren (siehe Beispiel 4 und 5).

Prozeduren

Die Anwendung von Chemotherapie (z.B. bei Kaposi-Sarkom, siehe Beispiel 5) ist mit dem entsprechenden Kode aus

8-54 *Zytostatische Chemotherapie*

zu verschlüsseln (zur Auswahl der Codes und Häufigkeit der Verschlüsselung siehe Hinweis im OPS Version 2005).

Beispiel 4

Ein Patient mit AIDS kommt zur mehrfachen Antibiotika-Infusion bei Mykobakterium-avium-Befall der Lunge.

Hauptdiagnose:	A31.0	<i>Infektion der Lunge durch sonstige Mykobakterien</i>
Nebendiagnose(n):	B20	<i>Infektiöse und parasitäre Krankheit infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]</i>

Beispiel 5

Ein Patient mit Kaposi-Sarkom bei AIDS kommt zur zytostatischen Behandlung (nicht komplexe Chemotherapie).

Hauptdiagnose:	C46.0	<i>Kaposi-Sarkom der Haut</i>
Nebendiagnose(n):	B21	<i>Bösartige Neubildungen infolge HIV-Krankheit</i>
Prozedur(en):	8-542	<i>Zytostatische Chemotherapie, nicht komplexe Chemotherapie</i>

0102a Virushepatitis**Trägerstatus**

Ein Patient wird dann als Hepatitis-(Virus-)Träger betrachtet (Z22.5 *Keimträger der Virushepatitis*), wenn er über die akute Phase der Erkrankung hinaus weiterhin Hepatitis B-, C- oder D-Viren in seinem Blut hat. Dabei weist er keine manifesten Krankheitssymptome auf, trägt den Erreger aber in sich und kann andere infizieren.

Z22.5 *Keimträger der Virushepatitis*

ist **nur** in den Fällen zuzuweisen, bei denen die Tatsache, dass ein Patient Träger von Hepatitisviren ist, den Behandlungsaufwand erhöht (s.a. DKR D003d *Nebendiagnosen* (Seite 11)).

Z22.5 wird auch einer Entbindungspatientin zugewiesen, sofern diese eine Hepatitis-(Virus-)Trägerin ist.

Die Schlüsselnummer

O98.4 *Virushepatitis, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert*

ist dann zuzuweisen, wenn eine akute oder chronische Virushepatitis Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert.

0103d Bakteriämie, Sepsis, SIRS und Neutropenie

Bakteriämie

Eine **Bakteriämie** ist mit einem Kode aus

A49.– *Bakterielle Infektion, nicht näher bezeichneter Lokalisation*

oder einem anderen Kode, der spezifisch den Erreger benennt z.B. A54.9 *Gonokokkeninfektion, nicht näher bezeichnet* zu kodieren. Sie ist nicht mit einem Sepsis-Kode (siehe Tabelle 1) zu verschlüsseln.

Eine Ausnahme hiervon stellt die Meningokokken-Bakteriämie dar, die mit

A39.4 *Meningokokkensepsis, nicht näher bezeichnet*

zu verschlüsseln ist.

Sepsis (Septikämie)

Im Gegensatz dazu wird eine Sepsis nach dem Erreger mit einem passenden Sepsis-Kode z.B. aus Tabelle 1 kodiert. Dies trifft auch auf eine klinisch manifeste **Urosepsis** zu.

Tabelle 1:	
A02.1	<i>Salmonellensepsis</i>
A32.7	<i>Listeriensepsis</i>
A39.2	<i>Akute Meningokokkensepsis</i>
A39.3	<i>Chronische Meningokokkensepsis</i>
A39.4	<i>Meningokokkensepsis, nicht näher bezeichnet</i>
A40.–	<i>Streptokokkensepsis</i>
A41.–	<i>Sonstige Sepsis</i>
B37.7	<i>Candida-Sepsis</i>
P36.–	<i>Bakterielle Sepsis beim Neugeborenen</i>

Sepsis im Zusammenhang mit Abort, ektopter Schwangerschaft, Molenschwangerschaft, Geburt oder Wochenbett ist mit dem passenden Kode aus Tabelle 2 zu verschlüsseln. Zusätzlich ist ein Sepsis-Kode z.B. aus Tabelle 1 anzugeben, um auf den Erreger und das Vorliegen einer Sepsis hinzuweisen.

Tabelle 2:	
O03–O07	<i>Schwangerschaft mit abortivem Ausgang</i>
O08.0	<i>Infektion des Genitraltraktes und des Beckens nach Abort, Extrauterigravidität und Molenschwangerschaft</i>
O75.3	<i>Sonstige Infektion unter der Geburt</i>
O85	<i>Puerperalfieber</i>

Neutropenie (Agranulozytose)

Sepsis bei Neutropenie-Patienten ist in folgender Reihenfolge zu kodieren:

1. Ein Kode für „Sepsis“
2. Ein Kode aus D70.– *Agranulozytose und Neutropenie*

Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS]

Für die Verschlüsselung eines SIRS stehen in der ICD-10-GM Version 2005 folgende Codes zur Verfügung:

- R65.0! *Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese ohne Organkomplikationen*
Sepsis ohne Organkomplikationen
Sepsis o.n.A.
SIRS infektiöser Genese o.n.A.
- R65.1! *Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese mit Organkomplikationen.*
Sepsis mit Organkomplikationen
- R65.2! *Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] nichtinfektiöser Genese ohne Organkomplikationen.*
SIRS nichtinfektiöser Genese o.n.A.
- R65.3! *Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] nichtinfektiöser Genese mit Organkomplikationen.*
- R65.9! *Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS], nicht näher bezeichnet.*

Dabei ist zunächst ein Kode für die Sepsis oder die ein SIRS nichtinfektiöser Genese auslösende Grundkrankheit anzugeben, gefolgt von einem Kode aus R65.–! *Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS]*. Zur Angabe von Organkomplikationen, Erregern und deren Resistenzlage sind zusätzliche Schlüsselnummern zu verwenden.

2 NEUBILDUNGEN

0201d Auswahl und Reihenfolge der Kodes

Die Reihenfolge der anzugebenden Kodes hängt von der Behandlung während des betreffenden Krankenhausaufenthaltes ab.

Erfolgt die Aufnahme zur Diagnostik/Behandlung des primären Malignoms, ist das primäre Malignom als Hauptdiagnose-Kode zuzuweisen.

Beispiel 1

Ein Patient wird zur Behandlung eines malignen Gehirntumors im Frontallappen stationär aufgenommen.

Hauptdiagnose: C71.1 *Bösartige Neubildung des Gehirns, Frontallappen*

Der Malignom-Kode ist als Hauptdiagnose für **jeden** Krankenhausaufenthalt **zur Behandlung der bösartigen Neubildung und zu notwendigen Folgebehandlungen** (z.B. Operationen, Chemo-/Strahlentherapie, sonstige Therapie) (siehe Beispiel 2) sowie **zur Diagnostik** (z.B. Staging) (siehe Beispiel 3) anzugeben, bis die Behandlung **endgültig** abgeschlossen ist, also auch bei den stationären Aufenthalten, die beispielsweise auf die chirurgische Entfernung eines Malignoms folgen. Denn obwohl das Malignom operativ entfernt worden ist, wird der Patient nach wie vor wegen des Malignoms behandelt.

Beispiel 2

Eine Patientin wird bei vorangegangener Mastektomie bei Mammakarzinom (oberer äußerer Quadrant) anschließend erneut für drei Tage zur Strahlentherapie stationär aufgenommen.

Hauptdiagnose: C50.4 *Bösartige Neubildung der Brustdrüse, oberer äußerer Quadrant*

Beispiel 3

Ein Patient wird zum Staging eines Morbus Hodgkin (lymphozytenreiche Form) nach vorangegangener Chemotherapie stationär aufgenommen.

Hauptdiagnose: C81.0 *Hodgkin-Krankheit, lymphozytenreiche Form*

Sofern ein Patient eine auf mehrere Eingriffe verteilte chirurgische Behandlung eines Malignoms/von Metastasen benötigt, ist jedem weiteren Krankenhausaufenthalt, bei dem eine Folge-Operation durchgeführt wird, das Malignom/die Metastasen ebenfalls als Hauptdiagnose-Kode zuzuweisen. Obwohl das Malignom/die Metastasen möglicherweise durch die erste Operation entfernt worden ist/sind, wird der **Patient** während des darauf folgenden Krankenhausaufenthaltes **nach wie vor wegen der Folgen des Malignoms/der Metastasen behandelt**, d.h. das Malignom/die Metastasen ist/sind auch der Anlass zur Folge-Operation.

Erfolgt die Aufnahme nur zur Behandlung von Metastasen, ist/sind die Metastase(n) als Hauptdiagnose-Kode anzugeben und zusätzlich, sofern bekannt, eine bzw. mehrere Nebendiagnose(n) für den Primärtumor (siehe Beispiel 4). Das primäre Malignom ist selbst einige Jahre nach der Resektion des Primärtumors Nebendiagnose, da der Patient nach wie vor wegen dieses Malignoms behandelt wird. Ist die Lokalisation des Primärtumors unbekannt, ist C80 *Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation* zu kodieren.

Beispiel 4

Ein Patient wird zur Resektion von Lebermetastasen stationär aufgenommen. Drei Monate zuvor war ein Karzinom am Colon transversum operativ entfernt worden.

Hauptdiagnose: C78.7 *Sekundäre bösartige Neubildung der Leber*

Nebendiagnose(n): C18.4 *Bösartige Neubildung des Kolons, Colon transversum*

Erfolgt die Aufnahme des Patienten primär zur systemischen Chemotherapie des Primärtumors und/oder der Metastasen, ist das primäre Malignom als Hauptdiagnose zuzuweisen. Erfolgt die Aufnahme des Patienten primär zur systemischen Chemotherapie und ist ausnahmsweise der Primärtumor nicht bekannt, wird die Metastase als Hauptdiagnose angegeben.

Beispiel 5

Ein Patient wird zur systemischen Chemotherapie von Lebermetastasen stationär aufgenommen. Drei Monate zuvor war ein Karzinom am Colon transversum operativ entfernt worden.

Hauptdiagnose: C18.4 *Bösartige Neubildung des Kolons, Colon transversum*

Nebendiagnose(n): C78.7 *Sekundäre bösartige Neubildung der Leber*

Erfolgt hingegen die Aufnahme zur lokalen Chemotherapie oder lokalen Bestrahlungstherapie der Metastase(n), ist/sind die Metastase(n) als Hauptdiagnose und der Primärtumor als Nebendiagnose anzugeben (siehe Kodierung in Beispiel 4).

Erfolgt die Aufnahme des Patienten sowohl zur Behandlung des Primärtumors als auch der Metastasen, ist gemäß DKR D002d *Hauptdiagnose* (Seite 4) (zwei Diagnosen erfüllen gleichzeitig das Kriterium der Hauptdiagnose) diejenige Diagnose als Hauptdiagnose auszuwählen, die die meisten Ressourcen verbraucht hat.

Beispiel 6

Ein Patient wird wegen eines sonografischen Verdachts auf Lebermetastasen zur Primärtumor-suche und weiteren Abklärung stationär aufgenommen. Dabei findet sich ein Kolonkarzinom mit Lebermetastasen. Es wird sowohl eine Hemikolektomie als auch eine Leberteilresektion durchgeführt.

Hauptdiagnose: Wird vom behandelnden Arzt entschieden

Nebendiagnose(n):

Wenn sich ein Patient mit einem Symptom vorstellt und die zugrunde liegende Erkrankung zum Zeitpunkt der Aufnahme bekannt ist, ist das Symptom als Hauptdiagnose zu kodieren, sofern ausschließlich das Symptom behandelt wird. Die zugrunde liegende Erkrankung ist als Nebendiagnose-Kode anzugeben.

Beispiel 7

Ein Patient, bei dem drei Monate vorher ein großer, mehrere Bereiche überlappender maligner Gehirntumor diagnostiziert wurde, wird wegen rezidivierender Krampfanfälle aufgenommen. Es werden **nur die Krampfanfälle** behandelt.

Hauptdiagnose: R56.8 *Sonstige und nicht näher bezeichnete Krämpfe*
 Nebendiagnose(n): C71.8 *Bösartige Neubildung des Gehirns, mehrere Teilbereiche überlappend*

Tumorkachexie

Eine **Tumorkachexie** wird mit R64 *Kachexie* kodiert.

Rezidiv eines primären Malignoms

Sofern ein primäres Malignom, das bereits früher aus dem selben Organ oder Gewebe radikal entfernt wurde, rezidiert, ist es als primäres Malignom des angegebenen Gebietes zu verschlüsseln, d.h. ein Rezidiv ist wie ein Primärtumor zu kodieren.

Beispiel 8

Ein Patient wird nach zwei Jahren wegen eines Rezidivs eines voroperierten Magenkarzinoms im Corpus ventriculi stationär aufgenommen.

Hauptdiagnose: C16.2 *Bösartige Neubildung des Magens, Corpus ventriculi*

Ausgedehnte Exzision eines Tumorgebietes

Bei Aufnahmen zur ausgedehnten Exzision eines bereits früher entfernten Tumors ist der Code für den Tumor zuzuweisen, selbst wenn der histopathologische Befund keinen Hinweis auf einen Resttumor ergibt.

Malignomnachweis nur in der Biopsie

Wenn das Ergebnis einer Biopsie zur Diagnose eines Malignoms führt, sich aber im Operationsmaterial keine malignen Zellen finden, ist die ursprüngliche Diagnose, die aufgrund der Biopsie gestellt wurde, zu kodieren.

Optionale Kodes für die Morphologie

Nach § 301 SGB V ist die Übermittlung der Morphologiekodes an die Krankenkassen nicht vorgesehen. Die ICD-10-GM stellt die Morphologie-Schlüsselnummern für die optionale Erfassung im Rahmen von Spezialdokumentationen für Forschungszwecke bzw. zur Nutzung durch Tumorzentren und Onkologische Schwerpunkte zur Verfügung.

Weitere Hinweise finden sich zu Beginn des Abschnitts „Morphologie der Neubildungen“ in der ICD-10-GM.

0206a Benachbarte Gebiete

Bekannte Primärlokalisation

Sofern sich die Ausbreitung eines Tumors von einer **bekanntem** Primärlokalisation auf ein Nachbarorgan oder -gebiet (z.B. vom Darm auf die Blase oder vom Jejunum zum Ileum) fortsetzt, ist nur die Primärlokalisation zu kodieren. Die Ausbreitung im Nachbargebiet wird nicht verschlüsselt.

Beispiel 1

Eine Patientin mit einem Karzinom der Ektozervix, das auf die Vagina übergreift, wird zur Operation aufgenommen.

Hauptdiagnose: C53.1 *Bösartige Neubildung der Ektozervix*

Unbekannte Primärlokalisation

Eine Neubildung, die zwei oder mehr anatomisch-topographisch aneinandergrenzende Teilbereiche **innerhalb einer dreistelligen** ICD-Kategorie überlappt und deren Ursprungsort nicht bestimmt werden kann, ist entsprechend der Subkategorie .8 („mehrere Teilbereiche überlappend“) zu klassifizieren (s.a. ICD-10-GM Hinweise zu Kapitel II), vorausgesetzt, dass die Kombination nicht speziell an anderer Stelle aufgeführt ist, wie zum Beispiel C16.0 *Bösartige Neubildung der Kardia (Ösophagus und Magen)*.

Beispiel 2

Eine Patientin mit einem Karzinom der Endo- und Ektozervix wird zur Operation aufgenommen.

Hauptdiagnose: C53.8 *Bösartige Neubildung der Cervix uteri, mehrere Teilbereiche überlappend*

Die ICD-10-GM stellt für bestimmte bösartige Neubildungen, deren **Entstehungsort** nicht festgestellt werden kann und deren angegebene Lokalisation **zwei oder mehr dreistellige Kategorien** überlappt, eigene Kodes zur Verfügung.

Beispiel 3

Eine Patientin mit einem Karzinom der Zervix und der Vagina wird zur Strahlentherapie mehrtäglich aufgenommen. Der Entstehungsort des Malignoms konnte nicht festgestellt werden.

Hauptdiagnose: C57.8 *Bösartige Neubildung der weiblichen Genitalorgane, mehrere Teilbereiche überlappend*

Anmerkung: In diesem Fall liegt ein Karzinom der Zervix (C53.–) und ein Karzinom der Vagina (C52) vor. Da der **Entstehungsort** nicht festgestellt werden kann und die angegebene Lokalisation **zwei oder mehr dreistellige Kategorien** überlappt, ist

C57.8 *Bösartige Neubildung der weiblichen Genitalorgane, mehrere Teilbereiche überlappend* zuzuweisen.

Ungenau/nicht näher bezeichnete Lokalisationen

Für ein Malignom, dessen Ursprungsort unbekannt ist und das sich über benachbarte Gebiete erstreckt (mehrere Bereiche überlappt) und dessen Lokalisation ungenau bezeichnet oder **anderenorts nicht klassifiziert** ist, steht der Kode

C76.– *Bösartige Neubildungen sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisation*

zur Verfügung.

Anmerkung: Die Verwendung dieser Kategorie ist nur dann zulässig, wenn keine spezifische Information bezüglich der Art der Neubildung (z.B. bösartige Neubildung des Thorax) verfügbar ist.

0207a Bösartige Neubildungen an mehreren Lokalisationen

Der Kode

C97! *Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen*

ist nur in den Fällen – und dann **nur als Nebendiagnose** – zuzuweisen, in denen mehr als ein maligner Primärtumor die Definition der Hauptdiagnose erfüllt.

Beispiel 1

Eine Patientin wird bei ein und demselben Krankenhausaufenthalt sowohl wegen eines primären Melanoms am Bein als auch wegen eines Mammakarzinoms (oberer äußerer Quadrant) behandelt.

Hauptdiagnose: C50.4 *Bösartige Neubildung der Brustdrüse, oberer äußerer Quadrant*

Nebendiagnose(n): C43.7 *Bösartiges Melanom der unteren Extremität, einschließlich Hüfte*
C97! *Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen*

In diesem Fall ist entweder C43.7 oder C50.4 als Hauptdiagnosekode zuzuweisen. Der behandelnde Arzt entscheidet, welche Diagnose am besten der Hauptdiagnose-Definition entspricht (s.a. *Zwei oder mehr Diagnosen, die gleichermaßen der Definition der Hauptdiagnose entsprechen* in DKR D002d Hauptdiagnose (Seite 4)). C97! ist als Nebendiagnosekode hinzuzufügen.

0208c Remission bei malignen immunoproliferativen Erkrankungen und Leukämie**Die Kodes**

C88.– *Bösartige immunoproliferative Krankheiten,*

C90.– *Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen und*

C91–C95 *Leukämie*

stellen zur **Verschlüsselung des Remissionsstatus** an fünfter Stelle

0 *Ohne Angabe einer kompletten Remission* oder

1 *In kompletter Remission*

zur Verfügung.

Hierbei ist zu beachten:

.x0 Ohne Angabe einer kompletten Remission

Ohne Angabe einer Remission

In partieller Remission

ist zuzuweisen,

- wenn es sich um das erste Auftreten und die Erstdiagnose der Erkrankung handelt,

- wenn **keine** Remission vorliegt oder trotz eines Rückgangs der Krankheitserscheinungen die Erkrankung nach wie vor existiert (**partielle** Remission),

oder

- wenn der Remissionsstatus nicht bekannt ist

.x1 In kompletter Remission

ist zuzuweisen,

wenn es sich um eine **komplette** Remission handelt, d.h. **keine Anzeichen oder Symptome eines Malignoms nachweisbar** sind.

Zur Kodierung von bösartigen Neubildungen in der Eigenanamnese siehe DKR 0209d *Malignom in der Eigenanamnese*.

Für Leukämien mit einem Kode aus C91–C95, die auf eine Standard-Induktionstherapie refraktär sind, ist die zusätzliche Schlüsselnummer

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

anzugeben.

0209d Malignom in der Eigenanamnese**Bösartige Neubildung in der Eigenanamnese**

Ein „Anamnese-Kode“ wird dann zugewiesen, wenn man von einer definitiven Heilung ausgehen kann. Wann dies bei einem Patienten möglich ist, hängt von der jeweiligen Erkrankung ab. Da die Feststellung eigentlich nur retrospektiv möglich ist, wird die Unterscheidung eher „klinisch“ auf der Basis einer fortgesetzten Behandlung des Malignoms als nach einem festgelegten Zeitrahmen getroffen.

In Fällen, in denen die Behandlung des Malignoms endgültig abgeschlossen ist, ist ein Kode aus Z85.– *Bösartige Neubildung in der Eigenanamnese*

als **Nebendiagnose** zuzuweisen, sofern dies den Behandlungsaufwand beim aktuellen Aufenthalt erhöht (s.a. DKR D003d *Nebendiagnosen* (Seite 11)).

Sofern der Patient für einen gewissen Zeitraum keine Behandlung des primären Malignoms erhalten hat, anschließend aber ausgehend von dieser Primärlokalisation Metastasen entwickelt, **sind die Kodes aus Z85.– nicht zuzuweisen**.

Nachuntersuchungen bei Patienten mit Malignom in der Eigenanamnese

Kodes der Kategorie

Z08.– *Nachuntersuchung nach Behandlung wegen bösartiger Neubildung*

sind als **Hauptdiagnose** nur dann zuzuweisen, wenn ein Patient zur Nachuntersuchung eines Malignoms aufgenommen wurde und **kein Tumor mehr nachweisbar ist**. Als Nebendiagnose ist der passende Kode aus Kategorie Z85.– *Bösartige Neubildung in der Eigenanamnese* anzugeben.

Beispiel 1

Ein Patient wurde zur Verlaufsuntersuchung bei vorbestrahltem Blasenkarzinom (laterale Harnblasenwand) aufgenommen. Dabei fand sich eine Trabekulierung der Blase, aber kein Rezidiv des Malignoms.

Hauptdiagnose:	Z08.1	<i>Nachuntersuchung nach Strahlentherapie wegen bösartiger Neubildung</i>
Nebendiagnose(n):	Z85.5 N32.8	<i>Bösartige Neubildung der Harnorgane in der Eigenanamnese Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Harnblase</i>
Prozedur(en):	1-661	<i>Diagnostische Urethrozystoskopie</i>

Sofern der Rest eines Blasenkarzinoms existiert, ist das primäre Malignom als Hauptdiagnose zu kodieren.

Beispiel 2

Ein Patient wurde zur Verlaufsuntersuchung bei vorbestrahltem Blasenkarzinom (laterale Harnblasenwand) aufgenommen. Dabei fand sich ein Rezidiv des Malignoms im Rahmen einer Kontrollzystoskopie.

Hauptdiagnose:	C67.2	<i>Bösartige Neubildung der Harnblase, laterale Harnblasenwand</i>
Nebendiagnose(n):	Z08.1	<i>Nachuntersuchung nach Strahlentherapie wegen bösartiger Neubildung</i>
Prozedur(en):	1-661	<i>Diagnostische Urethrozystoskopie</i>

0211d Chemotherapie bei Neubildungen

Diese Richtlinie bezieht sich nur auf Chemotherapie zur Behandlung von Neubildungen, unabhängig von der Applikationsform.

Diagnosen

Bei Patienten, die **zur Chemotherapie** aufgenommen werden, **ist als Hauptdiagnose das Malignom zu kodieren**, das mit der Chemotherapie behandelt wird.

War der Aufnahmegrund weder die maligne Erkrankung noch die Chemotherapie, so ist die Hauptdiagnose gemäß DKR D002d *Hauptdiagnose* (Seite 4) zu wählen.

Der Kode Z51.1 *Chemotherapiesitzung wegen bösartiger Neubildung* ist **nicht** zu kodieren.

Prozeduren

Die Anwendung von Chemotherapie ist mit den entsprechenden Kodes aus

8-54 *Zytostatische Chemotherapie*

zu verschlüsseln.

Beispiel 1

Ein Patient mit Prostatakarzinom wird zur Tages-Chemotherapie aufgenommen. Es wird eine nicht komplexe Chemotherapie durchgeführt. Die Entlassung erfolgt am selben Tag.

Hauptdiagnose:	C61	<i>Bösartige Neubildung der Prostata</i>
Prozedur(en):	8-542	<i>Zytostatische Chemotherapie, nicht komplexe Chemotherapie</i>

Kombinierte Strahlen- und Chemotherapie**Diagnosen**

Als Hauptdiagnose bei Patienten, die zur **kombinierten Strahlen- und Chemotherapie** aufgenommen werden, ist das **Malignom** zu verschlüsseln.

Der Kode

Z51.82 *Kombinierte Strahlen- und Chemotherapiesitzung wegen bösartiger Neubildung* ist **nicht** anzugeben.

Prozeduren

Für die durchgeführten Maßnahmen ist/sind der/die passende(n) Kode(s) aus

8-52 *Strahlentherapie*

oder

8-53 *Nuklearmedizinische Therapie*

anzugeben, und zwar so oft, wie diese Prozeduren während des Aufenthaltes durchgeführt wurden, sowie der zutreffende Kode aus

8-54 *Zytostatische Chemotherapie*.

Zur Chemotherapie **bei Kaposi-Sarkom** s.a. „Chemotherapie bei HIV-Krankheit (AIDS)“ in DKR 0101d *HIV/AIDS* (Seite 59).

0212d Instillation von zytotoxischen Materialien in die Harnblase**Diagnosen**

Bei Patienten, die zur Instillation von Zytostatika oder BCG (Bacillus Calmette-Guérin) in die Blase aufgenommen werden, ist die zu behandelnde Neubildung als Hauptdiagnose zu verschlüsseln (s.a. DKR 0211d *Chemotherapie bei Neubildungen* (Seite 72)).

Der Kode Z51.1 *Chemotherapiesitzung wegen bösartiger Neubildung* ist **nicht** zuzuweisen.

Prozeduren

Der Prozedurenkode

8-541.4 *Instillation von zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren in die Harnblase* ist einmal pro Krankenhausaufenthalt zuzuweisen.

0213d Strahlentherapie**Diagnosen**

Bei Patienten, die zur **Strahlentherapie** aufgenommen werden, ist als **Hauptdiagnose das Malignom zu kodieren**, das mit der Strahlentherapie behandelt wird.

War der Aufnahmegrund weder die maligne Erkrankung noch die Strahlentherapie, so ist die Hauptdiagnose gemäß DKR D002d *Hauptdiagnose* (Seite 4) zu wählen.

Der Kode Z51.0 *Strahlentherapie-Sitzung* ist **nicht** zu kodieren.

Prozeduren

Für die durchgeführte(n) Maßnahme(n) ist/sind der/die entsprechende(n) Kode(s) für Strahlentherapie aus

8-52 *Strahlentherapie*

oder

8-53 *Nuklearmedizinische Therapie*

zuzuweisen, und zwar so oft, wie diese Prozeduren während des Aufenthalts durchgeführt wurden.

0214d Lymphangiosis carcinomatosa

Eine Lymphangiosis carcinomatosa wird analog einer Metastasierung (s.a. DKR 0201d *Auswahl und Reihenfolge der Codes* (Seite 65)) kodiert.

Die Lymphangiosis carcinomatosa z.B. der Pleura wird mit

C78.2 *Sekundäre bösartige Neubildung der Pleura*

verschlüsselt.

0215d Lymphom

Lymphomen, die als „extranodal“ ausgewiesen werden oder die sich in einem anderen Gebiet als den Lymphdrüsen befinden (z.B. das MALT-Lymphom des Magens), ist der entsprechende Kode aus den **Kategorien** C81 bis C88 zuzuweisen.

Ein Lymphom wird, unabhängig von der Anzahl der betroffenen Gebiete, nicht als metastatisch betrachtet.

Bei Lymphomen sind die folgenden Codes nicht zuzuordnen:

C77.– *Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten*

C78.– *Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane*

C79.0 *Sekundäre bösartige Neubildung der Niere und des Nierenbeckens*

C79.1 *Sekundäre bösartige Neubildung der Harnblase sowie sonstiger und nicht näher bezeichneter Harnorgane*

C79.2 *Sekundäre bösartige Neubildung der Haut*

C79.3 *Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute*

C79.4 *Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Nervensystems*

C79.6 *Sekundäre bösartige Neubildung des Ovars*

C79.7 *Sekundäre bösartige Neubildung der Nebenniere*

C79.8- *Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger näher bezeichneter Lokalisationen*

Für die Verschlüsselung einer Knochenbeteiligung bei malignen Lymphomen ist

C79.5 *Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes*
Inkl.: Knochen(mark)herde bei malignen Lymphomen

anzugeben.

3 KRANKHEITEN DES BLUTES UND DER BLUT- BILDENDEN ORGANE SOWIE BESTIMMTE STÖRUNGEN MIT BETEILIGUNG DES IMMUNSYSTEMS

Kapitel 3 derzeit nicht besetzt.

|

4 ENDOKRINE, ERNÄHRUNGS- UND STOFFWECHSELKRANKHEITEN

0401d Diabetes mellitus

Typen des Diabetes mellitus

Es gibt verschiedene Typen des Diabetes mellitus, die in der ICD-10-GM wie folgt klassifiziert sind:

- E10.– *Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-1-Diabetes)*
- E11.– *Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-2-Diabetes)*
- E12.– *Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung (Malnutrition)*
- E13.– *Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus*
- E14.– *Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus*
- O24.0 bis O24.3 *Diabetes mellitus in der Schwangerschaft, vorher bestehend*
- O24.4 *Gestationsdiabetes*
- P70.0 *Syndrom des Kindes einer Mutter mit gestationsbedingtem Diabetes mellitus*
- P70.1 *Syndrom des Kindes einer diabetischen Mutter*
- P70.2 *Diabetes mellitus beim Neugeborenen*
- R73.0 *Abnormer Glukosetoleranztest*

Anmerkung: Die Behandlung mit Insulin bestimmt **nicht** den Diabetes-Typ und ist kein Nachweis einer Insulinabhängigkeit.

Die Kategorien E10–E14

verschlüsseln an **4. Stelle** mögliche Komplikationen (z.B. Koma, Nierenkomplikationen).

An **5. Stelle** steht

- 0 für *nicht als entgleist bezeichneten* Diabetes mellitus **oder**
- 1 für *als entgleist bezeichneten* Diabetes mellitus.

Dabei ist zu beachten, dass nicht alle Kombinationen der jeweiligen 4-stelligen Codes mit den 5. Stellen medizinisch sinnvoll sind.

Diabetes mellitus durch Fehl- oder Mangelernährung

Diabetes mellitus durch Mangelernährung kommt überwiegend bei Patienten aus Entwicklungsländern vor. Er tritt mit oder ohne offensichtliche Merkmale einer Pankreaserkrankung auf und ist im Wesentlichen eine klinische Diagnose. Ein Diabetes mellitus im Rahmen eines metabolischen Syndroms ist hierunter nicht zu verschlüsseln.

Diabetes mellitus nach medizinischen Maßnahmen

Bei Vorliegen eines Diabetes mellitus nach medizinischen Maßnahmen ist zunächst ein Kode aus

- E13.– *Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus*
Inkl.: *Pankreopriver Diabetes mellitus*

gefolgt von dem Kode

- E89.1 *Hypoinsulinämie nach medizinischen Maßnahmen*

zu verschlüsseln.

Entgleister Diabetes mellitus

Weder bei Diabetes mellitus Typ 1 noch bei Diabetes mellitus Typ 2 ist der Blutzuckerspiegel zum Zeitpunkt der Aufnahme als Kontrollindikator für die Diagnose „entgleister Diabetes mellitus“ zu nehmen. Die Einstufung als „entgleist“ oder „nicht entgleist“ wird generell in Kenntnis des gesamten Behandlungsverlaufs vorgenommen (retrospektiv). Der Begriff „entgleist“ bezieht sich dabei auf die Stoffwechsellage.

Beispiel 1

Ein Patient mit Diabetes mellitus Typ 1 wird wegen einer schweren Entgleisung der Stoffwechsellage stationär aufgenommen. Es bestehen keine Komplikationen.

Hauptdiagnose:	E10.91	<i>Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] ohne Komplikationen, als entgleist bezeichnet</i>
Nebendiagnose(n):	keine	

Hauptdiagnose Diabetes mellitus mit Komplikationen

Liegt eine Form des Diabetes mellitus vor, die mit einem Kode aus E10.– bis E14.– verschlüsselt wird, und bestehen Komplikationen des Diabetes, so ist für die korrekte Verschlüsselung zunächst festzustellen, ob

- die **Behandlung der Grunderkrankung Diabetes mellitus** oder
- die **Behandlung einer oder mehrerer Komplikationen**

hauptsächlich die stationäre Aufnahme veranlasst hat. Des Weiteren ist für die Kodierung von Bedeutung, **wie viele Komplikationen** des Diabetes mellitus vorliegen, und ob diese die **Nebendiagnosendefinition** erfüllen.

Sofern die Grunderkrankung Diabetes mellitus behandelt wird und nur eine Komplikation (Manifestation) des Diabetes mellitus vorliegt, ist E10–E14, vierte Stelle „6“ zu kodieren (siehe Beispiel 2) (Siehe anders lautende Regelung zur Nebendiagnose auf Seite 83.). Außerdem ist ein Kode für die Manifestation anzugeben, sofern diese die Nebendiagnosendefinition erfüllt (siehe Beispiel 3).

Beispiel 2

Ein Patient mit Diabetes mellitus Typ 1 wird wegen einer schweren Entgleisung der Stoffwechsellage stationär aufgenommen. Anamnestisch ist als einzige Komplikation eine diabetische Retinopathie bekannt, die keinen Behandlungsaufwand zur Folge hat.

Hauptdiagnose: E10.61 *Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen, als entgleist bezeichnet*
 Nebendiagnose(n): keine

Durch diese Kodierung wird angezeigt, dass eine bekannte, nicht behandlungsbedürftige Komplikation (Manifestation) des Diabetes mellitus vorliegt, die die Kriterien der Nebendiagnosendefinition nicht erfüllt und somit nicht gesondert kodiert wird.

Beispiel 3

Ein Patient mit Diabetes mellitus Typ 1 wird wegen einer schweren Entgleisung der Stoffwechsellage stationär aufgenommen. Zusätzlich besteht als einzige Komplikation eine diabetische Nephropathie, die ebenfalls behandelt wird.

Hauptdiagnose: E10.61† *Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen, als entgleist bezeichnet*
 Nebendiagnose(n): N08.3* *Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus*

Anmerkung: Der Kode E10.61 gilt hier als „Ätiologiekode“ für den Stern-Kode N08.3* (Manifestation) und ist daher mit einem † zu kennzeichnen.

Hinweis: In diesem Fall wird für die 4. Stelle des Diabetes-Kodes „6“ gewählt, um durch diese Kodierung die Behandlung eines entgleisten Diabetes mellitus von der Behandlung einer Komplikation (Manifestation) zu unterscheiden (siehe auch Beispiel 6) und um dadurch eine sachgerechte Eingruppierung im DRG-System zu erreichen. Diese Kodieranweisung stellt somit eine **Ausnahme zu den Regeln der ICD-10** zur Verschlüsselung des Diabetes mellitus dar.

Sofern die Grunderkrankung Diabetes mellitus behandelt wird und multiple Komplikationen (Manifestationen) des Diabetes mellitus vorliegen, ohne dass die Behandlung einer Manifestation im Vordergrund steht, ist E10–14, vierte Stelle „7“ zu kodieren. Außerdem sind die Codes für die einzelnen Manifestationen anzugeben, sofern diese der Nebendiagnosendefinition entsprechen.

Beispiel 4

Ein Patient mit Diabetes mellitus Typ 1 mit multiplen Komplikationen in Form einer Atherosklerose der Extremitätenarterien, einer Retinopathie und einer Nephropathie wird wegen einer schweren Entgleisung der Stoffwechsellage aufgenommen. Alle vorliegenden Komplikationen werden ebenfalls behandelt.

Hauptdiagnose: E10.71† *Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] mit multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet*
 Nebendiagnose(n): I79.2* *Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten*
 H36.0* *Retinopathia diabetica*
 N08.3* *Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus*

Anmerkung: Der Kode E10.71 gilt hier als „Ätiologiekode“ und ist daher mit einem † zu kennzeichnen. Dieser „Ätiologiekode“ gilt für alle folgenden Stern-Kodes (Manifestationen) bis zum Auftreten eines neuen Kreuz-Kodes oder eines Kodes ohne Kennzeichen. Somit ist mit E10.71† die Ätiologie der Manifestationen I79.2*, H36.0* und N08.3* kodiert.

Sofern Komplikationen (Manifestationen) des Diabetes mellitus vorliegen und die Behandlung **einer Manifestation** im Vordergrund steht, ist E10–E14, vierte Stelle entsprechend dieser Manifestation, zu kodieren gefolgt vom entsprechenden Code für diese Manifestation. Die Codes für die weiteren Manifestationen sind anzugeben, sofern sie der Nebendiagnosendefinition entsprechen.

Beispiel 5

Ein Patient mit Diabetes mellitus Typ 1 mit peripheren vaskulären Komplikationen in Form einer Atherosklerose der Extremitätenarterien mit Ruheschmerz wird zur Bypass-Operation (alloplastisch) aufgenommen. Zusätzlich besteht eine Retinopathie mit erheblicher Einschränkung des Sehvermögens.

Hauptdiagnose:	E10.50†	<i>Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] mit peripheren vaskulären Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet</i>
Nebendiagnose(n):	I79.2*	<i>Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten</i>
	I70.22	<i>Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerzen</i>
	E10.30†	<i>Diabetes mellitus mit Augenkomplikationen, nicht als entgleist bezeichnet</i>
	H36.0*	<i>Retinopathia diabetica</i>
Prozedur(en):	5-393.42	<i>Anlegen eines iliofemorale Bypass</i>
	5-930.4	<i>Alloplastisches Transplantat</i>

Hinweis: Der Code I70.22 *Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerzen* dient in diesem Beispiel zur näheren Spezifizierung der durch das Kreuz-Stern-System beschriebenen Diagnose. Er ist nicht als Hauptdiagnose anzugeben. Der Prozedurenkode 5-930.4 *Alloplastisches Transplantat* wird hier zusätzlich angegeben, um die Art des Transplantates näher zu spezifizieren.

Sofern multiple Komplikationen (Manifestationen) des Diabetes mellitus vorliegen und die Behandlung **mehrerer Manifestationen** im Vordergrund steht, ist entsprechend der Regelung zu „zwei oder mehr Diagnosen, die gleichermaßen der Definition der Hauptdiagnose entsprechen“ in der DKR D002d *Hauptdiagnose* (Seite 4) zu verfahren. Somit ist die vierte Stelle des Codes aus E10–E14 entsprechend der Manifestation zu wählen, die vom behandelnden Arzt als die am besten der Hauptdiagnosendefinition entsprechende ausgewählt wurde. Zudem ist der entsprechende Code für diese Manifestation anzugeben. Die Codes für die weiteren Manifestationen sind anzugeben, sofern sie der Nebendiagnosendefinition entsprechen.

Diabetes mellitus als Nebendiagnose

Wenn die stationäre Aufnahme **aus einem anderen Grund als dem Diabetes mellitus** erfolgt ist, so ist für die korrekte Verschlüsselung von Bedeutung,

- ob der Diabetes mellitus die Nebendiagnosendefinition erfüllt,
- ob Komplikationen des Diabetes mellitus vorliegen und
- ob diese die Nebendiagnosendefinition erfüllen.

Wenn der Diabetes mellitus die Nebendiagnosendefinition erfüllt, so ist dieser zu kodieren. Liegen Komplikationen (Manifestationen) vor, ist bei einem Code aus E10–E14 die vierte Stelle entsprechend der Manifestation(en) zu verschlüsseln. Außerdem sind die Manifestation(en) anzugeben, sofern diese die Nebendiagnosendefinition erfüllen.

Abweichend von den Regelungen zur Hauptdiagnose Diabetes mellitus ist jedoch

- nicht .6 als vierte Stelle zu erfassen, wenn ein spezifischerer Code für eine einzelne Komplikation gewählt werden kann, bzw.
- bei multiplen Komplikationen stets mit vierter Stelle .7 zu kodieren.

Beispiel 6

Ein Patient wird wegen einer geschlossenen Humeruskopffraktur ohne Weichteilschaden stationär aufgenommen. Zudem besteht ein Diabetes mellitus Typ 2, der diätetisch und medikamentös behandelt wird. Als einzige Komplikation liegt eine diabetische Nephropathie vor, die keinen Behandlungsaufwand zur Folge hat.

Hauptdiagnose:	S42.21	<i>Fraktur des proximalen Ende des Humerus: Kopf</i>
Nebendiagnose(n):	E11.20	<i>Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] mit Nierenkomplikationen, nicht als entgleist bezeichnet</i>

Spezifische Komplikationen des Diabetes mellitus

Generell sind bezüglich der Kodierung von Komplikationen des Diabetes mellitus die vorhergehenden Absätze zu beachten.

Akute metabolische Komplikationen

Ein Diabetes mellitus mit (**Keto-)**Azidose ist mit E10–E14, vierte Stelle „.1“ zu verschlüsseln. In wenigen Fällen diabetischer Azidose können Ketoazidose und Laktatazidose bei dem gleichen Patienten beobachtet werden. In diesen Fällen ist zu kodieren:

E10–E14, vierte Stelle „.7“ („mit multiplen Komplikationen“).

Nierenkomplikationen

Nierenerkrankungen, die in kausalem Zusammenhang mit Diabetes mellitus stehen, sind als „Diabetes mellitus mit Nierenkomplikationen“

E10†–E14†, vierte Stelle „.2“

zu verschlüsseln. Außerdem ist ein Code für die spezifische Manifestation anzugeben, sofern diese der Nebendiagnosendefinition entspricht. Dies ist für die nachfolgenden Beispiele zu beachten.

Beispiel 7

Ein Patient kommt zur Behandlung einer diabetischen Nephropathie.

Hauptdiagnose:	E10.20†	<i>Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] mit Nierenkomplikationen, nicht als entgleist bezeichnet</i>
Nebendiagnose(n):	N08.3*	<i>Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus</i>

Beispiel 8

Ein Patient wird zur Behandlung einer terminalen Niereninsuffizienz aufgrund einer diabetischen Nephropathie aufgenommen.

Hauptdiagnose: E10.20† *Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] mit Nierenkomplikationen, nicht als entgleist bezeichnet*

Nebendiagnose(n): N08.3* *Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus*
N18.0 *Terminale Niereninsuffizienz*

Hinweis: Der Kode N18.0 *Terminale Niereninsuffizienz* dient in diesem Beispiel zur näheren Spezifizierung der durch das Kreuz-Stern-System beschriebenen Diagnose. Er ist nicht als Hauptdiagnose anzugeben.

Diabetische Augenerkrankungen

Augenerkrankungen, die in kausalem Zusammenhang mit Diabetes mellitus stehen, sind als „Diabetes mellitus mit Augenkomplikationen“

E10†–E14†, vierte Stelle „,3“

zu verschlüsseln. Außerdem ist ein Kode für die spezifische Manifestation anzugeben, sofern diese der Nebendiagnosendefinition entspricht. Dies ist für die nachfolgenden Beispiele zu beachten.

Diabetische Retinopathie

E10†–E14†, vierte Stelle „,3“ *Diabetes mellitus mit Augenkomplikationen*
H36.0* *Retinopathia diabetica*

Eine diabetische Retinopathie **mit Retina-(Makula-)Ödem** ist wie folgt zu kodieren:

E10†–E14†, vierte Stelle „,3“ *Diabetes mellitus mit Augenkomplikationen*
H36.0* *Retinopathia diabetica*
H35.8 *Sonstige näher bezeichnete Affektionen der Netzhaut*

Wenn die diabetische Augenerkrankung eine Erblindung oder geringes Sehvermögen zur Folge hat, wird zusätzlich ein Kode der Kategorie

H54.– *Blindheit und Sehschwäche*
zugewiesen.

Katarakt

Eine **diabetische Katarakt** wird nur dann kodiert, wenn ein kausaler Zusammenhang zwischen der Katarakt und dem Diabetes mellitus besteht:

E10†–E14†, vierte Stelle „,3“ *Diabetes mellitus mit Augenkomplikationen*
H28.0* *Diabetische Katarakt*

Wenn kein kausaler Zusammenhang besteht, sind Katarakte bei Diabetikern wie folgt zu kodieren:

der zutreffende Kode aus H25.– *Cataracta senilis* oder H26.– *Sonstige Kataraktformen* sowie die entsprechenden Codes aus E10–E14 *Diabetes mellitus*.

Neuropathie und Diabetes mellitus

Neurologische Erkrankungen, die in kausalem Zusammenhang mit Diabetes mellitus stehen, sind als „Diabetes mellitus mit neurologischen Komplikationen“

E10†–E14†, vierte Stelle „,4“

zu verschlüsseln. Außerdem ist ein Kode für die spezifische Manifestation anzugeben, sofern diese der Nebendiagnosendefinition entspricht. Dies ist für die nachfolgenden Beispiele zu beachten.

Diabetische Mononeuropathie

E10†–E14†, vierte Stelle „,4“ *Diabetes mellitus mit neurologischen Komplikationen*
G59.0* *Diabetische Mononeuropathie*

Diabetische Amyotrophie

E10†–E14†, vierte Stelle „,4“ *Diabetes mellitus mit neurologischen Komplikationen*
G73.0* *Myastheniesyndrome bei endokrinen Krankheiten*

Diabetische Polyneuropathie

E10†–E14†, vierte Stelle „,4“ *Diabetes mellitus mit neurologischen Komplikationen*
G63.2* *Diabetische Polyneuropathie*

Periphere vaskuläre Erkrankung und Diabetes mellitus

Periphere vaskuläre Erkrankungen, die in kausalem Zusammenhang mit Diabetes mellitus stehen, sind als „Diabetes mellitus mit peripheren vaskulären Komplikationen“

E10†–E14†, vierte Stelle „,5“

zu verschlüsseln. Außerdem ist ein Kode für die spezifische Manifestation anzugeben, sofern diese der Nebendiagnosendefinition entspricht. Dies ist für das nachfolgende Beispiel zu beachten (Siehe hierzu auch Beispiel 5).

Diabetes mellitus mit peripherer Angiopathie

E10†–E14†, vierte Stelle „,5“ *Diabetes mellitus mit peripheren vaskulären Komplikationen*
I79.2* *Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten*

Diabetisches Fußsyndrom

Die Diagnose „Diabetischer Fuß“ wird kodiert mit

E10–E14, **vierte Stelle „,7“** *Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen.*

Die Codes für die vorhandenen Manifestationen, z.B.

G63.2* *Diabetische Polyneuropathie,*

I79.2* *Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten*

sind **danach anzugeben**. Alle vorliegenden Manifestationen und Komplikationen sind zu kodieren, wenn sie der Definition einer Nebendiagnose entsprechen.

Die folgende Liste gibt eine Auswahl von Diagnosen wieder, die zum klinischen Bild des „diabetischen Fuß“ gehören können:

1. Infektion und/oder Ulcus

<i>Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten</i>	L02.4
<i>Phlegmone an Zehen</i>	L03.02
<i>Phlegmone an der unteren Extremität</i>	L03.11

Hinweis: Die folgenden Viersteller zu L89.– Dekubitalgeschwür verschlüsseln an 5. Stelle die Lokalisation der Druckstellen (siehe ICD-10-GM).

<i>Dekubitus 1. Grades</i>	L89.1-
<i>Dekubitus 2. Grades</i>	L89.2-
<i>Dekubitus 3. Grades</i>	L89.3-
<i>Dekubitus 4. Grades</i>	L89.4-
<i>Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet</i>	L89.9-

<i>Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert</i>	L97
--	-----

2. Periphere vaskuläre Erkrankung

<i>Atherosklerose der Extremitätenarterien, sonstige und nicht näher bezeichnet</i>	I70.20
<i>Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz</i>	I70.21
<i>Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerzen</i>	I70.22
<i>Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration</i>	I70.23
<i>Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Gangrän</i>	I70.24

3. Periphere Neuropathie

<i>Diabetische Polyneuropathie</i>	G63.2*
<i>Autonome Neuropathie bei endokrinen und Stoffwechselkrankheiten</i>	G99.0*

4. Deformitäten

<i>Hallux valgus (erworben)</i>	M20.1
<i>Hallux rigidus</i>	M20.2
<i>Sonstige Deformität der Großzehe (erworben)</i>	M20.3
<i>Sonstige Hammerzehe(n) (erworben)</i>	M20.4
<i>Sonstige Deformitäten der Zehen (erworben)</i>	M20.5
<i>Flexionsdeformität, Knöchel und Fuß</i>	M21.27
<i>Hängefuß (erworben), Knöchel und Fuß</i>	M21.37
<i>Plattfuß [Pes planus] (erworben)</i>	M21.4
<i>Erworbener Klauenfuß und Klumpfuß, Knöchel und Fuß</i>	M21.57
<i>Sonstige erworbene Deformitäten des Knöchels und des Fußes</i>	M21.67
<i>Sonstige näher bezeichnete erworbene Deformitäten der Extremitäten, des Knöchels und des Fußes</i>	M21.87

5. Frühere Amputation(en)

<i>Verlust des Fußes und des Knöchels, einseitig Zehe(n), auch beidseitig</i>	Z89.4
<i>Verlust der unteren Extremität unterhalb oder bis zum Knie, einseitig</i>	Z89.5
<i>Verlust der unteren Extremität oberhalb des Knies, einseitig</i>	Z89.6
<i>(Teilweiser) Verlust der unteren Extremität, beidseitig Exkl.: Isolierter Verlust der Zehen, beidseitig (Z98.4)</i>	Z89.7

Beispiel 9

Ein Patient mit entgleistem Diabetes mellitus Typ 1 wird zur Behandlung eines Diabetischen Fußsyndroms mit gemischtem Ulkus der Zehe (bei Angiopathie und Neuropathie) und Erysipel am Unterschenkel aufgenommen.

Hauptdiagnose:	E10.71†	<i>Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] mit multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet</i>
Nebendiagnose(n):	G63.2*	<i>Diabetische Polyneuropathie</i>
	I79.2*	<i>Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten</i>
	I70.23	<i>Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration</i>
	A46	<i>Erysipel [Wundrose]</i>

Hinweis: Der Kode I70.23 *Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration* dient in diesem Beispiel zur näheren Spezifizierung der durch das Kreuz-Stern-System beschriebenen Diagnose. Er ist nicht als Hauptdiagnose anzugeben.

Metabolisches Syndrom

Bei Vorliegen eines „metabolischen Syndroms“ sind die vorliegenden Komponenten des Syndroms einzeln zu kodieren (s.a. DKR D004d *Syndrome* (Seite 13)).

Störungen der inneren Sekretion des Pankreas

Die Codes

E16.0	<i>Arzneimittelinduzierte Hypoglykämie ohne Koma</i>
E16.1	<i>Sonstige Hypoglykämie</i>
E16.2	<i>Hypoglykämie, nicht näher bezeichnet</i>
E16.8	<i>Sonstige näher bezeichnete Störungen der inneren Sekretion des Pankreas</i>
E16.9	<i>Störungen der inneren Sekretion des Pankreas, nicht näher bezeichnet</i>

sind bei **Diabetikern** nicht als Hauptdiagnose zu verschlüsseln.

0403d Zystische Fibrose

Bei einem Patienten mit Zystischer Fibrose ist unabhängig davon, aufgrund welcher Manifestation dieser Erkrankung er aufgenommen wird, eine Schlüsselnummer aus

E84.– *Zystische Fibrose*

als **Hauptdiagnose** zuzuordnen. Die spezifische(n) Manifestation(en) ist/sind immer als Nebendiagnose(n) zu verschlüsseln.

Es ist zu beachten, dass in Fällen mit kombinierten Manifestationen der passende Kode aus

E84.8- *Zystische Fibrose mit sonstigen Manifestationen*

zu verwenden ist:

E84.80 *Zystische Fibrose mit Lungen- und Darm-Manifestation*

E84.87 *Zystische Fibrose mit sonstigen multiplen Manifestationen*

E84.88 *Zystische Fibrose mit sonstigen Manifestationen*

Beispiel 1

Ein Patient mit Mukoviszidose und Haemophilus influenzae-Infektion wird zur Behandlung einer Bronchitis aufgenommen.

Hauptdiagnose: E84.0 *Zystische Fibrose mit Lungenmanifestationen*

Nebendiagnose(n): J20.1 *Akute Bronchitis durch Haemophilus influenzae*

E84.80 *Zystische Fibrose mit Lungen- und Darm-Manifestation* **wird nicht angegeben**, wenn die Behandlung der Darm-Manifestation im Vordergrund steht und die stationäre Aufnahme z.B. speziell zur Operation einer mit der Darm-Manifestation in Zusammenhang stehenden Komplikation erfolgt ist. In diesen Fällen ist

E84.1 *Zystische Fibrose mit Darmmanifestationen*

als Hauptdiagnose zuzuweisen, als Nebendiagnose wird zusätzlich E84.0 *Zystische Fibrose mit Lungenmanifestationen* kodiert. Diese Kodieranweisung stellt somit eine **Ausnahme** zu den Regeln der ICD-10 zur Verschlüsselung der Zystischen Fibrose mit kombinierten Manifestationen dar.

Bei Krankenhausaufenthalten, die **nicht die Zystische Fibrose betreffen**, wird die Erkrankung (z.B. Fraktur) als Hauptdiagnose und ein Kode aus E84.– *Zystische Fibrose* als Nebendiagnose verschlüsselt.

5 PSYCHISCHE UND VERHALTENSSTÖRUNGEN

0501d Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Drogen, Medikamente, Alkohol und Nikotin)

Allgemeine Hinweise

Die allgemeinen Hinweise zu den Kategorien F10-F19 in der ICD-10-GM sind zu beachten.

Beschreibungen wie „Gesellschaftstrinker“ oder „starker Trinker“ sind nicht zu kodieren.

Wenn mehr als eine vierte Stelle aus F10–F19 kodierbar ist (z.B. „akute Intoxikation [akuter Rausch]“, „Abhängigkeit“ oder „psychotische Störung“), so sind alle kombinierbaren Codes zuzuweisen (siehe Beispiel 1).

Nehmen Patienten (verordnete oder nicht verordnete) Medikamente in einer Überdosierung zu sich, so werden die Kategorien F10–F19 nicht zur Verschlüsselung verwendet. Fälle von Überdosierung sind mit dem entsprechenden Vergiftungs-Kode aus der Liste der Medikamente und Chemikalien (Kapitel XIX) zu kodieren.

Akute Intoxikation [akuter Rausch]

Im Fall einer akuten Intoxikation (eines akuten Rausches) wird der zutreffende Code aus F10–F19 - vierte Stelle „0“ zugewiesen, gegebenenfalls - **zusammen** mit einem weiteren vierstelligen Code aus F10–F19 (siehe Beispiel 1). Sofern die akute Intoxikation (der akute Rausch) der Aufnahmegrund ist, ist sie (er) als Hauptdiagnose zu kodieren.

Beispiel 1

Ein Patient wird wegen eines akuten Rausches neben bestehendem Alkoholabhängigkeits-Syndrom aufgenommen.

Hauptdiagnose: F10.0 *Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, akute Intoxikation [akuter Rausch]*

Nebendiagnose(n): F10.2 *Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom*

Schädlicher Gebrauch

An vierter Stelle ist eine „1“ zuzuweisen, wenn ein Zusammenhang zwischen einer bestimmten Krankheit/Krankheiten und Alkohol-/Drogenabusus besteht. Das ist beispielsweise der Fall, wenn Diagnosen durch Aussagen wie „alkoholinduziert“ oder „drogenbezogen“ näher bezeichnet sind.

Beispiel 2

Bei einem Patienten wird eine alkoholbezogene akute Pankreatitis ohne Organkomplikationen diagnostiziert.

Hauptdiagnose: K85.0 *Akute Pankreatitis ohne Organkomplikationen*

Nebendiagnose(n): F10.1 *Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, schädlicher Gebrauch*

Bei der oben genannten Definition ist zu beachten, dass eine vierte Stelle mit „1“ **nicht** zugewiesen wird, wenn eine spezifische drogen-/alkoholbezogene Krankheit existiert, insbesondere ein Abhängigkeitssyndrom oder eine psychotische Störung.

0502a Nikotinabhängigkeit

Die Schlüsselnummer

F17.2 *Psychische und Verhaltensstörung durch Tabak, Abhängigkeitssyndrom*

ist dann zuzuordnen, wenn bei einem Patienten ein „Nikotinabhängigkeits-Syndrom“ vorliegt und diese Diagnose die Definition einer Nebendiagnose (DKR D003d *Nebendiagnosen* (Seite 11)) erfüllt.

Beispiel 1

Ein Patient wird zur Crossektomie bei Varizen am Bein aufgenommen. Der Patient leidet außerdem an einer chronischen Obstruktion der Atemwege und hat ein Nikotinabhängigkeits-Syndrom. Die Abhängigkeit zeigt sich während des Aufenthaltes unter anderem in einem starken Verlangen zu rauchen und fortgesetztem Rauchen, obwohl er aufgefordert wurde, zur Unterstützung der Behandlung nicht zu rauchen.

Hauptdiagnose: I83.9 *Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung*

Nebendiagnose(n): J44.99 *Chronisch obstruktive Lungenerkrankung, nicht näher bezeichnet, FEV₁ nicht näher bezeichnet*

F17.2 *Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak, Abhängigkeitssyndrom*

Prozedur(en): 5-385.70 *Crossektomie und Stripping: V. saphena magna*

0504a Panikattacken mit Phobie

Sowohl die Panikattacken (F41.0 *Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]*) als auch die Phobie sind zu kodieren, mit der Angabe der Phobie (F40.–) an erster Stelle.

Anmerkung: Diese Richtlinie schließt die Kategorie F40.0- *Agoraphobie* aus, die an fünfter Stelle des Codes einmal „mit Panikstörung“ (F40.01 *Agoraphobie mit Panikstörung*) und „ohne Angabe einer Panikstörung“ (F40.00 *Agoraphobie ohne Angabe einer Panikstörung*) näher bezeichnet wird. Allen anderen Phobien mit Panikattacken sind, wie oben beschrieben, zwei Codes zuzuweisen.

6 KRANKHEITEN DES NERVENSYSTEMS

0601d Schlaganfall

1. Akuter Schlaganfall

„Schlaganfall“ ist ein unspezifischer Begriff. Es sollte möglichst spezifisch kodiert werden, zum Beispiel mit Codes aus

Subarachnoidalblutung (I60.–),

Intrazerebrale Blutung (I61.–) oder

Hirinfarkt (I63.–).

Solange der Patient eine **fortgesetzte** Behandlung des akuten Schlaganfalls und der unmittelbaren Folgen (Defizite) erhält, ist ein Kode aus den Kategorien I60–I64 (Zerebrovaskuläre Krankheiten) mit den jeweils passenden Codes für die Defizite (z.B. Hemiplegie, Aphasie, Hemianopsie, Neglect ...) zuzuweisen.

Beispiel 1

Ein Patient erleidet einen Hirnfarkt mit schlaffer Hemiplegie und Aphasie und wird zur stationären Behandlung aufgenommen.

Hauptdiagnose: I63.3 *Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien*

Nebendiagnose(n): G81.0 *Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie*
R47.0 *Aphasie*

Es werden der Hirnfarkt als Hauptdiagnose und sämtliche auftretende Funktionsstörungen als Nebendiagnosen kodiert.

2. „Alter Schlaganfall“

Der Patient hat die Anamnese eines Schlaganfalls **mit** gegenwärtig bestehenden neurologischen Ausfällen. In diesem Fall werden die neurologischen Ausfälle (z.B. Hemiplegie, Aphasie, Hemianopsie, Neglect...) und danach ein Kode aus

I69.– *Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit*

zugewiesen.

Beispiel 2

Ein Patient wurde zur Exzision eines Basalioms am Kanthus des Augenlides aufgenommen. Die Untersuchung ließ eine residuale spastische Hemiparese als Folge eines früheren Schlaganfalls erkennen. Eine Behandlung der residualen Hemiparese fand während des Krankenhausaufenthaltes nicht statt, sie verursachte jedoch erhöhten Pflegeaufwand.

Hauptdiagnose:	C44.1	<i>Sonstige bösartige Neubildungen der Haut, Haut des Augenlides, einschließlich Kanthus</i>
Nebendiagnose(n):	G81.1 I69.4	<i>Spastische Hemiparese und Hemiplegie</i> <i>Folgen eines Schlaganfalls, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet</i>

Anmerkung:

Es ist zu beachten, dass bei einem Schlaganfall **Dysphagie, Urin- und Stuhl-Inkontinenz** nur dann kodiert werden, wenn bestimmte Kriterien erfüllt sind (siehe auch DKR 1804d *Inkontinenz* (Seite 137)).

Dysphagie (R13.–) ist nur zu kodieren, wenn z.B. eine Magensonde zur enteralen Ernährung notwendig ist oder eine Behandlung der Dysphagie mehr als 7 Kalendertage nach Auftreten des Schlaganfalls erforderlich ist.

0603d Tetraplegie und Paraplegie, nicht traumatisch

Zur Kodierung einer traumatischen Tetraplegie/Paraplegie siehe DKR 1910d *Verletzung des Rückenmarks* (Seite 145).

Initiale (akute) Phase der Paraplegie/Tetraplegie

Die „akute“ Phase einer nichttraumatischen Paraplegie/Tetraplegie umfasst Erstaufnahmen wegen eines nicht traumatisch bedingten Funktionsausfalls, wie zum Beispiel bei Myelitis transversa oder bei Rückenmarkinfarkt. Es kann sich auch um eine konservativ oder operativ behandelte Erkrankung handeln, die sich in Remission befand, sich jedoch verschlechtert hat und jetzt die gleiche Behandlungsintensität erfordert wie bei Patienten, die das erste Mal nach einem Trauma aufgenommen wurden.

Sofern sich ein Patient mit einer Krankheit vorstellt, die eine akute Schädigung des Rückenmarks zur Folge hat (z.B. Myelitis), sind die folgenden Codes zuzuweisen:

Die Krankheit als Hauptdiagnose, z.B.

G04.9 *Diffuse Myelitis*

und einen Kode aus

G82.– *Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie*, fünfte Stelle „0“ oder „1“.

Für die funktionale Höhe der Rückenmarksschädigung ist zusätzlich der passende Kode aus

G82.6-! *Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarks*

anzugeben.

Späte (chronische) Phase einer Paraplegie/Tetraplegie

Von der „Spätphase“ einer Paraplegie/Tetraplegie spricht man z.B. in folgendem Fall:

- Ein Patient kommt zur weiteren Behandlung einer Paraplegie/Tetraplegie. Die Behandlung der akuten Erkrankung (z.B. einer Myelitis), die die Lähmungen verursachte, ist zu diesem Zeitpunkt abgeschlossen.
- Ein Patient mit einer Paraplegie/Tetraplegie wird zur Behandlung einer anderen Erkrankung wie z.B. Harnwegsinfektion, Fraktur des Femur etc. aufgenommen.

In solchen Fällen sind ein Kode aus

G82.– *Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie*, fünfte Stelle „2“ oder „3“ und die Diagnosekodes sonstiger Krankheiten des Patienten zuzuweisen.

Für die funktionale Höhe der Rückenmarksschädigung ist zusätzlich der passende Kode aus

G82.6! *Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarks*

anzugeben.

7 KRANKHEITEN DES AUGES UND DER AUGENANHANGSGEBILDE

0702a Katarakt: Sekundäre Linseninsertion

In Fällen, in denen die Linse entweder in einer vorangegangenen Operation entfernt wurde oder die Linse disloziert oder subluxiert und nicht korrekt positioniert ist, ist bei der Insertion einer Linse als Diagnosekode

H27.0 *Aphakie*

zuzuweisen.

0704c Versagen oder Abstoßung eines Kornea-Transplantates

Versagen und Abstoßung eines Hornhauttransplantates des Auges ist mit dem Kode

T86.83 *Versagen und Abstoßung eines Hornhauttransplantates des Auges*

zu kodieren.

Nebendiagnosen im Zusammenhang mit der Abstoßung oder dem Versagen eines Kornea-Transplantates werden zusätzlich zu T86.83 kodiert, zum Beispiel:

H44.0 *Purulente Endophthalmitis*

H44.1 *Sonstige Endophthalmitis*

H20.– *Iridozyklitis*

H16.– *Keratitis*

H18.– *Sonstige Affektionen der Hornhaut*

Z96.1 *Vorhandensein eines intraokularen Linsenimplantates*

0712a Katheterisierung der Tränengänge

Bei einer Aufnahme **nur** zur Entfernung oder **nur** zum Ersatz von Röhrchen, die der Katheterisierung der Tränenwege dienen, ist als Hauptdiagnose-Kode

Z48.8 *Sonstige näher bezeichnete Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff*

zuzuweisen, mit dem entsprechenden Prozedurenkode:

5-089.1 *Wechsel eines Röhrchens an den Tränenwegen* oder

5-089.2 *Entfernung eines Röhrchens aus den Tränenwegen* oder

5-089.3 *Entfernung einer Tränenwegsintubation*

Die zugrunde liegende Erkrankung ist als Nebendiagnose anzugeben.

8 KRANKHEITEN DES OHRES UND DES WARZENFORTSATZES

0801a Schwerhörigkeit und Taubheit

Die Diagnosen Schwerhörigkeit und Taubheit können mit einem passenden Kode aus den Kategorien

H90.– *Hörverlust durch Schalleitungs- oder Schallempfindungsstörung* und

H91.– *Sonstiger Hörverlust*

in folgenden Situationen als **Hauptdiagnose** kodiert werden:

- Untersuchung bei Kindern, wenn ein CT unter Sedierung oder Hörtests durchgeführt werden
- plötzlicher Hörverlust bei Erwachsenen

9 KRANKHEITEN DES KREISLAUFSYSTEMS

0901d Ischämische Herzkrankheit

Angina pectoris (I20.–)

Liegt bei einem Patienten eine Angina pectoris vor, ist der entsprechende Code **vor** dem Code der Koronaratherosklerose anzugeben.

Wenn ein Patient mit instabiler Angina pectoris aufgenommen wird und diese sich während des Krankenhausaufenthaltes zu einem Myokardinfarkt entwickelt, ist nur der Code für einen Myokardinfarkt anzugeben.

Wenn der Patient jedoch eine Postinfarkt-Angina entwickelt, kann I20.0 *Instabile Angina pectoris* als zusätzlicher Code angegeben werden.

Akuter Myokardinfarkt (I21.–)

Ein als akut bezeichnet oder bis zu vier Wochen (28 Tage) zurückliegender Myokardinfarkt ist mit einem Code aus

I21.– *Akuter Myokardinfarkt*

zu verschlüsseln.

Kodes der Kategorie I21.– *Akuter Myokardinfarkt* sind anzugeben sowohl für die initiale Behandlung eines Infarktes im ersten Krankenhaus, das den Infarktpatienten aufnimmt, als auch in anderen Einrichtungen, in die der Patient innerhalb von vier Wochen (28 Tage) nach dem Infarkt aufgenommen oder verlegt wird.

Rezidivierender Myokardinfarkt (I22.–)

Mit dieser Kategorie ist ein Infarkt zu kodieren, der innerhalb von **vier Wochen** (28 Tagen) **nach** einem vorangegangenen Infarkt auftritt.

Alter Myokardinfarkt (I25.2-)

Die Schlüsselnummer

I25.2- *Alter Myokardinfarkt*

kodiert eine **anamnestische Diagnose**, auch wenn sie nicht als „Z-Kode“ in Kapitel XXI enthalten ist. Sie ist nur dann zusätzlich zu kodieren, wenn sie Bedeutung für die aktuelle Behandlung hat.

Sonstige Formen der chronischen ischämischen Herzkrankheit (I25.8)

Ein Myokardinfarkt, der mehr als vier Wochen (28 Tage) nach dem Eintritt behandelt wird, ist mit

I25.8 *Sonstige Formen der chronischen ischämischen Herzkrankheit*

zu verschlüsseln.

Ischämische Herzkrankheit, die früher chirurgisch behandelt wurde

Wenn während des aktuellen Krankenhausaufenthaltes eine ischämische Herzkrankheit behandelt wird, die früher chirurgisch behandelt wurde, ist folgendermaßen zu verfahren:

Wenn die vorhandenen Bypässe offen sind und ein erneuter Eingriff durchgeführt wird, um **natürliche** Koronargefäße zu überbrücken, ist der Code

I25.11 *Atherosklerotische Herzkrankheit, Ein-Gefäßerkrankung,*

I25.12 *Atherosklerotische Herzkrankheit, Zwei-Gefäßerkrankung,*

I25.13 *Atherosklerotische Herzkrankheit, Drei-Gefäßerkrankung* oder

I25.14 *Atherosklerotische Herzkrankheit, Stenose des linken Hauptstammes*

und entweder

Z95.1 *Vorhandensein eines aortokoronaren Bypasses*

oder

Z95.5 *Vorhandensein eines Implantates oder Transplantates nach koronarer Gefäßplastik*

zu kodieren.

Der Code

I25.15 *Atherosklerotische Herzkrankheit mit stenosierten Bypass-Gefäßen*

ist **nur** zu verwenden, wenn der Bypass selbst betroffen ist. In diesem Fall ist

Z95.1 *Vorhandensein eines aortokoronaren Bypasses*

als Zusatzdiagnose nicht anzugeben.

Beispiel 1

Ein Patient wurde mit einer instabilen Angina aufgenommen, die sich drei Jahre nach einer Bypassoperation entwickelt hat. Die Herzkatheteruntersuchung zeigte eine koronare Herzerkrankung im Bereich des Venenbypasses.

Hauptdiagnose:	I20.0	<i>Instabile Angina pectoris</i>
Nebendiagnose(n):	I25.15	<i>Atherosklerotische Herzkrankheit mit stenosierten Bypass-Gefäßen</i>

Voraussetzung für die Zuweisung der Codes

Z95.1 *Vorhandensein eines aortokoronaren Bypasses* oder

Z95.5 *Vorhandensein eines Implantates oder Transplantates nach koronarer Gefäßplastik*

ist außer dem Vorliegen anamnestischer Informationen über das Vorhandensein eines Koronararterienbypasses oder eine frühere Koronarangioplastie, dass diese Angaben für die aktuelle Krankenhausbehandlung **von Bedeutung** sind (siehe DKR D003d *Nebendiagnosen* (Seite 11)).

Anmerkung: Für die Abrechnung von Fallpauschalen und Sonderentgelten sind bei der Zuweisung dieser Diagnosenkodes die *Übergangsregelungen* (siehe dort unter Nebendiagnosen (Seite XXI)) zu beachten.

Embolische oder nicht-atherosklerotische Okklusion eines Koronarbypasses wird kodiert als

T82.8 *Sonstige Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen.*

0902a Akutes Lungenödem

Wenn ein „akutes Lungenödem“ diagnostiziert wird, ist nach der zugrunde liegenden Ursache zu kodieren. Zum Beispiel ist ein akutes kardiales Lungenödem mit

150.14 *Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden in Ruhe*

zu verschlüsseln.

S.a. die Hinweise und Exklusiva zu

J81 *Akutes Lungenödem*

in der ICD-10-GM.

0903a Herzstillstand

Herzstillstand oder Herz- und Atemstillstand (I46.– *Herzstillstand*) sind **nur** zu kodieren, wenn Wiederbelebungsmaßnahmen ergriffen werden, unabhängig vom Ergebnis für den Patienten.

Der Herzstillstand (I46.– *Herzstillstand*) ist **nicht** als Hauptdiagnose anzugeben, wenn die zugrunde liegende Ursache bekannt ist.

Bei Reanimation im Rahmen eines Herzstillstandes ist außerdem

8-771 *Kardiale Reanimation*

zuzuweisen.

0904d Hypertensive Herzkrankheit (I11.–)

Steht eine Herzkrankheit in **kausalem Zusammenhang** zur Hypertonie, so ist ein Kode für die Herzkrankheit (z.B. aus I50.– *Herzinsuffizienz* oder I51.– *Komplikationen einer Herzkrankheit und ungenau beschriebene Herzkrankheit*) gefolgt von I11.– *Hypertensive Herzkrankheit* anzugeben. Wenn für die Herzerkrankung kein anderer Kode der ICD-10-GM außer I11.– *Hypertensive Herzkrankheit* zur Verfügung steht, wird dieser allein kodiert.

Liegen Herzerkrankungen und Hypertonie aber *ohne* kausale Beziehung vor, werden Hypertonie und Herzkrankheit einzeln kodiert.

0905d Hypertensive Nierenerkrankung (I12.–)

Steht eine Nierenerkrankung in **kausalem Zusammenhang** zur Hypertonie, so ist ein Kode für die Nierenerkrankung (z.B. aus N18.– *Chronische Niereninsuffizienz*) gefolgt von I12.– *Hypertensive Nierenkrankheit* anzugeben. Wenn für die Nierenerkrankung kein anderer Kode der ICD-10-GM außer I12.– *Hypertensive Nierenkrankheit* zur Verfügung steht, wird dieser allein kodiert.

Liegen Nierenerkrankungen und Hypertonie aber *ohne* kausale Beziehung vor, werden Hypertonie und Nierenkrankheit einzeln kodiert.

0906d Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit (I13.–)

In Fällen, bei denen sowohl eine hypertensive Herzkrankheit (I11.–) als auch eine hypertensive Nierenkrankheit (I12.–) vorliegt, ist ein Kode für die Herzkrankheit (z.B. aus I50.– *Herzinsuffizienz*) und für die Nierenkrankheit (z.B. aus N18.– *Chronische Niereninsuffizienz*) gefolgt von

I13.– *Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit*

zuzuordnen. Wenn für die Herz- und Nierenerkrankung kein anderer Kode der ICD-10-GM außer I13.– *Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit* zur Verfügung steht, wird dieser allein kodiert.

Die Hauptdiagnose ist entsprechend DKR D002d *Hauptdiagnose* (Seite 4) festzulegen.

0908d Zusätzliche Prozeduren im Zusammenhang mit Herzoperationen**Herz-Lungen-Maschine (HLM)**

Bei Operationen, bei denen die Herz-Lungen-Maschine **grundsätzlich** zum Einsatz kommt, ist ihre Anwendung im Operationskode enthalten. Dies ist durch entsprechende Hinweise im OPS gekennzeichnet. Wenn die Anwendung der Herz-Lungen-Maschine **nicht** im Operationskode enthalten ist (z.B. 5-362 *Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik*), ist sie mit der passenden Schlüsselnummer aus

8-851 *Operativer äußerer Kreislauf (bei Anwendung der Herz-Lungen-Maschine)*

zu kodieren.

Temporärer Herzschrittmacher, temporäre Elektroden

Da die Implantation der Sonden zur temporären Herzfrequenzstimulation ein Routinebestandteil einer Bypassoperation ist, ist sie nicht gesondert zu kodieren. (s.a. DKR 0911d *Schrittmacher/Defibrillatoren* (Seite 105)).

0909d Revisionen oder Reoperationen an Herz und Perikard

Die Reoperation ist ein erneuter Eingriff nach vorausgegangener Herzoperation mit Eröffnung des Perikards oder offener Operation an Herzklappen.

Grundsätzlich ist bei jeder Reoperation am Herzen zusätzlich zu den spezifischen Operationskodes der Kode

5-379.5 *Andere Operationen an Herz und Perikard: Reoperation*

anzugeben.

Wird ein vorhandener Bypass revidiert oder neu angelegt, sind zusätzlich die Codes

5-363.1 *Koronararterienbypass-Revision*

oder

5-363.2 *Koronararterienbypass-Neuanlage*

zuzuweisen.

Beispiel 1

Ein Patient wird zum Wechsel der Aortenklappe aufgenommen. 8 Jahre zuvor wurde die Aortenklappe durch eine Bioprothese ersetzt und gleichzeitig ein Koronararterienbypass gelegt.

Prozedur(en) 5-352.00 *Wechsel eines Xenotransplantats der Aortenklappe durch Kunstprothese*
5-379.5 *Andere Operationen an Herz und Perikard: Reoperation*

0911d Schrittmacher/Defibrillatoren

Anmerkung: Diese Richtlinie enthält Erläuterungen zur Kodierung von Diagnosen und Prozeduren im Zusammenhang mit Schrittmachern. Diese gelten sinngemäß auch für die Kodierung von Implantation, Wechsel und Entfernung eines Defibrillators.

Permanente Schrittmacher

Wenn eine **temporäre Sonde entfernt wird und ein permanenter Schrittmacher implantiert wird**, ist der permanente Schrittmacher als Erstimplantation zu kodieren, nicht als Ersatz.

Die **Überprüfung** eines Schrittmachers wird routinemäßig während des stationären Aufenthaltes zur Schrittmacherimplantation durchgeführt; daher ist ein gesonderter Prozedurenkode hierfür nicht anzugeben.

Für die Überprüfung zu einem anderen Zeitpunkt (also nicht im Zusammenhang mit einer Implantation beim gleichen Aufenthalt) ist der Kode

1-266.0 *Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt, bei implantiertem Schrittmacher*

zuzuweisen.

Bei **Aufnahme zum Aggregatwechsel** eines Herzschrittmachers/Defibrillators ist

Z45.0 *Anpassung und Handhabung eines implantierten Herzschrittmachers und eines implantierten Kardiofibrillators*

als Hauptdiagnose zuzuweisen, zusammen mit den passenden Verfahrenskodes.

Komplikationen des Schrittmachersystems/Defibrillators sind mit einem der folgenden Codes zu verschlüsseln:

T82.1 *Mechanische Komplikationen durch ein kardiales elektrisches Gerät* (Dieser Kode beinhaltet die Funktionsstörung des Schrittmachers und der Sonden, eines Sondenstückes oder das Ablösen der Sonde.)

T82.7 *Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen*

T82.8 *Sonstige Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen*

Einem **Patienten mit Schrittmacher/Defibrillator** ist der Kode

Z95.0 *Vorhandensein eines implantierten Herzschrittmachers oder eines implantierten Kardiofibrillators*

zuzuweisen.

0912c Chirurgisch angelegte arteriovenöse Fistel/Shunt

Bei einem niereninsuffizienten Patienten, der speziell zur Anlage eines Dialyseshunts aufgenommen wird, ist der Kode

Z49.0 *Vorbereitung auf die Dialyse*

als Hauptdiagnose anzugeben. Die Niereninsuffizienz ist als Nebendiagnose zu kodieren.

Aufnahme zum Verschluss einer AV-Fistel oder zum Entfernen eines AV-Shunts

Bei der Krankenhausaufnahme zum Verschluss einer AV-Fistel oder zum Entfernen eines AV-Shunts ist als Hauptdiagnosekode

Z48.8 *Sonstige näher bezeichnete Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff*

zuzuweisen, zusammen mit dem folgenden Prozedurenkode

5-394.6 *Verschluss eines arteriovenösen Shunts.*

10 KRANKHEITEN DES ATMUNGSSYSTEMS

1001d Maschinelle Beatmung

Definition

Maschinelle Beatmung („künstliche Beatmung“) ist ein Vorgang, bei dem Gase mittels einer mechanischen Vorrichtung in die Lunge bewegt werden. Die Atmung wird unterstützt durch das Verstärken oder Ersetzen der eigenen Atemleistung des Patienten. Bei der künstlichen Beatmung ist der Patient in der Regel intubiert oder tracheotomiert und wird fortlaufend beatmet. Bei intensivmedizinisch versorgten Patienten kann eine maschinelle Beatmung auch über Maskensysteme erfolgen, wenn diese an Stelle der bisher üblichen Intubation oder Tracheotomie eingesetzt werden.

Kodierung

Wenn eine maschinelle Beatmung die obige Definition erfüllt, ist

- 1) zunächst die **Dauer** der künstlichen Beatmung zu erfassen. Hierfür steht ein separates Datenfeld im Datensatz nach § 301 SGB V (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch) sowie § 21 KHEntgG (Krankenhausentgeltgesetz) zur Verfügung.
- 2) Dann ist **zusätzlich**:
 - 2a) einer der folgenden Codes
 - 8-701 *Einfache endotracheale Intubation*
 - 8-704 *Intubation mit Doppellumentubus*
 - 8-706 *Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung*
 und/oder
 - 2b) der zutreffende Kode aus
 - 5-311 *Temporäre Tracheostomie* oder
 - 5-312 *Permanente Tracheostomie*
 anzugeben, wenn zur Durchführung der künstlichen Beatmung ein **Tracheostoma** angelegt wurde.
- 3) Bei **Neugeborenen** ist **zusätzlich** ein Kode aus
 - 8-711 *Maschinelle Beatmung bei Neugeborenen*
 anzugeben.

Anmerkung: Bei Neugeborenen sind darüber hinaus auch andere atemungsunterstützende Maßnahmen wie z.B. Sauerstoffzufuhr (8-720) zu verschlüsseln, soweit nicht eine maschinelle Beatmung erfolgt. Hier ist die Beatmungsdauer nicht zu kodieren.

Berechnung der Dauer der Beatmung

Eine maschinelle Beatmung (siehe Definition, Abs. 1), die zur Durchführung einer Operation oder während einer Operation begonnen wird und die **nicht länger als 24 Stunden** dauert, **zählt nicht** zur Gesamtbeatmungszeit. Die maschinelle Beatmung während einer Operation im Rahmen der Anästhesie wird als integraler Bestandteil des chirurgischen Eingriffs angesehen.

Wenn die maschinelle Beatmung jedoch zur Durchführung einer Operation oder während einer Operation begonnen wird und **länger als 24 Stunden** dauert, dann **zählt** sie zur Gesamtbeatmungszeit. Die Berechnung der Dauer beginnt in diesem Fall mit der Intubation; die Intubation ist in diesem Fall zu kodieren, obwohl sie zur Operation durchgeführt wurde.

Eine Beatmung, die nicht zum Zweck einer Operation begonnen wurde, z.B. in der Intensivbehandlung nach einer Kopfverletzung oder einer Verbrennung, zählt unabhängig von der Dauer immer zur Gesamtbeatmungszeit. Werden bereits beatmete Patienten operiert, so zählt die Operationszeit zur Gesamtbeatmungszeit.

Bei einer/mehreren Beatmungsperiode(n) während eines Krankenhausaufenthaltes ist zunächst die Gesamtbeatmungszeit gemäß obigen Regeln zu ermitteln, die Summe ist zur nächsten ganzen Stunde aufzurunden. Als Bezugsdatum ist der Tag der ersten Leistung zu wählen (s.a. DKR P012d *Prozeduren, unterschieden auf der Basis von Größe, Zeit oder Anzahl* (Seite 49) und DKR P005d *Multiple/Bilaterale Prozeduren* (Seite 44)).

Beginn

Die Berechnung der Dauer der Beatmung beginnt mit **einem der folgenden Ereignisse**:

- **Endotracheale Intubation**

Für Patienten, die zur künstlichen Beatmung intubiert werden, beginnt die Berechnung der Dauer mit dem Anschluss an die Beatmungsgeräte.

Gelegentlich muss die endotracheale Kanüle wegen mechanischer Probleme ausgetauscht werden. Zeitdauer der Entfernung und des unmittelbaren Ersatzes der endotrachealen Kanüle sind in diesem Fall als Teil der Beatmungsdauer anzusehen; die Berechnung der Dauer wird fortgesetzt.

Für Patienten, bei denen eine künstliche Beatmung durch endotracheale Intubation begonnen und bei denen später eine Tracheotomie durchgeführt wird, beginnt die Berechnung der Dauer mit der Intubation. Die Zeitdauer der Beatmung über das Tracheostoma wird hinzugerechnet.

- **Maskenbeatmung**

Die Berechnung der Dauer der künstlichen Beatmung beginnt zu dem Zeitpunkt, an dem die maschinelle Beatmung einsetzt.

- **Tracheotomie**

(mit anschließendem Beginn der künstlichen Beatmung). Die Berechnung der Dauer der künstlichen Beatmung beginnt zu dem Zeitpunkt, an dem die maschinelle Beatmung einsetzt.

- **Aufnahme eines beatmeten Patienten**

Für jene Patienten, die maschinell beatmet aufgenommen werden, beginnt die Berechnung der Dauer mit dem Zeitpunkt der Aufnahme (s.a. „Verlegte Patienten“, unten).

Ende

Die Berechnung der Dauer der Beatmung endet mit **einem der folgenden Ereignisse**:

- **Extubation**

- **Beendigung der Beatmung** nach einer Periode der Entwöhnung.

Anmerkung:

Für Patienten mit einem Tracheostoma (nach einer Periode der Entwöhnung) gilt:

Bei beatmeten Patienten wird die Trachealkanüle für einige Tage (oder länger, z.B. bei neuromuskulären Erkrankungen) an ihrem Platz belassen, nachdem die künstliche

Beatmung beendet wurde. Die Berechnung der Beatmungsdauer ist in diesem Fall zu dem Zeitpunkt beendet, an dem die maschinelle Beatmung eingestellt wird.

- **Entlassung, Tod oder Verlegung** eines Patienten, der eine künstliche Beatmung erhält (s.a. „Verlegte Patienten“, unten).

Die **Methode der Entwöhnung** (z.B. CPAP, SIMV, PSV) von der künstlichen Beatmung wird nicht kodiert.

Die **Dauer der Entwöhnung** wird bei der Berechnung der Beatmungsdauer eines Patienten hinzugezählt. Es kann mehrere Versuche geben, den Patienten vom Beatmungsgerät zu entwöhnen.

Verlegte Patienten

Beatmete und/oder intubierte Patienten

Wenn ein **beatmeter** Patient verlegt wird, finden die folgenden Grundregeln Anwendung:

Das **verlegende** Krankenhaus erfasst die Dauer der dort durchgeführten Beatmung und gibt die zutreffenden Codes an:

- für den Zugang bei maschineller Beatmung (8-70),
- für die Tracheostomie (5-311; 5-312),
- für maschinelle Beatmung bei Neugeborenen (8-711),

wenn diese Maßnahmen von der verlegenden Einrichtung durchgeführt worden sind.

Das **aufnehmende** Krankenhaus erfasst die Dauer der dort durchgeführten Beatmung, bei Neugeborenen wird zusätzlich ein Kode aus 8-711 zugewiesen. Ein Kode für die Einleitung der Beatmung wird nicht angegeben, da diese Maßnahmen vom verlegenden Krankenhaus durchgeführt wurden.

Wenn ein **nicht beatmeter** intubierter Patient verlegt wird, kodiert das verlegende Krankenhaus den Zugang bei maschineller Beatmung (8-70) sowie ggf. die Tracheostomie (5-311; 5-312). Das aufnehmende Krankenhaus kodiert diese bereits geleisteten Prozeduren nicht noch einmal.

Intubation ohne maschinelle Beatmung

Eine Intubation kann auch durchgeführt werden, wenn keine künstliche Beatmung erforderlich ist, z.B. wenn es notwendig ist, den Luftweg offen zu halten. Kinder können bei Diagnosen wie Asthma, Krupp oder Epilepsie intubiert werden, und Erwachsene können in Fällen von Verbrennungen oder schwerem Trauma intubiert werden.

Eine Intubation ist in diesen Fällen mit einem Kode aus

- 8-700 *Offenhalten der oberen Atemwege*
- 8-701 *Einfache endotracheale Intubation*

zu verschlüsseln.

Kontinuierlicher positiver Atemwegsdruck (CPAP)

8-711.0 *Atemunterstützung mit kontinuierlichem positivem Atemwegsdruck (CPAP)*

ist nur bei **Neugeborenen** zu kodieren, unabhängig von der Behandlungsdauer (also auch unter 24 Stunden).

Wenn **bei Erwachsenen und Kindern** eine Störung wie Schlafapnoe mit CPAP behandelt wird, sind der Kode 8-711.0 *Atemunterstützung mit kontinuierlichem positivem Atemwegsdruck (CPAP)* sowie die Beatmungsdauer **nicht** zu verschlüsseln. Die Ersteinstellung einer CPAP-Therapie bzw. die Kontrolle oder Optimierung einer früher eingeleiteten CPAP-Therapie werden mit einem Kode aus 8-717 *Einstellung einer nasalen oder oronasalen Überdrucktherapie bei schlafbezogenen Atemstörungen* verschlüsselt.

Wenn CPAP als Entwöhnungsmethode von der Beatmung verwendet wird, ist 8-711.0 **nicht zu verwenden**; die Beatmungsdauer ist hingegen zu berücksichtigen (s.o.), d.h. zur gesamten Beatmungsdauer dazuzurechnen (siehe: Definition der „maschinellen Beatmung“; „Methode der Entwöhnung“; „Dauer der Entwöhnung“).

11 KRANKHEITEN DES VERDAUUNGSSYSTEMS

1101a Appendizitis

Zur Zuweisung einer Schlüsselnummer aus den Kategorien

K35.– *Akute Appendizitis*

K36 *Sonstige Appendizitis*

K37 *Nicht näher bezeichnete Appendizitis*

ist die **klinische** Diagnose Appendizitis ausreichend. Es ist nicht zwingend erforderlich, dass ein histopathologischer Befund diese Diagnose sichert.

1102a Adhäsionen

Die Lösung von abdominalen Adhäsionen kann eine aufwändige „Hauptprozedur“ oder eine im Rahmen einer anderen Prozedur mitdurchgeführte Begleitprozedur („Nebenprozedur“) sein. Auch wenn Adhäsionen im Verlauf einer anderen Bauchoperation gelöst werden, kann der Vorgang im Einzelfall relevanten Aufwand verursachen. Dann sind ein Diagnosekode (z.B. K66.0 *Peritoneale Adhäsionen*) für die Adhäsion und ein Prozedurenkode aus

5-469.1 *Bridenlösung* oder

5-469.2 *Adhäsioolyse*

für die Lösung der Adhäsionen anzugeben.

1103a Magenulkus mit Gastritis

Bei Patienten mit Magenulkus ist ein Kode aus

K25.– *Ulcus ventriculi*

anzugeben, gefolgt von einem Kode aus

K29.– *Gastritis und Duodenitis*,

wenn beide Erkrankungen vorliegen.

1105d Gastrointestinale Blutung

Wenn ein Patient zur Abklärung einer oberen gastrointestinalen (GI) Blutung aufgenommen wird und bei der Endoskopie ein Ulkus, Erosionen oder Varizen gefunden werden, wird die gefundene Erkrankung „mit einer Blutung“ kodiert; ein akutes Ulcus ventriculi mit Blutung ist zum Beispiel mit

K25.0 *Akutes Ulcus ventriculi mit Blutung*

zu kodieren.

Im Falle einer Refluxösophagitis mit Blutung ist

K21.0 *Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis* und

K22.8 *Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Ösophagus [Ösophagusblutung o.n.A.]*

zu kodieren.

Man kann davon ausgehen, dass die Blutung der Läsion, die im Endoskopiebericht angegeben wird, zugeordnet werden kann, auch wenn die Blutung weder während der Untersuchung noch während des Krankenhausaufenthaltes auftritt.

Nicht alle Kategorien, die zur Verschlüsselung von gastrointestinalen Läsionen zur Verfügung stehen, stellen einen Kode mit der Modifikation „mit einer Blutung“ zur Verfügung. In solchen Fällen wird für die Blutung ein zusätzlicher Kode aus

K92.– *Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems*

angegeben.

Wenn bei einer „perianalen Blutung“ die aktuelle Blutungsquelle **nicht** bestimmt werden kann oder keine entsprechende Untersuchung durchgeführt wurde, ist

K92.2 *Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet*

zu kodieren. Der Kode

K62.5 *Hämorrhagie des Anus und des Rektums*

ist in diesem Fall **nicht** zuzuweisen.

Wird ein Patient hingegen wegen Meläna (Teerstuhl) untersucht, ist nicht ohne weiteres davon auszugehen, dass eine endoskopisch gefundene Läsion auch die Ursache der Meläna ist. Wenn keine kausale Verbindung zwischen Symptom und dem Ergebnis der Untersuchung besteht, ist zunächst das Symptom und danach das Untersuchungsergebnis anzugeben.

Patienten mit der Anamnese einer vor kurzem stattgefundenen gastrointestinalen Blutung werden manchmal zur Endoskopie aufgenommen, um die Blutungsquelle festzustellen, zeigen aber während der Untersuchung keine Blutung. Wird aufgrund der Vorgeschichte oder anderer Anhaltspunkte eine *klinische* Diagnose gestellt, schließt die Tatsache, dass während des Krankenhausaufenthaltes keine Blutung auftritt, nicht von vornherein die Eingabe eines Kodes mit der Modifikation „mit einer Blutung“ aus, auch nicht die Zuweisung eines Kodes der Kategorie K92.– (*Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems*) in den Fällen, in denen der Grund für die vorher stattgefundenen Blutung nicht bestimmt werden konnte.

1107a Dehydratation bei Gastroenteritis

Bei stationärer Aufnahme zur Behandlung einer Gastroenteritis mit Dehydratation wird die Gastroenteritis als Hauptdiagnose und „Dehydratation“ (E86 *Volumenmangel*) als Nebendiagnose angegeben.

12 KRANKHEITEN DER HAUT UND DER UNTERHAUT

1204d Knochentransplantationen bei kraniofazialen Eingriffen

Knochentransplantationen bei kraniofazialen Eingriffen, bei denen der Knochen an der betroffenen Lokalisation im Gesicht gewonnen wird, sind jeweils im Code für die Rekonstruktion enthalten. Für Knochentransplantate, die an einer anderen Stelle entnommen werden, z.B. der Crista iliaca, ist/sind ein oder mehrere zusätzliche(r) Kode(s) aus

5-783 *Entnahme eines Knochentransplantates*

anzugeben.

1205d Plastische Chirurgie

Der Einsatz plastischer Chirurgie kann aus kosmetischen oder medizinischen Gründen erfolgen. Bei Operationen aus medizinischen Gründen ist der Krankheitszustand bzw. Risikofaktor, der Grund für den Eingriff war, als Hauptdiagnose zu kodieren.

Ist der Grund für den Eingriff rein kosmetisch, dann ist ein „Z-Kode“ die Hauptdiagnose.

Revision einer Narbe

Wird eine Narbe revidiert, ist

L90.5 *Narben und Fibrosen der Haut*

anzugeben, wenn die Narbe wegen Problemen (z.B. Schmerz) nachbehandelt wird.

Wenn die Nachbehandlung der Narbe(n) dagegen aus kosmetischen Gründen erfolgt, ist

Z42.– *Nachbehandlung unter Anwendung plastischer Chirurgie*

zu kodieren.

Entfernung von Brustimplantaten

Brustimplantate werden aus medizinischen oder kosmetischen Gründen entfernt.

Bei medizinischen Gründen zur Entfernung von Brustimplantaten wird einer der folgenden Codes

T85.4 *Mechanische Komplikation durch Mammaprothese oder -implantat*

T85.78 *Infektion oder sonstige entzündliche Reaktion durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate*

T85.88 *Sonstige Komplikationen durch interne Prothesen, Implantate oder Transplantate, anderenorts nicht klassifiziert*

zugewiesen.

Bei kosmetischen Gründen für die Implantatentfernung ist

Z42.1 *Nachbehandlung unter Anwendung plastischer Chirurgie der Mamma [Brustdrüse]*

zu kodieren.

Subkutane prophylaktische Brustamputation

Diese Operation wird z.B. bei Diagnosen wie Brustkrebs in der Familienanamnese, chronischem Schmerz, chronischer Infektion, lobulärem Mammakarzinom in der Brust der Gegenseite, Carcinoma in situ der Mamma oder fibrozystischer Mastopathie durchgeführt.

Diese Zustände sind als Hauptdiagnose zu kodieren.

13 KRANKHEITEN DES MUSKEL-SKELETT-SYSTEMS UND DES BINDEGEWEBES

Kapitel 13 derzeit nicht besetzt.



14 KRANKHEITEN DES UROGENITALSYSTEMS

1401d Dialyse

Diagnosen

Die Hauptdiagnose bei Patienten, die speziell zur Dialyse aufgenommen werden, hängt von der Dauer des Krankenhausaufenthaltes ab.

- a) Ein **Tagesfall** (Aufnahme und Entlassung am selben Tag oder nach Nachtdialyse am darauf folgenden Tag) hat die Hauptdiagnose

Z49.1 *Extrakorporale Dialyse.*

Als Nebendiagnose ist außerdem die zugrunde liegende Krankheit zu kodieren.

- b) Bei einem **mehrtägigen Aufenthalt** (Entlassung am Tag, der dem Aufnahmetag folgt oder später) ist als Hauptdiagnose die Krankheit zu kodieren, die die Aufnahme ins Krankenhaus erforderte. Z49.1 *Extrakorporale Dialyse* und Z99.2 *Langzeitige Abhängigkeit von Dialyse bei Niereninsuffizienz* sind nicht zuzuweisen.

Prozeduren

Die Codes für **kontinuierlich durchgeführte** Hämofiltrationen (8-853.1, .2), Hämodialysen (8-854.1) und Hämodiafiltrationen (8-855.1, .2) verschlüsseln an 6. Stelle die Dauer der Maßnahme.

Die Dauer ist vom Beginn bis zum Ende einer Behandlung zu ermitteln. Bei mehreren Anwendungen eines kontinuierlichen Verfahrens während eines stationären Aufenthaltes ist jede Anwendung mit einem Kode zu verschlüsseln (keine Addition der Behandlungszeiten). Ein Filterwechsel oder eine vergleichbare technisch bedingte Unterbrechung eines kontinuierlichen Verfahrens begründet jedoch keine erneute Verschlüsselung.

Zur Kodierung bei Aufnahme zur Anlage eines Dialyseshunts siehe DKR 0912c *Chirurgisch angelegte arteriovenöse Fistel/Shunt* (Seite 106).

1403d Anogenitale Warzen

Aufnahmen zur Behandlung von **anogenitalen Warzen** werden mit einer Hauptdiagnose aus der unten angeführten Liste kodiert:

Perianal	K62.8	<i>Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Anus und des Rektums</i>
Cervix uteri betreffend	N88.8	<i>Sonstige näher bezeichnete nichtentzündliche Krankheiten der Cervix uteri</i>
Vaginal	N89.8	<i>Sonstige näher bezeichnete nichtentzündliche Krankheiten der Vagina</i>
Vulva betreffend	N90.8	<i>Sonstige näher bezeichnete nichtentzündliche Krankheiten der Vulva und des Perineums</i>
Penis betreffend	N48.8	<i>Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Penis</i>

Der Kode

A63.0 *Anogenitale (venerische) Warzen*

ist als Nebendiagnose anzugeben.

1406a Rekonstruktionsoperation bei weiblicher Genitalmutilation (FGM)

Definition

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert „weibliche Genitalmutilation“ (FGM) wie folgt:

Alle Verfahren, die das partielle oder vollständige Entfernen der äußeren weiblichen Genitalien beinhalten oder andere Verletzungen der weiblichen Fortpflanzungsorgane, ob aus kulturellem oder anderem nicht-therapeutischem Grund.

Kodierung

Es sind die Erkrankungen zu kodieren, die eine Rekonstruktionsoperation erforderlich machen.

Liegt keine spezielle Erkrankung vor, ist als Hauptdiagnose

N90.8 *Sonstige näher bezeichnete nichtentzündliche Krankheiten der Vulva und des Perineums*

zu kodieren.

15 SCHWANGERSCHAFT, GEBURT UND WOCHENBETT

1501a Definition von Lebend-, Totgeburt und Abort

Lebendgeborenes

Ein Lebendgeborenes ist eine aus der Empfängnis stammende Frucht, die unabhängig von der Schwangerschaftsdauer vollständig aus dem Mutterleib ausgestoßen oder extrahiert ist, nach Verlassen des Mutterleibes atmet oder irgendein anderes Lebenszeichen erkennen lässt, wie Herzschlag, Pulsation der Nabelschnur oder deutliche Bewegung der willkürlichen Muskulatur, gleichgültig, ob die Nabelschnur durchtrennt oder die Plazenta ausgestoßen wurde oder nicht. Jedes unter diesen Voraussetzungen neugeborene Kind ist als lebendgeboren zu betrachten.

- (1) Eine Lebendgeburt, für die die allgemeinen Bestimmungen über die Anzeige und die Eintragung von Geburten gelten, liegt vor, wenn bei einem Kinde nach der Scheidung vom Mutterleib entweder das Herz geschlagen oder die Nabelschnur pulsiert oder die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat.¹

Fetaltod [totgeborener Fet]

Fetaltod ist der Tod einer aus der Empfängnis stammenden Frucht vor der vollständigen Ausstoßung oder Extraktion aus dem Mutterleib, unabhängig von der Dauer der Schwangerschaft, der Tod wird dadurch angezeigt, dass der Fet nach dem Verlassen des Mutterleibes weder atmet noch andere Lebenszeichen erkennen lässt, wie z.B. Herzschlag, Pulsation der Nabelschnur oder deutliche Bewegungen der willkürlichen Muskulatur.

- (2) Hat sich keines der in Abs. 1 genannten Merkmale des Lebens gezeigt, beträgt das Gewicht der Leibesfrucht jedoch mindestens 500 Gramm, so gilt sie im Sinne des Paragraphen 24 des Gesetzes als ein totgeborenes oder in der Geburt verstorbenes Kind.²
- (3) Hat sich keines der in Abs. 1 genannten Merkmale des Lebens gezeigt und beträgt das Gewicht der Leibesfrucht weniger als 500 Gramm, so ist die Frucht eine Fehlgeburt. Sie wird in den Personenstandbüchern nicht beurkundet.²

(ICD-10 Band II, Regelwerk, Kapitel 5.7.1)

1504b Komplikationen nach Abort, Extrauterin gravidität und Molenschwangerschaft (O08.–)

Ein Kode aus

O08.– *Komplikationen nach Abort, Extrauterin gravidität und Molenschwangerschaft*

wird **nur dann** als **Hauptdiagnose** zugewiesen, wenn eine Patientin wegen einer Spätkomplikation in Folge eines zuvor behandelten Aborts stationär aufgenommen wird.

¹ Deutsche Definition nach Paragraph 29, Abs.1 der Verordnung zur Ausführung des Personenstandsgesetzes i.d.F. der Bekanntmachung vom 25.02.1977 (BGBl.I.,S. 377).

² Deutsche Definition nach Paragraph 29, Abs.2 und 3 der Verordnung zur Ausführung des Personenstandsgesetzes i.d.F. der Bekanntmachung vom 31. März 1994 (BGBl.I.,S. 621).

Beispiel 1

Eine Patientin wird mit disseminierter intravasaler Gerinnung nach einem Abort in der 10. SSW aufgenommen, der vor zwei Tagen in einem anderen Krankenhaus stattfand.

Hauptdiagnose: O08.1 *Spätblutung oder verstärkte Blutung nach Abort, Extrauterin gravidität und Molenschwangerschaft*

Die Schwangerschaftsdauer wird nicht als Nebendiagnose kodiert, da die Aufnahme zur Behandlung einer Komplikation nach zuvor behandeltem Abort erfolgt.

Ein Kode aus

O08.– *Komplikationen nach Abort, Extrauterin gravidität und Molenschwangerschaft*

wird als **Nebendiagnose** zugeordnet, um eine mit den Diagnosen der Kategorien O00–O02 (*Extrauterin gravidität, Blasenmole, sonstige abnorme Konzeptionsprodukte*) verbundene Komplikation zu verschlüsseln.

Beispiel 2

Eine Patientin wird wegen Tubarruptur bei Eileiterschwangerschaft in der 6. SSW mit Schock aufgenommen.

Hauptdiagnose: O00.1 *Tubargravidität*
 Nebendiagnose(n): O08.3 *Schock nach Abort, Extrauterin gravidität und Molenschwangerschaft*
 O09.1! *Schwangerschaftsdauer, 5 bis 13 vollendete Wochen*

Wenn eine Patientin aufgenommen wird, weil nach Abortbehandlung bei einer vorhergehenden Behandlung Teile der Fruchtanlage zurückgeblieben sind, wird als Hauptdiagnose ein **inkompletter** Abort mit Komplikation kodiert (O03–O06 mit einer vierten Stelle .0 bis .3).

Beispiel 3

Eine Patientin wird mit Blutung bei retinierter Fruchtanlage zwei Wochen nach einem Spontanabort stationär aufgenommen. Der Abort fand in der 5. Schwangerschaftswoche statt und wurde ambulant behandelt.

Hauptdiagnose: O03.1 *Spontanabort, inkomplett, kompliziert durch Spätblutung oder verstärkte Blutung*

Die Schwangerschaftsdauer wird nicht als Nebendiagnose kodiert, da die Aufnahme zur Behandlung einer Komplikation nach zuvor behandeltem Abort erfolgt.

Ein Kode aus

O08.– *Komplikationen nach Abort, Extrauterin gravidität und Molenschwangerschaft*

wird in Verbindung mit Diagnosen der Kategorien O03–O07 **als Nebendiagnose** angegeben, wenn die Kodierung dadurch genauer wird (vergleiche Beispiel 3 und Beispiel 4).

Beispiel 4

Eine Patientin wird mit einem inkompletten Abort in der 12. Schwangerschaftswoche und Kreislaufkollaps stationär aufgenommen.

Hauptdiagnose: O03.3 *Spontanabort, inkomplett, mit sonstigen und nicht näher bezeichneten Komplikationen*

Nebendiagnose(n): O08.3 *Schock nach Abort, Extrauterin gravidität und Molenschwangerschaft*

O09.1! *Schwangerschaftsdauer, 5 bis 13 vollendete Wochen*

1505a Vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft

Muss eine Schwangerschaft z.B. aus medizinischen Gründen vorzeitig beendet werden, finden die folgenden Richtlinien Anwendung:

1. Wenn die Schwangerschaft mit einem **Abort** beendet wird (Fetalgewicht unter 500g, keine Vitalitätszeichen) ist

O04.– *Ärztlich eingeleiteter Abort*

als Hauptdiagnose zuzuordnen, zusammen mit einem Kode aus

O09.–! *Schwangerschaftsdauer*

und einem Kode, der den Grund für die Beendigung angibt, wie z.B.

O35.0 *Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf) Fehlbildung des Zentralnervensystems beim Feten.*

2. Wenn die Schwangerschaft mit einer **Totgeburt** (Fetalgewicht mindestens 500g, keine Vitalitätszeichen) vorzeitig beendet wird, ist als Hauptdiagnose der Grund für die Schwangerschaftsbeendigung anzugeben, wie z.B.

O35.0 *Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf) Fehlbildung des Zentralnervensystems beim Feten.*

Als Nebendiagnosen sind

O60.1 *Vorzeitige Entbindung,*

O09.–! *Schwangerschaftsdauer*

sowie

Z37.1! *Totgeborener Einling (bzw. der analoge Kode bei Mehrlingen)*

zuzuweisen.

3. Wenn die vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft in eine **Lebendgeburt** mündet, ist der Grund für die Schwangerschaftsbeendigung, z.B.

O35.0 *Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf) Fehlbildung des Zentralnervensystems beim Feten*

als Hauptdiagnose zu kodieren. Als Nebendiagnosen sind

O60.1 *Vorzeitige Entbindung,*

O09.–! *Schwangerschaftsdauer*

und

Z37.0! *Lebendgeborener Einling (bzw. der analoge Kode bei Mehrlingen)*

zuzuweisen.

(S.a. DKR 1522a *Geburtseinleitung* (Seite 129) mit Beispielen zu Prozeduren, die mit der Einleitung von Wehen verbunden sind.)

1506a Spontane vaginale Entbindung eines Einlings**O80 Spontangeburt eines Einlings**

ist sowohl als Hauptdiagnose als auch als Nebendiagnose ausschließlich bei einer spontanen vaginalen Entbindung eines Einlings anzugeben:

ohne Vorliegen von Diagnosen (Anomalien/Komplikationen), die an anderer Stelle im Kapitel XV „Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“ aufgeführt sind, **und**

ohne manuelle oder instrumentelle Maßnahmen.

Die einzigen geburtshilflichen Prozeduren, die in Verbindung mit dem Hauptdiagnosekode O80 *Spontangeburt eines Einlings* übermittelt werden dürfen, sind:

8-910 *Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie*

5-730 *Künstliche Fruchtblasensprengung [Amniotomie]*

5-738.0 *Episiotomie*

9-260 *Überwachung und Leitung einer normalen Geburt*

9-261 *Überwachung und Leitung einer Risikogeburt*

Anmerkung: Voraussetzung für die Kombination von O80 mit 9-261 ist, dass die Risikogeburt mit einer spontanen und komplikationslosen vaginalen Entbindung endet.

Beispiel 1

Spontane vaginale Geburt eines gesunden Neugeborenen in der 39. Schwangerschaftswoche, Damm intakt.

Hauptdiagnose: O80 *Spontangeburt eines Einlings*

Nebendiagnose(n): O09.6! *Schwangerschaftsdauer 37. Woche bis 41 vollendete Wochen*
Z37.0! *Lebendgeborener Einling*

Prozedur: 9-260 *Überwachung und Leitung einer normalen Geburt*

1507a Resultat der Entbindung

Für **jede** Entbindung ist der passende Kode aus

Z37.–! *Resultat der Entbindung*

bei der Mutter zu kodieren. Er darf nicht die Hauptdiagnose sein.

1508d Dauer der Schwangerschaft

Ein Kode aus

O09.–! *Schwangerschaftsdauer*

ist zum Zeitpunkt der Aufnahme für die Schwangerschaftsdauer anzugeben (in den Basisdaten der Mutter).

Bei Aufnahme zur Behandlung von Komplikationen nach zuvor behandeltem Abort wird die Schwangerschaftsdauer **nicht** kodiert.

1509a Mehrlingsgeburt

Wenn eine Mehrlingsschwangerschaft zur spontanen Geburt von z.B. Zwillingen führt, werden die Codes

O30.0 *Zwillingsschwangerschaft*

Z37.2! *Zwillinge, beide lebendgeboren*

9-261 *Überwachung und Leitung einer Risikogeburt*

zugewiesen.

Wenn die Kinder einer Mehrlingsgeburt auf unterschiedliche Weise geboren werden, sind beide Entbindungsmethoden zu kodieren.

Beispiel 1

Vorzeitige Zwillinggeburt in der 35. Woche, der erste Zwilling wird durch Extraktion aus Beckenendlage, der zweite durch eine „klassische Sectio“ (transisthmischen Querschnitt) bei Geburtshindernis durch Querlage entbunden.

Hauptdiagnose: O64.8 *Geburtshindernis durch sonstige Lage-, Haltungs- und Einstellungsanomalien*

Nebendiagnose(n): O32.5 *Betreuung der Mutter bei Mehrlingsschwangerschaft mit Lage- und Einstellungsanomalie eines oder mehrerer Feten*

O30.0 *Zwillingsschwangerschaft*

O60.1 *Vorzeitige Entbindung*

O09.5! *Schwangerschaftsdauer, 34 bis 36 vollendete Wochen*

Z37.2! *Zwillinge, beide lebendgeboren*

Prozedur(en): 5-727.1 *Spontane und vaginale operative Entbindung bei Beckenendlage, Assistierte Entbindung mit Spezialhandgriffen*

5-740.1 *Klassische Sectio caesarea, sekundär*

1510b Komplikationen in der Schwangerschaft

Kapitel XV enthält zwei Bereiche zur Kodierung von Komplikationen in der Schwangerschaft:

O20–O29 *Sonstige Krankheiten der Mutter, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind*

und

O95–O99 *Sonstige Krankheitszustände während der Gestationsperiode, die anderenorts nicht klassifiziert sind.*

Zustände, die vorwiegend in Zusammenhang mit einer Schwangerschaft auftreten, können mit spezifischen Codes aus O20–O29 verschlüsselt werden.

Beispiel 1

Eine Patientin wird in der 30. Schwangerschaftswoche zur Behandlung eines Karpaltunnelsyndroms, das sich durch die Schwangerschaft verschlimmerte, aufgenommen.

Hauptdiagnose: O26.82 *Karpaltunnelsyndrom während der Schwangerschaft*

Nebendiagnose: O09.4! *Schwangerschaftsdauer 26. Woche bis 33 vollendete Wochen*

Das Karpaltunnelsyndrom, verschlimmert durch die Schwangerschaft, ist mit einer spezifischen Schlüsselnummer in Kapitel XV (O26.– *Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind*) vertreten. Die Schlüsselnummer gibt die Diagnose ausreichend genau wieder.

Diffuse Beschwerden bei bestehender Schwangerschaft, für die keine spezifische Ursache gefunden wird, sind mit

O26.88 *Sonstige näher bezeichnete Zustände, die mit der Schwangerschaft verbunden sind*

zu kodieren.

Um andere Komplikationen in der Schwangerschaft (oder Zustände, die sich in der Schwangerschaft verschlimmern oder die hauptsächlichlicher Anlass für geburtshilfliche Maßnahmen sind) zu kodieren, stehen die Kategorien

O98 *Infektiöse und parasitäre Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren*

und

O99 *Sonstige Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren*

zur Verfügung, die zusammen mit einem Nebendiagnosekode aus anderen Kapiteln der ICD-10-GM zur Bezeichnung der jeweils vorliegenden Erkrankung anzugeben sind (siehe die Beispiele 2 und 3).

Beispiel 2

Schwangerschaft, kompliziert durch Eisenmangelanämie

Hauptdiagnose: O99.0 *Anämie, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert*

Nebendiagnose(n): D50.9 *Eisenmangelanämie, nicht näher bezeichnet*

Eine die Schwangerschaft komplizierende Anämie ist unter der Schlüsselnummer O99.0 klassifiziert. Es wird ein zusätzlicher Kode benötigt, um die Art der Anämie zu spezifizieren.

Beispiel 3

Eine Patientin in der 30. Schwangerschaftswoche wird wegen eines allergischen Asthma bronchiale aufgenommen, das die Schwangerschaft kompliziert.

Hauptdiagnose: O99.5 *Krankheiten des Atmungssystems, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren*

Nebendiagnose(n): J45.0 *Vorwiegend allergisches Asthma bronchiale*
O09.4! *Schwangerschaftsdauer 26. Woche bis 33 vollendete Wochen*

Schwangerschaft als Nebenfund

Wenn eine Patientin wegen einer Erkrankung aufgenommen wird, die weder die Schwangerschaft kompliziert noch durch die Schwangerschaft kompliziert wird, wird der Kode für diese Erkrankung als Hauptdiagnose mit der Nebendiagnose

Z34 *Überwachung einer normalen Schwangerschaft*
zugeordnet.

Beispiel 4

Eine Patientin in der 30. Schwangerschaftswoche wird mit Mittelhandfraktur aufgenommen.

Hauptdiagnose: S62.32 *Fraktur eines sonstigen Mittelhandknochens, Schaft*

Nebendiagnose(n): Z34 *Überwachung einer normalen Schwangerschaft*
O09.4! *Schwangerschaftsdauer 26. Woche bis 33 vollendete Wochen*

1511a Zuordnung der Hauptdiagnose bei einer Entbindung

Wenn ein Krankenhausaufenthalt mit der Entbindung eines Kindes verbunden ist, die Patientin jedoch wegen eines behandlungsbedürftigen vorgeburtlichen Zustandes aufgenommen worden ist, ist folgendermaßen vorzugehen:

- Wenn eine Behandlung von **mehr als sieben Kalendertagen** vor der Geburt erforderlich war, ist der vorgeburtliche Zustand als Hauptdiagnose zu kodieren.
- In allen anderen Fällen ist die Diagnose, die sich auf die Entbindung bezieht, als Hauptdiagnose zuzuordnen.

1512d Abnorme Kindslagen und -einstellungen

Kindliche Lage-, Haltungs- und Einstellungsanomalien sind zu kodieren, wenn sie **bei der Geburt** vorliegen.

Bei Geburt z.B. aus Beckenendlage ist bei Vorliegen eines Geburtshindernisses

O64.1 *Geburtshindernis durch Beckenendlage*

als Hauptdiagnose zu kodieren, oder bei Spontangeburt ohne Geburtshindernis

O32.1 *Betreuung der Mutter wegen Beckenendlage.*

Hinterhauptslagen wie die vordere, hintere, seitliche oder diagonale Hinterhauptslage werden nur dann kodiert, wenn ein Eingriff erfolgt.

Der Kode O80 (*Spontangeburt eines Einlings*) wird **nicht** angegeben.

1514c Verminderte Kindsbewegungen

Bei Aufnahmen mit der Diagnose „verminderte fetale Bewegungen“ ist

O36.8 *Betreuung der Mutter wegen sonstiger näher bezeichneter Komplikationen beim Feten*

zu kodieren, wenn die zugrunde liegende Ursache nicht bekannt ist.

Wenn eine zugrunde liegende Ursache für die verminderten fetalen Bewegungen bekannt ist, ist diese Ursache zu kodieren. O36.8 ist in diesem Fall nicht anzugeben.

1515a Uterusnarbe

O34.2 *Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff* ist zuzuweisen, wenn:

- die Patientin aufgrund eines früheren Kaiserschnitts für einen Elektivkaiserschnitt aufgenommen wird.
- der Versuch einer vaginalen Entbindung bei Uterusnarbe (z.B. Kaiserschnitt- oder andere operative Uterusnarbe) nicht gelingt und zu einer Kaiserschnittgeburt führt.
- eine bestehende Uterusnarbe eine Behandlung erfordert, die Entbindung aber nicht während dieses Krankenhausaufenthaltes erfolgt, z.B. vorgeburtliche Betreuung wegen Uterusschmerzen durch eine bestehende Narbe.

O75.7 *Vaginale Entbindung nach vorangegangener Schnittenbindung*

ist zu kodieren, wenn der Versuch einer vaginalen Entbindung in Kaiserschnitt-Bereitschaft auch zu einer vaginalen Geburt führt.

1516a Ältere Erstgebärende

Wenn die Erstgebärende 35 Jahre oder älter ist, handelt es sich um eine Risikoschwangerschaft; diese kann als Nebendiagnose kodiert werden mit

Z35.5 *Überwachung einer älteren Erstschwangeren*

1517a Vielgebärende

Wenn eine Frau mehr als vier Kinder geboren hat, handelt es sich um eine Risikoschwangerschaft; diese kann als Nebendiagnose kodiert werden mit

Z35.4 *Überwachung einer Schwangerschaft bei ausgeprägter Multiparität*

1518a Entbindung vor der Aufnahme

Wenn eine Patientin vor der Aufnahme in das Krankenhaus ein Kind entbunden hat, keine operativen Prozeduren bezogen auf die Entbindung während der stationären Behandlung durchgeführt wurden und bei der Mutter keine Komplikationen im Wochenbett entstehen, wird der passende Kode aus Kategorie

Z39.– *Postpartale Betreuung und Untersuchung der Mutter*
zugeordnet.

Wenn eine **Komplikation** zur stationären Aufnahme führt, ist diese Komplikation als Hauptdiagnose zu kodieren. Ein Kode aus Z39.– ist als Nebendiagnose zuzuweisen.

Wenn eine Patientin nach einer Entbindung in ein anderes Krankenhaus verlegt wird, um ein krankes Kind zu begleiten, und die Patientin dort eine nachgeburtliche Routinebetreuung erhält, wird dort ebenfalls der passende Kode aus Z39.– zugeordnet.

Wenn eine Patientin zur Nachbetreuung nach Kaiserschnitt von einem Krankenhaus in ein anderes verlegt wird, ohne dass ein Zustand die Definition einer Haupt- oder Nebendiagnose erfüllt, dann ist dort der passende Z39.– Kode als Hauptdiagnose **und**

Z48.8 *Sonstige näher bezeichnete Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff*
als Nebendiagnose zuzuordnen.

1519c Frühgeburt, vorzeitige Wehen und frustrane Kontraktionen

Eine Entbindung (spontan, eingeleitet oder durch Kaiserschnitt) vor der abgeschlossenen 37. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt) wird mit

O60.1 *Vorzeitige Entbindung*

kodiert.

Wenn der Grund für die Frühgeburt bekannt ist, ist dieser Grund als Hauptdiagnose zu verschlüsseln, gefolgt von O60.1 als Nebendiagnosekode. Wenn der Grund nicht bekannt ist, ist O60.1 der Hauptdiagnosekode.

Außerdem ist als Nebendiagnose ein Kode aus

O09.–! *Schwangerschaftsdauer*

zuzuordnen.

Vorzeitige Wehen **mit** Wirkung auf die Zervix vor der abgeschlossenen 37. Schwangerschaftswoche, die **nicht** zu einer Entbindung beim selben Krankenhausaufenthalt führen, werden mit

O60.0 *Vorzeitige Wehen*

kodiert.

Wenn der Grund für die vorzeitigen Wehen bekannt ist, ist dieser Grund als Hauptdiagnose zu verschlüsseln, gefolgt von O60.0 als Nebendiagnosekode. Wenn der Grund nicht bekannt ist, ist O60.0 der Hauptdiagnosekode.

Außerdem ist als Nebendiagnose ein Kode aus

O09.–! *Schwangerschaftsdauer*

zuzuordnen.

Bei Aufnahmen mit Kontraktionen **ohne** Wirkung auf die Zervix ist

O47.0 *Frustrane Kontraktionen vor 37 vollendeten Schwangerschaftswochen* oder

O47.1 *Frustrane Kontraktionen ab 37 oder mehr vollendeten Schwangerschaftswochen*

zu kodieren.

Wenn der Grund für die frustranen Kontraktionen bekannt ist, ist dieser Grund als Hauptdiagnose zu verschlüsseln, gefolgt von einem Kode aus O47.– als Nebendiagnosekode. Wenn der Grund nicht bekannt ist, ist ein Kode aus O47.– der Hauptdiagnosekode.

Außerdem ist bei O47.0 *Frustrane Kontraktionen vor 37 vollendeten Schwangerschaftswochen* als Nebendiagnose ein Kode aus

O09.–! *Schwangerschaftsdauer*

zuzuordnen.

1520a Verlängerte Schwangerschaftsdauer und Übertragung

O48 *Übertragene Schwangerschaft*

ist zu kodieren, wenn die Entbindung nach vollendeter 41. Schwangerschaftswoche erfolgt oder das Kind deutliche Übertragungszeichen zeigt.

Beispiel 1

Eine Patientin entbindet ein Kind in der 42. Schwangerschaftswoche.

Hauptdiagnose: O48 *Übertragene Schwangerschaft*

Nebendiagnose(n): Z37.0! *Lebendgeborener Einling*
O09.7! *Schwangerschaftsdauer mehr als 41 vollendete Wochen*

Prozedur(en): 9-261 *Überwachung und Leitung einer Risikogeburt*

Beispiel 2

Eine Patientin entbindet ein Kind in der 40. Schwangerschaftswoche. Das Kind zeigt deutliche Übertragungszeichen.

Hauptdiagnose:	O48	<i>Übertragene Schwangerschaft</i>
Nebendiagnose(n):	Z37.0!	<i>Lebendgeborener Einling</i>
	O09.6!	<i>Schwangerschaftsdauer 37. Woche bis 41 vollendete Wochen</i>
Prozedur(en):	9-261	<i>Überwachung und Leitung einer Risikogeburt</i>

1521a Protrahierte Geburt

Bei aktiver Wehensteuerung im Krankenhaus wird eine Geburt als protrahiert bezeichnet, wenn sie nach **18 Stunden** regelmäßiger Wehentätigkeit nicht unmittelbar bevorsteht. Die Kodierung erfolgt mit einem passenden Kode aus:

- O63.– *Protrahierte Geburt*
 O75.5 *Protrahierte Geburt nach Blasensprengung*
 O75.6 *Protrahierte Geburt nach spontanem oder nicht näher bezeichnetem Blasensprung*

1522a Geburtseinleitung**Einleitungsprozeduren**

In den Kodes

- 9-260 *Überwachung und Leitung einer normalen Geburt*
 oder
 9-261 *Überwachung und Leitung einer Risikogeburt*

ist die medikamentöse Einleitung einer Geburt, um eine Schwangerschaft zu beenden, enthalten und somit nicht gesondert zu kodieren.

Bei künstlicher Fruchtblasensprengung ist zusätzlich

- 5-730 *Künstliche Fruchtblasensprengung [Amniotomie]*
 zu kodieren.

Beispiel 1

Eine Patientin wird in der 42. Schwangerschaftswoche mit intrauterinem Fruchttod aufgenommen. Die Geburt wird mittels Amniotomie eingeleitet.

Hauptdiagnose:	O36.4	<i>Betreuung der Mutter wegen intrauterinen Fruchttodes</i>
Nebendiagnose(n):	Z37.1!	<i>Totgeborener Einling</i>
Prozedur(en):	5-730	<i>Künstliche Fruchtblasensprengung [Amniotomie]</i>
	9-261	<i>Überwachung und Leitung einer Risikogeburt</i>

1524a Verlängerung der Austreibungsphase bei Epiduralanästhesie

Eine Epiduralanästhesie kann die Austreibungsphase verlängern. Ist das der Fall, wird

- O74.6 *Sonstige Komplikationen bei Spinal- oder Periduralanästhesie während der Wehentätigkeit und bei der Entbindung*
 zugewiesen.

1525c Primärer und sekundärer Kaiserschnitt

Ein **primärer** Kaiserschnitt ist definiert als ein Kaiserschnitt, der als geplante Prozedur vor oder nach dem Einsetzen der Wehen durchgeführt wird; die Entscheidung zur Sectio wird dabei vor Einsetzen der Wehen getroffen. Dazu gehört nicht der Kaiserschnitt im direkten Anschluss an einen fehlgeschlagenen Versuch der vaginalen Entbindung.

Ein **sekundärer** Kaiserschnitt (inkl. Notfallkaiserschnitt) wird definiert als ein Kaiserschnitt, der aufgrund einer Notfallsituation (z.B. Geburtshindernis, fetaler Distress) erforderlich war. Er wird am besten beschrieben als „Kaiserschnitt, der durchgeführt wird, ohne vor Wehenbeginn als notwendig betrachtet worden zu sein“. Zur Kodierung ist der passende Kode aus

- 5-74 *Sectio caesarea und Entwicklung des Kindes*
 auszuwählen.

16 BESTIMMTE ZUSTÄNDE, DIE IHREN URSPRUNG IN DER PERINATALPERIODE HABEN

1601a Neugeborene

Die Neonatalperiode ist in Deutschland wie folgt definiert:

„Die Neonatalperiode beginnt mit der Geburt und endet mit Vollendung des 28. Tages nach der Geburt.“

(ICD Band II -Regelwerk, Kapitel 5.7.1)

Ein Kode der Kategorie

Z38.– *Lebendgeborene nach dem Geburtsort*

ist als Hauptdiagnose anzugeben, wenn das Neugeborene gesund ist (einschließlich der Kinder, bei denen eine Beschneidung vorgenommen wurde). Diese Kategorie beinhaltet Kinder, die

- a) im Krankenhaus geboren wurden
- b) außerhalb des Krankenhauses geboren und unmittelbar nach der Geburt aufgenommen wurden.

Beispiel 1

Ein Neugeborenes, zu Hause geboren (vaginale Entbindung), wird aufgenommen. Es liegt keine Erkrankung vor.

Hauptdiagnose: Z38.1 *Einling, Geburt außerhalb des Krankenhauses*

Für Frühgeborene und bereits bei Geburt oder während des stationären Aufenthaltes erkrankte Neugeborene werden die Kodes für die krankhaften Zustände **vor** einem Kode aus Z38.– *Lebendgeborene nach dem Geburtsort* kodiert.

Beispiel 2

Ein Neugeborenes, im Krankenhaus gesund geboren (vaginale Entbindung), wird wegen drei Tage nach der Geburt auftretenden Krampfanfällen behandelt.

Hauptdiagnose: P90 *Krämpfe beim Neugeborenen*

Nebendiagnose(n): Z38.0 *Einling, Geburt im Krankenhaus*

Beispiel 3

Ein Frühgeborenes mit Entbindung in der 36. Schwangerschaftswoche und einem Geburtsgewicht von 2280 Gramm sowie leichter Asphyxie unter der Geburt wird sofort nach der Geburt behandelt.

Hauptdiagnose: P07.12 *Neugeborenes mit sonstigem niedrigem Geburtsgewicht, Geburtsgewicht 1500 bis 2500 Gramm*

Nebendiagnose(n): P21.1 *Leichte oder mäßige Asphyxie unter der Geburt*

Z38.0 *Einling, Geburt im Krankenhaus*

Kodes aus Z38.– sind **nicht** zu verwenden, wenn die Behandlung während einer zweiten oder nachfolgenden stationären Aufnahme erfolgt.

Beispiel 4

Ein männliches Neugeborenes wird am 2. Tag nach einem Kaiserschnitt mit Atemnotsyndrom und Pneumothorax aus dem Krankenhaus A in das Krankenhaus B verlegt.

Krankenhaus A:

Hauptdiagnose: P22.0 *Atemnotsyndrom [Respiratory distress] des Neugeborenen*

Nebendiagnose(n): P25.1 *Pneumothorax mit Ursprung in der Perinatalperiode*
Z38.0 *Einling, Geburt im Krankenhaus*

Krankenhaus B:

Hauptdiagnose: P22.0 *Atemnotsyndrom [Respiratory distress] des Neugeborenen*

Nebendiagnose(n): P25.1 *Pneumothorax mit Ursprung in der Perinatalperiode*

Beispiel 5

Ein Neugeborenes wird im Alter von sieben Tagen mit Icterus neonatorum wieder zur Phototherapie aufgenommen. Es wird eine anhaltende Lichttherapie über 12 Stunden durchgeführt.

Hauptdiagnose: P59.9 *Neugeborenenikterus, nicht näher bezeichnet*

Prozedur(en): 8-560.2 *Lichttherapie des Neugeborenen (bei Hyperbilirubinämie)*

Anmerkung: Für die Abrechnung der Fallpauschalen und Sonderentgelte sind bei der Festlegung der Haupt- und Nebendiagnosen die *Übergangsregelungen* (siehe Seite XVIII) zu beachten.

1602a Definition der Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben

Die Perinatalperiode ist in Deutschland wie folgt definiert:

„Die Perinatalperiode beginnt mit Vollendung der 22. Schwangerschaftswoche (154 Tage; die Zeit, in der das Geburtsgewicht normalerweise 500 g beträgt) und endet mit der Vollendung des 7. Tages nach der Geburt.“

(ICD Band II -Regelwerk, Kapitel 5.7.1)

Zur Verschlüsselung von Zuständen, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben, steht das Kapitel XVI *Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben* der ICD-10-GM zur Verfügung. Es sind auch die Erläuterungen im Kapitel XVI zu beachten.

Beispiel 1

Ein Frühgeborenes wird mit Lungenhypoplasie in die Kinderklinik eines anderen Krankenhauses verlegt. Die Mutter hatte in der 25. SSW einen vorzeitigen Blasensprung. Die Schwangerschaft wurde durch Tokolyse bis zur 29. SSW hinaus gezögert. Wegen V.a. Amnioninfektionssyndrom und pathologischem CTG erfolgte eine Schnittentbindung in der 29. SSW. Die Lungenhypoplasie wird auf die Frühgeburtlichkeit infolge des Blasensprungs zurückgeführt. Die aufnehmende Kinderklinik kodiert wie folgt:

Hauptdiagnose: P28.0 *Primäre Atelektase beim Neugeborenen*
Nebendiagnose(n): P01.1 *Schädigung des Feten und Neugeborenen durch vorzeitigen Blasensprung*

Es ist auch zu berücksichtigen, dass einige Zustände (wie z.B. Stoffwechselstörungen), die während der Perinatalperiode auftreten können, nicht im Kapitel XVI klassifiziert sind. Wenn solch ein Zustand beim Neugeborenen auftritt, ist ein Kode aus dem entsprechenden Kapitel der ICD-10-GM **ohne** einen Kode aus Kapitel XVI zuzuordnen.

Beispiel 2

Ein Neugeborenes wird wegen Rotavirenenteritis aus der Geburtshilfe in die Pädiatrie verlegt.

Hauptdiagnose: A08.0 *Enteritis durch Rotaviren*
Nebendiagnose(n): Z38.0 *Einling, Geburt im Krankenhaus*

1603a Besondere Maßnahmen für das kranke Neugeborene

Parenterale Therapie

Ein Kode aus

8-010 *Applikation von Medikamenten und Elektrolytlösungen über das Gefäßsystem bei Neugeborenen*

wird z.B. zugewiesen, wenn **parenterale Flüssigkeitszufuhr** zur Behandlung mit Kohlenhydraten, zur Hydratation oder bei Elektrolytstörungen eingesetzt wird. Gleiches gilt für die präventive parenterale Flüssigkeitszufuhr bei Frühgeborenen unter 2000 g, die erfolgt, um einer Hypoglykämie oder Elektrolytentgleisung vorzubeugen.

Lichttherapie

Ein Diagnosekode für Neugeborenen gelbsucht wird **nur** zugeordnet, wenn eine Lichttherapie **länger als zwölf Stunden** durchgeführt wurde.

1604a Atemnotsyndrom des Neugeborenen/Hyaline Membranenkrankheit/Surfactantmangel

Der Kode für das Atemnotsyndrom bei Neugeborenen (P22.0 *Atemnotsyndrom [Respiratory distress syndrome] des Neugeborenen*) ist der Kodierung folgender Zustände vorbehalten:

- Hyaline Membranenkrankheit
- Atemnotsyndrom
- Surfactant-Mangel

1605a Massives Aspirationssyndrom und transitorische Tachypnoe beim Neugeborenen

Die Kategorie

P24.– *Aspirationssyndrome beim Neugeborenen*

ist zu verwenden, wenn die Atemstörung – bedingt durch das Aspirationssyndrom – eine **Sauerstoffzufuhr** von **über 24 Stunden** Dauer erforderte.

Der Kode

P22.1 *Transitorische Tachypnoe beim Neugeborenen*

ist bei folgenden Diagnosen zu verwenden:

- transitorische Tachypnoe beim Neugeborenen (ungeachtet der Dauer der Sauerstofftherapie)
- oder
- Aspirationssyndrom beim Neugeborenen, wenn die Atemstörung eine **Sauerstoffzufuhr** von **weniger als 24 Stunden** Dauer erforderte.

1606a Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie (HIE)

Die hypoxisch-ischämische Enzephalopathie wird klinisch wie folgt eingestuft:

1. Grad Übererregbarkeit, Hyperreflexie, erweiterte Pupillen, Tachykardie, aber keine Krampfanfälle.
2. Grad Lethargie, Miosis, Bradykardie, verminderte Reflexe (z.B. Moro-Reflex), Hypotonie und Krampfanfälle.
3. Grad Stupor, Schläftheit, Krampfanfälle, fehlende Moro- und bulbäre Reflexe.

Die ICD-10-GM enthält keinen passenden Kode für die hypoxisch-ischämische Enzephalopathie. HIE ist wie unten aufgelistet zu kodieren. Die oben aufgeführten Symptome sind – mit Ausnahme von Konvulsionen – nicht separat zu kodieren.

Kodierung 1. Grad	P91.3 <i>Zerebrale Übererregbarkeit des Neugeborenen</i> + P21.0 <i>Schwere Asphyxie unter der Geburt</i> oder P20.– <i>Intrauterine Hypoxie</i>
Kodierung 2. Grad	P91.4 <i>Zerebraler Depressionszustand des Neugeborenen</i> + P90 <i>Krämpfe beim Neugeborenen (falls vorhanden)</i> + P21.0 <i>Schwere Asphyxie unter der Geburt</i> oder P20.– <i>Intrauterine Hypoxie</i>
Kodierung 3. Grad	P91.5 <i>Koma beim Neugeborenen</i> + P90 <i>Krämpfe beim Neugeborenen (falls vorhanden)</i> + P21.0 <i>Schwere Asphyxie unter der Geburt</i> oder P20.– <i>Intrauterine Hypoxie</i>

18 SYMPTOME UND ABNORME KLINISCHE UND LABORBEFUNDE, DIE ANDERENORTS NICHT KLASSIFIZIERT SIND

1803a Stürze

R29.81 *Stürze unbekannter Ursache*

ist nur in den Fällen zuzuweisen, bei denen Patienten (normalerweise ältere Patienten) aufgrund von Stürzen mit unbekannter Ätiologie aufgenommen werden und bei denen während des Krankenhausaufenthalts kein(e) Grund(-erkrankung) gefunden wird. In Fällen mit einer bekannten Verletzung, die mit dem Sturz in Zusammenhang steht oder in Fällen mit einer bekannten Grunderkrankung, die als Ursache für die wiederkehrenden Stürze gefunden wurde, (z.B. die Parkinson-Krankheit) ist R29.81 *Stürze unbekannter Ursache* nicht zu kodieren.

1804d Inkontinenz

Der Befund Inkontinenz ist von klinischer Bedeutung, wenn

- die Inkontinenz nicht als im Rahmen einer Behandlung „normal“ angesehen werden kann (z.B. nach bestimmten Operationen und bei bestimmten Zuständen).
- die Inkontinenz nicht als der normalen Entwicklung entsprechend angesehen werden kann (wie z.B. bei Kleinkindern).
- die Inkontinenz bei einem Patienten mit deutlicher Behinderung oder geistiger Retardierung andauert.

Die Kodes für Urin- oder Stuhlinkontinenz

N39.3 *Streßinkontinenz*

N39.4 *Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz*

R32 *Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz,*

R15 *Stuhlinkontinenz*

sind nur anzugeben, wenn die Inkontinenz Grund für eine operative Behandlung ist, bei der Entlassung besteht oder mindestens sieben Kalendertage lang andauert.

1805d Fieberkrämpfe

R56.0 *Fieberkrämpfe*

wird nur dann als Hauptdiagnosecode angegeben, wenn keine auslösenden Erkrankungen wie Pneumonie, Meningitis oder andere Infektionsherde vorliegen. Ist eine zugrunde liegende Ursache bekannt, wird diese als Hauptdiagnose angegeben und R56.0 *Fieberkrämpfe* wird als Nebendiagnose zusätzlich kodiert.

1806d Schmerzdiagnosen und Schmerzbehandlungsverfahren

Akuter Schmerz

Wenn ein Patient wegen postoperativer Schmerzen oder wegen Schmerzen im Zusammenhang mit einer anderen Erkrankung behandelt wird, sind nur die durchgeführte Operation oder die schmerzverursachende Erkrankung zu kodieren.

R52.0 *Akuter Schmerz*

wird nur dann zugeordnet, wenn Lokalisation und Ursache des akuten Schmerzes nicht bekannt sind.

Nichtoperative Analgesieverfahren für akuten Schmerz (mit Ausnahme des OPS-Kodes 8-919 *Komplexe Akutschmerzbehandlung*) sind anzugeben, wenn sie als alleinige Maßnahme durchgeführt werden. Sie sind mit einem Kode aus 8-91 zu verschlüsseln.

Chronischer/therapieresistenter Schmerz/Tumorschmerz

Wird ein Patient speziell zur Schmerzbehandlung aufgenommen und wird ausschließlich der Schmerz behandelt, ist der Kode für die Lokalisation des Schmerzes als Hauptdiagnose anzugeben. Dies gilt auch für den Tumorschmerz.

Beispiel 1

Ein Patient wird zur Behandlung chronischer, therapieresistenter Schmerzen in der Kreuzgegend aufgenommen. Dem Patienten wird ein Rückenmarkstimulator (Einzelelektrodensystem) mit einem permanenten Einzelelektrodensystem zur epiduralen Dauerstimulation implantiert.

Hauptdiagnose:	M54.5	<i>Kreuzschmerz</i>
Prozedur(en):	5-039.20	<i>Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Rückenmarkstimulation, Einzelelektrodensystem</i>
	5-039.34	<i>Implantation oder Wechsel eines permanenten Einzelelektrodensystems zur epiduralen Dauerstimulation, perkutan</i>

Die Kodes

R52.1 *Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz* oder

R52.2 *Sonstiger chronischer Schmerz*

sind nur dann als **Hauptdiagnose** anzugeben, wenn die Lokalisation der Schmerzen nicht näher bestimmt ist (*siehe Ausschlusshinweise bei Kategorie R52*) **und** die Definition der Hauptdiagnose zutrifft.

Beispiel 2

Ein Patient wird ins Krankenhaus zur Untersuchung eines chronischen therapieresistenten Schmerzes aufgenommen. Ursache und nähere Zuordnung des Schmerzes kann während des Krankenhausaufenthaltes nicht bestimmt werden.

Hauptdiagnose: R52.1 *Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz*

In allen anderen Fällen von chronischem Schmerz muss die Erkrankung, die den Schmerz verursacht, als Hauptdiagnose angegeben werden, soweit diese für die stationäre Behandlung verantwortlich war.

Beispiel 3

Ein Patient wird zur Behandlung von Knochenmetastasen eines bösartigen Lungentumors im Oberlappen aufgenommen. Er erhält u.a. Morphium, um die schweren Knochenschmerzen zu kontrollieren.

Hauptdiagnose: C79.5 *Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes*

Nebendiagnose(n): C34.1 *Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge, Oberlappen (-Bronchus)*

19 VERLETZUNGEN, VERGIFTUNGEN UND BESTIMMTE ANDERE FOLGEN ÄUSSERER URSACHEN

1902a Oberflächliche Verletzungen

Oberflächliche Verletzungen, z.B. Abschürfungen oder Prellungen, werden nicht kodiert, wenn sie mit schwereren Verletzungen derselben Lokalisation in Zusammenhang stehen, es sei denn, sie erhöhen den Aufwand für die Behandlung der schwereren Verletzung, z.B. durch eine zeitliche Verzögerung (s.a. DKR D003d *Nebendiagnosen* (Seite 11)).

Beispiel 1

Ein Patient kommt zur Behandlung einer suprakondylären Humerusfraktur und Prellung des Ellbogens sowie einer Fraktur des Skapulakorpus.

Hauptdiagnose: S42.41 *Fraktur des distalen Endes des Humerus, suprakondylär*

Nebendiagnose(n): S42.11 *Fraktur der Skapula, Korpus*

In diesem Fall ist die Prellung des Ellbogens nicht zu kodieren.

1903c Fraktur und Luxation

Zur Kodierung von Wirbelfrakturen/Luxationen s.a. DKR 1910d *Verletzung des Rückenmarks* (Seite 145).

Fraktur und Luxation mit Weichteilschaden

Zwei Codes werden benötigt, um Frakturen und Luxationen mit Weichteilschaden zu kodieren. Zuerst ist der Code der Fraktur oder der Code der Luxation anzugeben und danach der entsprechende Code für den Schweregrad des Weichteilschadens der Fraktur/Luxation (Sx1.84!–Sx1.89!). Nur geschlossene Frakturen 0. Grades oder Luxationen mit Weichteilschaden 0. Grades (gekennzeichnet durch „geringen Weichteilschaden, einfache Bruchform“) oder nicht näher bezeichneten Grades erhalten keine zusätzliche Schlüsselnummer.

Beispiel 1

Ein Patient wird mit einer offenen Oberschenkelfraktur II. Grades aufgenommen.

Hauptdiagnose: S72.3 *Fraktur des Femurschaftes*

Nebendiagnose(n): S71.88! *Weichteilschaden II. Grades bei offener Fraktur oder Luxation der Hüfte und des Oberschenkels*

Beispiel 2

Ein Patient wird zur Behandlung einer offenen Schulterluxation mit Verlagerung des Humerus nach vorne und Weichteilschaden I. Grades aufgenommen.

Hauptdiagnose: S43.01 *Luxation des Humerus nach vorne*

Nebendiagnose(n): S41.87! *Weichteilschaden I. Grades bei offener Fraktur oder Luxation des Oberarmes*

Luxationsfraktur

In diesen Fällen ist sowohl für die Fraktur als auch für die Luxation ein Code zuzuweisen; der erste Code für die Fraktur. In bestimmten Fällen sieht die ICD-10-GM für die mit einer Luxation kombinierte Fraktur eine von dieser Regel abweichende Kodierung vor:

Zum Beispiel ist die Monteggia-Luxationsfraktur als Fraktur klassifiziert (S52.21 *Fraktur des proximalen Ulnaschaftes mit Luxation des Radiuskopfes*).

Fraktur und Luxation an gleicher oder unterschiedlicher Lokalisation

Bei Vorliegen einer kombinierten Verletzung an gleicher Lokalisation ist die Angabe eines Zusatzkodes für den Weichteilschaden ausreichend.

Beispiel 3

Ein Patient wird zur Behandlung einer offenen Humeruskopffraktur I. Grades mit (offener) Schulterluxation nach vorne mit Weichteilschaden I. Grades aufgenommen.

Hauptdiagnose: S42.21 *Fraktur des proximalen Endes des Humerus, Kopf*

Nebendiagnose(n): S41.87! *Weichteilschaden I. Grades bei offener Fraktur oder Luxation des Oberarmes*

S43.01 *Luxation des Humerus nach vorne*

Liegen bei einem Patienten mehrere Frakturen oder Luxationen unterschiedlicher Lokalisation vor, so ist für jede Lokalisation der entsprechende Code für den Schweregrad des Weichteilschadens der Fraktur/Luxation (Sx1.84!–Sx1.89!) anzugeben, soweit es sich nicht um einen Weichteilschaden 0. Grades handelt.

Knochenkontusion

Eine Knochenkontusion („bone bruise“, bildgebender Nachweis einer Fraktur der Spongiosa bei intakter Kortikalis) wird wie eine Fraktur an entsprechender Lokalisation kodiert.

1905d Offene Wunden/Verletzungen

Für jede Körperregion steht im Kapitel XIX ein Abschnitt für offene Wunden zur Verfügung. Hier sind auch Codes aufgeführt, mit denen offene Wunden verschlüsselt werden, die mit einer Fraktur oder einer Luxation in Verbindung stehen oder bei denen durch die Haut in Körperhöhlen eingedrungen wurde (d.h. intrakranielle Wunden, intrathorakale Wunden und intra-abdominale Wunden).

Die offene Wunde ist in diesen Fällen **zusätzlich** zur Verletzung (z.B. der Fraktur) zu kodieren, s.a. DKR 1903c *Fraktur und Luxation* (Seite 141).

Offene Verletzungen mit Gefäß-, Nerven- und Sehnenbeteiligung

Liegt eine Verletzung mit Gefäßschaden vor, hängt die Reihenfolge der Codes davon ab, ob der Verlust der betroffenen Gliedmaße droht. Ist dies der Fall, so ist bei einer Verletzung mit Schädigung von Arterie und Nerv

- zuerst die arterielle Verletzung,
- danach die Verletzung des Nerven,
- danach ggf. eine Verletzung der Sehnen,
- schließlich die Fleischwunde anzugeben.

In Fällen, bei denen trotz einer Nerven- und Arterienbeschädigung der Verlust von Gliedmaßen unwahrscheinlich ist, ist die Reihenfolge der Kodierung je nach der Schwere der jeweiligen Schäden festzulegen.

Offene intrakranielle/intrathorakale/intraabdominelle Verletzung

Wenn eine offene intrakranielle/intrathorakale/intraabdominelle Verletzung vorliegt, ist zuerst der Code für die intrakranielle/intrathorakale/intraabdominelle Verletzung anzugeben, gefolgt vom Code für die offene Wunde.

Beispiel 1

Ein Patient wird mit vollständiger Zerreißung des Nierenparenchyms, Milzriss mit Parenchymbeteiligung und kleinen Risswunden an mehreren Dünndarmabschnitten sowie Heraustreten von Eingeweiden durch die Bauchwand aufgenommen.

Hauptdiagnose:	S37.03	<i>Komplette Ruptur des Nierenparenchyms</i>
Nebendiagnose(n):	S36.03	<i>Rissverletzung der Milz mit Beteiligung des Parenchyms</i>
	S36.49	<i>Verletzung des Dünndarmes, sonstiger und mehrere Teile des Dünndarmes</i>
	S31.83!	<i>Offene Wunde (jeder Teil des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens) mit Verbindung zu einer intraabdominalen Verletzung</i>

Offene Fraktur mit intrakranieller/intrathorakaler/intraabdomineller Verletzung

Wo eine offene Schädelfraktur verbunden mit einer intrakraniellen Verletzung/offene Fraktur des Rumpfes zusammen mit einer intrathorakalen/intraabdominellen Verletzung vorliegt, ist

- ein Code für die intrakranielle/intrakavitäre Verletzung anzugeben,
 - einer der folgenden Codes
- S01.83! *Offene Wunde (jeder Teil des Kopfes) mit Verbindung zu einer intrakraniellen Verletzung.*
- S21.83! *Offene Wunde (jeder Teil des Thorax) mit Verbindung zu einer intrathorakalen Verletzung*
- oder
- S31.83! *Offene Wunde (jeder Teil des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens) mit Verbindung zu einer intraabdominalen Verletzung*

- die Codes für die Fraktur

und

- ein Code für den Schweregrad des Weichteilschadens der offenen Fraktur aus
S01.87!–S01.89!,
S21.87!–S21.89!

oder

- S31.87!–S31.89!.

Komplikationen offener Wunden

Liegt eine offene Wunde mit Komplikation vor, ist der Code für die offene Wunde anzugeben, gefolgt von einem Code aus

T89.0- *Komplikationen einer offenen Wunde.*

Beispiel 2

Ein Patient wird mit Glassplittern in einer offenen Kniewunde aufgenommen. Die Wunde ist infiziert. Im Abstrich findet sich Staphylococcus aureus.

Hauptdiagnose:	S81.0	<i>Offene Wunde des Knies</i>
Nebendiagnose(n):	T89.01	<i>Komplikation einer offenen Wunde, Fremdkörper (mit oder ohne Infektion)</i>
	B95.6!	<i>Staphylococcus aureus als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind</i>

1909c Bewusstlosigkeit**Bewusstlosigkeit im Zusammenhang mit einer Verletzung**

Wenn ein Verlust des Bewusstseins **im** Zusammenhang mit einer Verletzung aufgetreten ist, ist die Art der Verletzung **vor** einem Code aus S06.7- *Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma* für die Dauer der Bewusstlosigkeit anzugeben.

Beispiel 1

Der Patient wird mit einer Fraktur des Siebbeins (Röntgenaufnahme) aufgenommen. Im CT zeigt sich ein großes subdurales Hämatom. Der Patient war 3 Stunden bewusstlos.

Hauptdiagnose:	S06.5	<i>Traumatische subdurale Blutung</i>
Nebendiagnose(n):	S02.1	<i>Schädelbasisfraktur</i>
	S06.71	<i>Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma, 30 Minuten bis 24 Stunden</i>
Prozedur(en):	3-200	<i>Native Computertomographie des Schädels</i>

Bewusstlosigkeit ohne Zusammenhang mit einer Verletzung

Sofern die Bewusstlosigkeit eines Patienten **nicht** mit einer Verletzung im Zusammenhang steht, sind folgende Codes zu verwenden:

- R40.0 *Somnolenz*
 R40.1 *Sopor*
 R40.2 *Koma, nicht näher bezeichnet*

**1910d Verletzung des Rückenmarks
(mit traumatischer Paraplegie und Tetraplegie)****Die akute Phase – unmittelbar posttraumatisch**

Unter der akuten Phase einer Rückenmarksverletzung versteht man den Behandlungszeitraum unmittelbar nach dem Trauma. Sie kann mehrere Krankenhausaufenthalte umfassen.

Wenn ein Patient mit einer Verletzung des Rückenmarks aufgenommen wird (z.B. mit Kompression des Rückenmarks, Kontusion, Riss, Querschnitt oder Quetschung), sind folgende Details zu kodieren:

1. Die Art der Läsion des Rückenmarks ist als erster Code anzugeben (komplette oder inkomplette Querschnittverletzung).
2. Die funktionale Höhe (Ebene) der Rückenmarksläsion ist mit
 S14.7!, S24.7!, S34.7! *Funktionale Höhe der zervikalen/thorakalen/lumbosakralen Rückenmarksverletzung*

zu verschlüsseln. Für die Höhenangabe der funktionalen Höhe sind die Hinweise bei S14.7!, S24.7! und S34.7! in der ICD-10-GM zu beachten.

Patienten mit Rückenmarksverletzungen haben mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Wirbel-fraktur oder -luxation erlitten; demnach sind auch folgende Angaben zu kodieren:

3. Die Bruchstelle, wenn eine Fraktur der Wirbel vorliegt.
4. Der Ort der Luxation, wenn eine Luxation vorliegt.
5. Schweregrad des Weichteilschadens der Fraktur/Luxation

Beispiel 1

Ein Patient wird mit einer Kompressionsfraktur an T12 aufgenommen. Es liegt eine Kompressionsverletzung des Rückenmarks auf derselben Höhe mit inkompletter Paraplegie auf der funktionalen Höhe L2 vor.

- Hauptdiagnose: S24.12 *Inkomplette Querschnittverletzung des thorakalen Rückenmarkes*
 Nebendiagnose(n): S34.72! *Funktionale Höhe einer Verletzung des lumbosakralen Rückenmarkes, L2*
 S22.06 *Fraktur eines Brustwirbels, T11 und T12*

Die akute Phase – Verlegung des Patienten

Wenn ein Patient in Folge eines Traumas eine Verletzung des Rückenmarks erlitten hat und unmittelbar von einem Akutkrankenhaus in ein anderes Akutkrankenhaus verlegt wurde, ist in beiden Häusern der Code für die Art der Verletzung als Hauptdiagnose anzugeben und der entsprechende Code für die funktionale Höhe der Rückenmarksverletzung als erste Nebendiagnose.

Beispiel 2

Ein Patient wird mit einer schweren Rückenmarksverletzung in Krankenhaus A aufgenommen. Ein CT bestätigt eine Luxation des T7/8 Wirbels mit Verletzung des Rückenmarks auf derselben Höhe. Neurologisch zeigt sich ein inkompletter Querschnitt unterhalb T8. Nach Stabilisierung im Krankenhaus A wird der Patient ins Krankenhaus B verlegt, in dem eine Spondylodese durchgeführt wird.

Krankenhaus A

- Hauptdiagnose: S24.12 *Inkomplette Querschnittverletzung des thorakalen Rückenmarkes*
 Nebendiagnose(n): S24.75! *Funktionale Höhe einer Verletzung des thorakalen Rückenmarkes, T8/T9*
 S23.14 *Luxation eines Brustwirbels, Höhe T7/8 und T8/9*
 Prozedur(en): 3-203 *Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark*

Krankenhaus B

- Hauptdiagnose: S24.12 *Inkomplette Querschnittverletzung des thorakalen Rückenmarkes*
 Nebendiagnose(n): S24.75! *Funktionale Höhe einer Verletzung des thorakalen Rückenmarkes, T8/T9*
 S23.14 *Luxation eines Brustwirbels, Höhe T7/8 und T8/9*
 Prozedur(en): 5-836.41 *Spondylodese, dorsal und ventral kombiniert, interkorporal, 2 Segmente*
 5-835.3 *Osteosynthese durch ventrales Schrauben/Plattensystem*

Rückenmarksverletzung – chronische Phase

Die chronische Phase betrifft Patienten mit Paraplegie/Tetraplegie, die zur Behandlung von anderen Erkrankungen aufgenommen werden, die mit ihrem Zustand in Zusammenhang stehen können oder nicht (z.B. Harnwegsinfekt).

In diesen Fällen ist die zu behandelnde Erkrankung, gefolgt von einem Code der Kategorie

G82.– *Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie*, fünfte Stelle „2“ oder „3“ anzugeben sowie andere vorliegende Erkrankungen. Die Reihenfolge dieser Diagnosen muss sich an der Definition der Hauptdiagnose orientieren.

Die Codes für die Verletzung des Rückenmarks sind nicht anzugeben, da diese nur in der akuten Phase zu verwenden sind.

Beispiel 3

Ein Patient wird zur Behandlung einer Infektion des Harntraktes aufgenommen. Zusätzlich bestehen eine inkomplette schlaaffe Paraplegie auf Höhe von L2, ein inkomplettes Cauda-(equina-) Syndrom und eine neurogene Blasenentleerungsstörung.

Hauptdiagnose:	N39.0	<i>Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet</i>
Nebendiagnose(n):	G82.03	<i>Schlaaffe Paraparese und Paraplegie, chronische inkomplette Querschnittslähmung</i>
	G82.66!	<i>Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarks, L2-S1</i>
	G83.41	<i>Inkomplettes Cauda- (equina-) Syndrom</i>
	G95.81	<i>Harnblasenlähmung bei Schädigung des unteren motorischen Neurons [LMNL]</i>

Anmerkung: Soll das Vorliegen einer neurogenen Blasenfunktionsstörung angegeben werden, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer aus G95.8- zu verwenden.

Kodierung von Wirbelfrakturen und -luxationen

Siehe auch DKR 1903c *Fraktur und Luxation* (Seite 141).

Bei Mehrfachfrakturen oder -luxationen wird jede Höhe einzeln angegeben.

Beispiel 4

Ein Patient wird mit einer komplizierten offenen Fraktur II. Grades des zweiten, dritten und vierten Brustwirbels mit Verschiebung auf Höhe T2/T3 und T3/T4 und kompletter Durchtrennung des Rückenmarks in Höhe T3 aufgenommen. Die neurologische Untersuchung bestätigt einen kompletten Querschnitt unterhalb T3.

Hauptdiagnose:	S24.11	<i>Komplette Querschnittverletzung des thorakalen Rückenmarkes</i>
Nebendiagnose(n):	S24.72!	<i>Funktionale Höhe einer Verletzung des thorakalen Rückenmarkes, T2/T3</i>
	S22.01	<i>Fraktur eines Brustwirbels, Höhe: T1 und T2</i>
	S22.02	<i>Fraktur eines Brustwirbels, Höhe: T3 und T4</i>
	S21.88!	<i>Weichteilschaden II. Grades bei offener Fraktur oder Luxation des Thorax</i>
	S23.11	<i>Luxation eines Brustwirbels, Höhe: T1/T2 und T2/T3</i>
	S23.12	<i>Luxation eines Brustwirbels, Höhe: T3/T4 und T4/T5</i>

1911a Mehrfachverletzungen**Diagnosen**

Die **einzelnen** Verletzungen werden, wann immer möglich, entsprechend ihrer Lokalisation und ihrer Art so genau wie möglich kodiert.

Combinationskategorien für Mehrfachverletzungen (T00–T07 *Verletzungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen*) und Codes aus S00–S99, die mit einer „7“ an vierter Stelle multiple Verletzungen kodieren, sind nur dann zu verwenden, wenn die Anzahl der zu kodierenden Verletzungen die maximale Zahl der übermittelbaren Diagnosen überschreitet. In diesen Fällen

sind spezifische Codes (Verletzung nach Lokalisation/Art) für die schwerwiegenderen Verletzungen zu verwenden und die Mehrfachkategorien, um weniger schwere Verletzungen (z.B. oberflächliche Verletzungen, offene Wunden sowie Distorsion und Zerrung) zu kodieren (s.a. DKR D012d *Mehrfachkodierung* (Seite 21)).

Hinweis: Das Alphabetische Verzeichnis der ICD-10-GM schlägt für eine „Mehrfachverletzung“ oder ein „Polytrauma“ den Code T07 (*Nicht näher bezeichnete multiple Verletzungen*) vor. Dieser Code ist unspezifisch und deshalb nach Möglichkeit **nicht** zu verwenden.

Reihenfolge der Codes bei multiplen Verletzungen

Im Fall von mehreren näher beschriebenen Verletzungen ist als Hauptdiagnose die Erkrankung auszuwählen, die am schwerwiegendsten ist.

Beispiel 1

Ein Patient wird mit fokaler Hirnkontusion, traumatischer Amputation eines Ohres, 20-minütiger Bewusstlosigkeit, Prellung von Gesicht, Kehlkopf und Schulter sowie mit Schnittwunden in Wange und Oberschenkel aufgenommen.

Hauptdiagnose:	S06.31	<i>Umschriebene Hirnkontusion</i>
Nebendiagnose(n):	S06.70	<i>Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma, weniger als 30 Minuten</i>
	S08.1	<i>Traumatische Amputation des Ohres</i>
	S01.41	<i>Offene Wunde der Wange</i>
	S71.1	<i>Offene Wunde des Oberschenkels</i>
	S00.85	<i>Oberflächliche Verletzung sonstiger Teile des Kopfes, Prellung</i>
	S10.0	<i>Prellung des Rachens</i>
	S40.0	<i>Prellung der Schulter und des Oberarms</i>

In diesem Fall werden S09.7 *Multiple Verletzungen des Kopfes* und T01.8 *Offene Wunden an sonstigen Kombinationen von Körperregionen* **nicht** angegeben, da individuelle Codes anzugeben sind, wann immer dies möglich ist.

Prozeduren

Zusätzlich zu den Codes für die einzelnen durchgeführten Prozeduren ist bei der Versorgung von Mehrfachverletzungen und Polytraumen der passende **Zusatzcode**

5-981 *Versorgung bei Mehrfachverletzung*

bzw. aus

5-982 *Versorgung bei Polytrauma*

anzugeben.

1914d Verbrennungen und Verätzungen**Reihenfolge der Kodes**

Das Gebiet mit der schwersten Verbrennung/Verätzung ist zuerst anzugeben. Eine Verbrennung/Verätzung 3. Grades ist demnach **vor** einer Verbrennung/Verätzung 2. Grades anzugeben, auch dann, wenn die Verbrennung/Verätzung 2. Grades einen größeren Teil der Körperoberfläche betrifft.

Verbrennungen/Verätzungen desselben Gebietes, aber unterschiedlichen Grades sind als Verbrennungen/Verätzungen des höchsten vorkommenden Grades zu kodieren.

Beispiel 1

Eine Verbrennung 2. und 3. Grades des Knöchels ist zu kodieren mit

Hauptdiagnose: T25.3 *Verbrennung 3. Grades der Knöchelregion und des Fußes*

Verbrennungen/Verätzungen, die eine Hauttransplantation erfordern, sind immer **vor** denjenigen anzugeben, die keine Hauttransplantation erfordern.

Wenn mehrere Verbrennungen/Verätzungen **selben Grades** existieren, dann wird das Gebiet mit der größten betroffenen Körperoberfläche zuerst angegeben. Alle weiteren Verbrennungen/Verätzungen sind, wann immer möglich, mit ihrer jeweiligen Lokalisation zu kodieren.

Beispiel 2

Eine Verbrennung 2. Grades der Bauchwand und des Perineums ist wie folgt zu kodieren:

Hauptdiagnose: T21.23 *Verbrennung 2. Grades des Rumpfes, Bauchdecke*

Nebendiagnose(n): T21.25 *Verbrennung 2. Grades des Rumpfes, (äußeres) Genitale*

Wenn die Anzahl der Kodes für einen stationären Fall die maximale Zahl der übermittelbaren Diagnosen übersteigt, ist es sinnvoll, die Kodes für mehrfache Verbrennungen oder Verätzungen (T29.– *Verbrennungen oder Verätzungen mehrerer Körperregionen*) zu benutzen. Bei Verbrennungen/Verätzungen 3. Grades sind immer die differenzierten Kodes zu verwenden. Wenn Mehrfachcodes erforderlich sind, werden diese für Verbrennungen/Verätzungen 2. Grades benutzt.

Körperoberfläche (KOF)

Jeder Verbrennungs-/Verätzungsfall ist **zusätzlich** mit einem Kode aus

T31.–! *Verbrennungen, klassifiziert nach dem Ausmaß der betroffenen Körperoberfläche* bzw.

T32.–! *Verätzungen, klassifiziert nach dem Ausmaß der betroffenen Körperoberfläche*

zu versehen, um den Prozentsatz der betroffenen Körperoberfläche anzuzeigen.

Die vierte Stelle beschreibt die Summe aller einzelnen Verbrennungen/Verätzungen, angegeben in Prozent der Körperoberfläche.

Ein Kode aus T31.–! und T32.–! ist nur einmal nach dem letzten Kode für die betroffenen Gebiete anzugeben.

1915c Missbrauch/Misshandlung von Erwachsenen und Kindern

In Fällen von Missbrauch ist/sind die vorliegende(n) Verletzung(en) bzw. psychischen Störungen zu kodieren.

Ein Kode der Kategorie

T74.– *Missbrauch von Personen*

als Ursache der Verletzung(en) oder psychischen Störungen ist **nicht** anzugeben.

Dies gilt auch für die Kodierung beim Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom.

1916a Vergiftung durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen

Die Diagnose „Vergiftung durch Arzneimittel/Drogen“ wird gestellt bei **irrtümlicher** Einnahme oder **unsachgemäßer** Anwendung, Einnahme zwecks Selbsttötung und Tötung und bei Nebenwirkungen verordneter Medikamente, die in Verbindung mit einer Eigenmedikation eingenommen werden.

Vergiftungen sind in den Kategorien

T36–T50 *Vergiftungen durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen*

und

T51–T65 *Toxische Wirkung von vorwiegend nicht medizinisch verwendeten Substanzen*

klassifiziert. Die Absicht der Selbsttötung (X84.9!) ist nicht zu kodieren.

Zusätzlich zum Kode für die Vergiftung ist ein Kode zu verwenden, um eine signifikante Manifestation anzugeben (z.B. Koma, Arrhythmie).

Beispiel 1

Ein Patient wird im Koma aufgrund einer Kodeinüberdosis aufgenommen.

Hauptdiagnose: T40.2 *Vergiftung durch Betäubungsmittel und Psychodysleptika [Halluzinogene], sonstige Opioide*

Nebendiagnose(n): R40.2 *Koma, nicht näher bezeichnet*

Die **Ausnahme** von dieser Regel ist die Insulinüberdosierung, bei der ein Kode aus E10–E14 (vierte Stelle „0“ für *Diabetes mellitus mit Koma*) zuerst anzugeben ist und der Kode für die Vergiftung (T38.3 *Vergiftung durch Insulin und orale blutzuckersenkende Arzneimittel [Antidiabetika]*) als eine Nebendiagnose (siehe DKR 0401d *Diabetes mellitus* (Seite 79)).

1917d Unerwünschte Nebenwirkungen von Arzneimitteln (bei Einnahme gemäß Verordnung)

Unerwünschte Nebenwirkungen indikationsgerechter Arzneimittel bei Einnahme gemäß **Verordnung** werden wie folgt kodiert:

ein oder mehrere Kodes für den krankhaften Zustand, in dem sich die Nebenwirkungen manifestieren, **optional** ergänzt durch

Y57.9! *Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen.*

Beispiel 1

Ein Patient wird mit einer akuten, hämorrhagischen Gastritis aufgrund von ordnungsgemäß eingenommener Acetylsalicylsäure aufgenommen. Eine andere Ursache der Gastritis wird nicht gefunden.

Hauptdiagnose: K29.0 *Akute hämorrhagische Gastritis*

Nebendiagnose, optional: Y57.9! *Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen*

Beispiel 2

Ein HIV-positiver Patient kommt zur Behandlung einer hämolytischen Anämie, die durch die antiretrovirale Therapie induziert ist.

Hauptdiagnose: D59.2 *Arzneimittelinduzierte nicht-autoimmunhämolytische Anämie*

Nebendiagnose(n): Z21 *Asymptomatische HIV-Infektion [Humane Immundefizienz-Virusinfektion]*

Nebendiagnose, optional: Y57.9! *Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen*

1918a Unerwünschte Nebenwirkungen/Vergiftung von zwei oder mehr in Verbindung eingenommenen Substanzen (bei Einnahme entgegen einer Verordnung)

Vergiftung durch Arzneimittel in Kombination mit Alkohol

Eine Nebenwirkung eines Medikamentes, das in **Verbindung mit Alkohol** eingenommen wurde, ist als **Vergiftung durch beide (Wirk-)Stoffe** zu kodieren.

Beispiel 1

Ein Patient wird mit schwerer Depression des Atemzentrums aufgenommen, verursacht durch versehentlich in Verbindung mit Alkohol eingenommene Barbiturate.

Hauptdiagnose: T42.3 *Vergiftung durch Antiepileptika, Sedativa, Hypnotika und Antiparkinsonmittel, Barbiturate*

Nebendiagnose(n): G93.88 *Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Gehirns*
T51.0 *Toxische Wirkungen von Alkohol, Äthanol*

optional: X49.9! *Akzidentelle Vergiftung*

Vergiftung durch verordnete Medikamente, die in Verbindung mit nicht verordneten Medikamenten eingenommen werden

Eine Nebenwirkung, die wegen der Verbindung eines **verordneten** und eines **nicht verordneten** Medikaments auftritt, ist als **Vergiftung durch beide (Wirk-)Stoffe** zu kodieren.

Beispiel 2

Ein Patient wird mit Hämatemesis aufgrund der Einnahme von Cumarin (verordnet), versehentlich in Verbindung mit Acetylsalicylsäure (nicht verordnet) aufgenommen.

Hauptdiagnose: T39.0 *Vergiftung durch Salizylate*

Nebendiagnose(n): K92.0 *Hämatemesis*
T45.5 *Vergiftung durch primär systemisch und auf das Blut wirkende Mittel, anderenorts nicht klassifiziert, Antikoagulanzen*

optional: X49.9! *Akzidentelle Vergiftung*

ANHANG A

Grundregeln zur Verschlüsselung (WHO)

Das Alphabetische Verzeichnis enthält viele Bezeichnungen, die in Band 1 nicht vorkommen. Für die Bestimmung einer Schlüsselnummer sind sowohl das Alphabetische Verzeichnis als auch das Systematische Verzeichnis heranzuziehen.

Bevor der Kodierer mit der Verschlüsselungsarbeit beginnt, müssen die Grundsätze der Klassifikation und des Verschlüsseln bekannt sein. Ferner sollte über einige Übungspraxis verfügt werden.

Im Folgenden wird für den gelegentlichen Benutzer der ICD ein einfacher Leitfaden aufgezichnet:

1. Feststellung der Art der Angabe, die verschlüsselt werden soll, und Zugriff auf den entsprechenden Teil des Alphabetischen Verzeichnisses. Handelt es sich bei der Angabe um eine Krankheit oder Verletzung oder um einen sonstigen in den Kapiteln I-XIX oder XXI zu klassifizierenden Zustand, ist Teil 1 des alphabetischen Verzeichnisses zu berücksichtigen. Handelt es sich bei der Angabe um die äußere Ursache einer Verletzung oder um ein Ereignis, das Kapitel XX zuzuordnen ist, ist Teil 2 des Alphabetischen Verzeichnisses zu berücksichtigen.
2. Auffinden des Leitbegriffes. Bei Krankheiten und Verletzungen ist das gewöhnlich die Hauptbezeichnung des pathologischen Zustandes. Dennoch sind im Alphabetischen Verzeichnis auch einige Zustände, die mit Adjektiven oder Eponymen ausgedrückt werden, als Leitbegriffe aufgenommen.
3. Jeder Hinweis unter dem Leitbegriff ist zu lesen und zu befolgen.
4. Sämtliche Bezeichnungen, die in runden Klammern hinter dem Leitbegriff stehen, sind zu lesen (sie haben keinen Einfluss auf die Schlüsselnummer). Ebenso sind sämtliche eingerückte Bezeichnungen unter den Leitbegriffen zu lesen (diese Modifizierer können die Schlüsselnummer verändern), bis sämtliche Einzelbegriffe der Diagnosenbezeichnung berücksichtigt sind.
5. Sämtliche Querverweise des Alphabetischen Verzeichnisses („siehe“ und „siehe auch“) sind zu beachten.
6. Die Richtigkeit der ausgewählten Schlüsselnummern ist durch Rückgriff auf das Systematische Verzeichnis zu überprüfen. Es ist zu beachten, dass im Alphabetischen Verzeichnis eine dreistellige Kategorie mit einem Strich in der 4. Stelle bedeutet, dass in Band 1 vierstellige Unterteilungen vorhanden sind. Weitere Unterteilungen, die für zusätzliche Stellen angewandt werden können, sind im Alphabetischen Verzeichnis nicht aufgeführt, falls sie doch benutzt werden sollen, sind sie nach Band 1 zu bestimmen.
7. Die Inklusiva und Exklusiva [Inkl. bzw. Exkl.] der jeweils ausgewählten Schlüsselnummer bzw. des Kapitels, der Gruppe oder der Kategorienüberschrift sind zu beachten.
8. Zuweisung der Schlüsselnummer.

ANHANG B

ZUSAMMENFASSUNG DER ÄNDERUNGEN

Deutsche Kodierrichtlinien Version 2005 gegenüber der Vorversion 2004

Arbeitsschritte

Zur Erstellung der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) Version 2005 wurden folgende Arbeitsschritte durchgeführt (s.a. Einleitung Version 2005):

- Kondensierung der DKR mit Streichung von inhaltlichen Redundanzen. In diesem Zusammenhang wurden auch Textpassagen gestrichen, die redundant zu ICD-10-GM bzw. OPS waren.
- Redaktionelle Überarbeitung des Manuskripts der Version 2004 (Korrektur grammatikalischer und sprachlicher Fehler sowie fehlerhafter Verweise).
- Anpassung an die ICD-10-GM Version 2005.
- Anpassung an den OPS Version 2005.
- Anpassung an die G-DRG-Klassifikation Version 2005.
- Inhaltliche Klarstellung einzelner existierender Kodierrichtlinien.
- Neuaufnahme bzw. Streichung einzelner Kodierrichtlinien zur Klarstellung spezieller Konstellationen.

Geänderte Textpassagen und Beispiele wurden durch Balken am rechten Seitenrand gekennzeichnet. Geringfügige redaktionelle Änderungen zur Vorversion 2004 sind nicht markiert.

Neue Kodierrichtlinien und Kodierrichtlinien, bei denen sich inhaltliche Änderungen ergeben haben, wurden in der fortlaufenden Nummerierung am Ende mit „d“ bezeichnet. Ergaben sich durch die Anpassung von ICD bzw. OPS neue Kodierrichtlinien, so wurde dies als inhaltliche Änderung der DKR bewertet. Kodierrichtlinien, in denen z.B. nur die Texte in Beispielen angepasst wurden, wurden in der Nummerierung nicht geändert.

Nachfolgend sind die wesentlichen Änderungen in den einzelnen Abschnitten und für die verschiedenen Kodierrichtlinien kurz dargestellt.

Wesentliche Änderungen

Anmerkung: Veränderungen in den Deutschen Kodierrichtlinien, die sich aufgrund von Streichungen und daraus evtl. resultierenden Umformulierungen anderer Kodierrichtlinien bzw. aus der redaktionellen Bearbeitung (siehe Punkt 1 und 2 unter „Arbeitsschritte“) ergeben haben, werden hier nicht explizit aufgeführt, solange die jeweiligen Veränderungen auf eine Kodierrichtlinie beschränkt waren.

Kodierrichtlinien, bei denen eine komplette Streichung aus anderen Gründen außer der Vermeidung von Redundanzen innerhalb der DKR bzw. zu den amtlichen Klassifikationen ICD-10-GM und OPS erfolgt ist, werden im Folgenden noch einmal gesondert erwähnt.

Die nachfolgende Auflistung gibt eine Übersicht über die gestrichenen Kodierrichtlinien

P002a	<i>Hauptprozedur</i>
P010a	<i>Prozeduren medizinischer Fachberufe</i>
P011a	<i>Pädiatrische Prozeduren</i>
0104a	<i>Urosepsis</i>
0202b	<i>Komplikationen im Zusammenhang mit Neubildungen</i>
0203a	<i>Rezidiv eines primären Malignoms</i>
0204a	<i>Ausgedehnte Exzision eines Tumorgebietes</i>
0205b	<i>Malignomnachweis nur in der Biopsie</i>
0210a	<i>Optionale Kodes für die Morphologie</i>
0216a	<i>Malignom der Lippe</i>
0217a	<i>Familiäre adenomatöse Polypose</i>
0218a	<i>Hereditäres nichtpolypöses Kolonkarzinom</i>
0219a	<i>Intraepitheliale Neoplasie der Prostata</i>
0301c	<i>Knochenmark-/Stammzellentnahme und -transplantation</i>
0302a	<i>Bluttransfusion</i>
0303c	<i>Versagen und Abstoßungsreaktion nach Transplantation</i>
0402a	<i>Hyperglykämie</i>
0503a	<i>Persönlichkeitsstörungen</i>
0506a	<i>Psychische Krankheit als Komplikation einer Schwangerschaft</i>
0508a	<i>Morbus Alzheimer</i>
0602a	<i>Aphasie/Dysphasie</i>
0604a	<i>Autonome Dysreflexie</i>
0605a	<i>Shuddering Attacks</i>
0606a	<i>Mitochondriale Zytopathie</i>
0607a	<i>Schädelbasis-Chirurgie</i>
0608a	<i>Intrakranielle stereotaktische Bestrahlung</i>
0609a	<i>Intrakranielle stereotaktische Neurochirurgie</i>
0610b	<i>Liquordrainage, Liquorshunt</i>
0701a	<i>Diabetische Katarakte</i>
0703a	<i>Reihenfolge der Angabe von Glaukom und Katarakt</i>
0705c	<i>Strabismus (Schielen)</i>
0706a	<i>Kontaktlinsen-Intoleranz</i>
0707a	<i>Verblitzung der Schweißser</i>
0708a	<i>Rost-Ring der Kornea</i>
0709a	<i>Kearns-Sayre-Syndrom</i>
0710a	<i>Postoperatives Hyphäma</i>
0711a	<i>Trabekulektomie</i>
0802a	<i>Leimohr</i>
0803a	<i>Entfernung von Paukenröhrchen</i>
0907a	<i>Sekundäre Hypertonie (I15.-)</i>
0910c	<i>Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO)</i>
1002a	<i>Asthma bronchiale</i>
1003c	<i>Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COLD)</i>
1104a	<i>Helicobacter/Campylobacter</i>
1106a	<i>Peranale Blutung</i>
1201a	<i>Phlegmone</i>
1202a	<i>Versorgung einer Verletzung der Haut und des subkutanen Gewebes</i>

1203a	<i>Destruktion/Exzision einer Neubildung der Haut</i>
1206a	<i>Blepharoplastik</i>
1207b	<i>Hauttransplantation</i>
1301a	<i>Chronischer Kreuzschmerz</i>
1302a	<i>Bandscheibenprolaps</i>
1303a	<i>Bandscheibenläsion</i>
1304a	<i>Retrolisthese</i>
1305a	<i>Spondylodese</i>
1306c	<i>Luxation einer Hüftendoprothese</i>
1307a	<i>Meniskus-/Bänderriss</i>
1308a	<i>Weichteilverletzungen</i>
1309a	<i>Kompartmentsyndrom</i>
1402a	<i>Hydrozele</i>
1404a	<i>Young-Syndrom</i>
1405a	<i>Klinische gynäkologische Untersuchung unter Anästhesie</i>
1502a	<i>Blasenmole</i>
1503a	<i>Abortivei</i>
1513a	<i>Beckenendlagegeburt und Exzision des Kindes</i>
1523a	<i>Selektiver Fetozid</i>
1526a	<i>Manuelle Plazentalösung</i>
1527a	<i>Definition des Puerperiums (Wochenbetts)</i>
1528a	<i>Nachgeburtliche Stillhindernisse</i>
1529a	<i>Hemmung der Laktation</i>
1801a	<i>Befunde und Symptome</i>
1802a	<i>Ataxie</i>
1901a	<i>Verstauchungen und Zerrungen</i>
1904a	<i>Zerquetschung</i>
1906a	<i>Offene Verletzungen mit Gefäß-, Nerven- und Sehnenbeteiligung</i>
1907a	<i>Offene intrakranielle Verletzung</i>
1908a	<i>Offene intrathorakale/intraabdominale Verletzung</i>
1912a	<i>Akute und alte Verletzungen</i>
1913a	<i>Folgeerscheinungen von Verletzungen, Vergiftungen, toxischen Wirkungen und anderen äußeren Ursachen</i>
1919a	<i>Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung</i>

Übergangsregelungen

Anpassung des Absatzes zur Kodierung von beidseitigen Eingriffen.

Redaktionelle Hinweise

Tabelle 1 und 2 wurden in DKR D012d Mehrfachkodierung verschoben.

Anpassung des Hinweises zur Darstellung der neuen Zusatzkennzeichen (R=rechts, L=links, B=beidseitig) in den Beispielen der Kodierrichtlinien sowie Anpassung an die redaktionellen Änderungen bei Kodes aus E11.– *Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]*.

Allgemeine Kodierrichtlinien für Krankheiten

D002d Hauptdiagnose

Klarstellung der Kodierung von nach der Entlassung eingehenden Befunden.

Klarstellung der Verwendung von Diagnosen aus dem Codebereich Z03.0 bis Z03.9 *Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen* und Aufnahme eines entsprechenden Beispiels.

Übernahme von Inhalten aus der gestrichenen DKR 1919a und Neuformulierung eines Absatzes zur Verschlüsselung von „Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Maßnahmen“ inklusive Beispielen.

D003d Nebendiagnosen

Aufnahme eines Absatzes zur Verschlüsselung von Symptomen als Nebendiagnose.

Übernahme des Abschnitts zur Kodierung von abnormen Befunden aus DKR D001a und gleichzeitige Klarstellung mit Hilfe eines Beispiels.

D004d Syndrome

Klarstellung der Kodierung bei Syndromen, wenn zwei Manifestationen der Definition der Hauptdiagnose entsprechen.

D005d Folgezustände und geplante Folgeeingriffe

Übernahme von Inhalten aus DKR D002c, den gestrichenen Kodierrichtlinien 1912a und 1913a und Bezug auf die akute Behandlung von Verbrennungen bzw. deren Folgeeingriffen nach Streichung des letzten Absatzes „Wiedereinweisung zur Behandlung von Verbrennungen“ aus DKR 1914a.

D011d Doppelkodierung

Anpassung von Beispiel 1 und 2 sowie des Textes an die neue Regelung zur Verschlüsselung von beiderseitigen Eingriffen mit dem Zusatzkennzeichen „B=beidseitig“.

D012d Mehrfachkodierung

Übernahme der Tabellen 1 und 2 aus den Redaktionellen Hinweisen.

D014d Im Alphabetischen Verzeichnis verwendete formale Vereinbarungen

Anpassung der Formulierung an das Alphabetische Verzeichnis Version 2005 zur ICD-10-GM.

Aufnahme einer Erläuterung zum Umgang mit unspezifischen „9-Kodes“.

Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren

P001d Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren

Sinngemäße Übernahme eines Absatzes zur Reihenfolge von Prozeduren aus DKR P002a.

Klarstellung zur Kodierung von eingriffsverwandten diagnostischen Prozeduren im Zusammenhang mit interventionellen, therapeutischen Prozeduren.

Klarstellung zur Verschlüsselung einer Schmerztherapie in Bezug auf den OPS-Kode 8-919 *Komplexe Akutschmerzbehandlung*.

Übernahme von Inhalten aus der gestrichenen DKR 0302a und Klarstellung hinsichtlich der Kodierung von Bluttransfusionen und Infusionen von Blutprodukten beim Einsatz der Herz-Lungen-Maschine.

P003d Hinweise und formale Vereinbarungen für die Benutzung des OPS

Anpassung an die Veränderungen bei den OPS Codes 5-063.2 *Thyreoidektomie mit Parathyreoidektomie* und 5-820 *Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk*.

Aufnahme einer Erläuterung zu dem im OPS verwendeten Symbol ≠ bzw. ↔.

P005d Multiple/Bilaterale Prozeduren

Anpassung an die neue Regelung zur Verschlüsselung von beidseitigen Eingriffen und an die Streichung der Prozeduren aus 8-718 *Dauer der maschinellen Beatmung*. Aufnahme eines Kodes aus 5-919 *Operative Versorgung von Mehrfachtumoren an einer Lokalisation der Haut in einer Sitzung* in Beispiel 1.

P010a Prozeduren medizinischer Fachberufe

Streichung dieser Kodierrichtlinie, da sie keine Hinweise zur Kodierung enthält.

P012d Prozeduren, unterschieden auf der Basis von Größe, Zeit oder Anzahl

Aufnahme eines Absatzes zur Kodierung von Mengen- bzw. Dosisangaben bei Medikamenten oder Blutprodukten sowie Anpassung von Beispiel 2.

P013d Wiedereröffnung eines Operationsgebietes/Reoperation

Anpassung bei Veränderungen der OPS-Kodes 5-340.3 *Rethorakotomie* und 5-062.8 *Andere partielle Schilddrüsenresektion: subtotale Resektion*.

P014d Prozeduren, die normalerweise nicht verschlüsselt werden

Ergänzung von Tabelle 1 um kodierbare medikamentöse Therapien.

P015d Organentnahme und Transplantation

Aufnahme eines Beispiels bezüglich Aufnahme zur Stammzellenspende nach Streichung von DKR 0301c.

Übernahme von Inhalten zur Kodierung von Versagen und Abstoßungsreaktion nach Transplantation aus der gestrichenen DKR 0303c sowie Überarbeitung der Tabelle zur Organ-/Gewebeentnahme und Transplantation.

P016d Verbringung

Neuaufnahme dieser DKR zur Regelung der Prozedurenkodierung im Rahmen einer Verbringung.

Spezielle Kodierrichtlinien**Kapitel 1 Infektionskrankheiten****0101d HIV/AIDS**

Umformulierung des letzten Abschnitts zur Verwendung des Kodes B23.0 sowie des Absatzes zur „Reihenfolge und Auswahl der Kodes“.

Klarstellung hinsichtlich der Verwendung des Ausdrucks „Kodes aus B20-B24“ in dieser DKR.

Klarstellung zur Angabe der Kodes Z51.1 *Chemotherapiesitzung wegen bösartiger Neubildung* und Z51.2 *Andere Chemotherapie* bei Chemotherapie bei HIV-Krankheit (AIDS).

Anpassung des Absatzes zur Prozedurenverschlüsselung bei Chemotherapie an die Veränderung bei OPS-Kodes aus 8-54 *Zytostatische Chemotherapie*.

0103d Bakteriämie, Sepsis, SIRS und Neutropenie

Neuformulierung der DKR zur korrekten Kodierung von Bakteriämie und Sepsis unter Einbeziehung der Urosepsis und Berücksichtigung der Streichung von Exklusiva aus dem Codebereich T80 bis T88 *Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert* bei A40.– *Streptokokkensepsis* und A41.– *Sonstige Sepsis*.

Aufnahme einer Erläuterung zur Verwendung der neuen ICD-10 Kodes aus R65.–*Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS]*.

Kapitel 2 Neubildungen**0201d Auswahl und Reihenfolge der Kodes**

Übernahme von Inhalten aus den gestrichenen Kodierrichtlinien 0202b, 0203a, 0204a, 0205b und 0210a im Rahmen einer Zusammenfassung dieser DKR.

Klarstellung der Kodierung bei Aufnahme zur systemischen Chemotherapie, bei der Primärtumor und/oder Metastasen behandelt werden.

0206a Benachbarte Gebiete

Präzisierung der Bezeichnung „aneinandergrenzende Teilbereiche innerhalb einer dreistelligen Kategorie“ durch den Zusatz „anatomisch-topographisch“.

0209d Malignom in der Eigenanamnese

Neuformulierung und teilweise Übernahme von Inhalten aus DKR 0208c.

0211d Chemotherapie bei Neubildungen

Anpassung an die Veränderung bei OPS-Kodes aus 8-54 *Zytostatische Chemotherapie* sowie Klarstellung zur Angabe der Kodes Z51.1 *Chemotherapiesitzung wegen bösartiger Neubildung* und Z51.82 *Kombinierte Strahlen- und Chemotherapiesitzung wegen bösartiger Neubildung*.

Überarbeitung der Prozedurenliste unter dem Absatz „Kombinierte Strahlen- und Chemotherapie“.

0212d Instillation von zytotoxischen Materialien in die Harnblase

Klarstellung zur Angabe des Kodes Z51.1 *Chemotherapie-Sitzung wegen bösartiger Neubildung*.

0213d Strahlentherapie

Klarstellung zur Angabe des Kodes Z51.0 *Strahlentherapie-Sitzung*.

0214d Lymphangiosis carcinomatosa

Neuformulierung dieser DKR mit Verweis auf die Kodierung bei Metastasierung.

0215d Lymphom

Klarstellung der Kodierung einer Metastasierung bei Lymphomen durch Erweiterung der Liste der Diagnosen, die nicht im Zusammenhang mit Lymphomen anzugeben sind.

Klarstellung zur Kodierung von Knochenmanifestationen bei Lymphomen.

Kapitel 4 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten

0401d Diabetes mellitus

Anpassung der Liste der Begleiterkrankungen, die zum Bild des „Diabetischen Fußes“ gehören, an die Veränderungen bei den ICD-10-GM-Kodes L89.– *Dekubitalgeschwür*, I70.21 *Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz* sowie Anpassung an die redaktionelle Änderung bei Kodes aus E10.– *Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-1-Diabetes)* und E11.– *Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-2-Diabetes)*.

Klarstellung der Kodierung bei Behandlung der Grunderkrankung Diabetes mellitus versus Behandlung von Komplikationen sowie zur Verschlüsselung der einzelnen Manifestationen bei Behandlung eines Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen.

Neuaufnahme eines Absatzes zur Regelung der Kodierung eines Diabetes mellitus mit multiplen Manifestationen, bei dem die Behandlung mehrerer Manifestationen im Vordergrund steht sowie zur Kodierung eines Diabetes als Nebendiagnose.

Neuformulierung der einzelnen Absätze zu spezifischen Manifestationen des Diabetes und Anpassung an die Nebendiagnosendefinition.

Ausschluss von E16.4 *Abnorme Gastrinsekretion* aus der Liste der bei Diabetikern nicht als Hauptdiagnose zu verschlüsselnden Diagnosen.

Ausschluss von E89.1 *Hypoinsulinämie nach medizinischen Maßnahmen* aus der Liste der Diabetes-Kodes.

Aufnahme eines Absatzes zur Kodierung eines Diabetes mellitus nach medizinischen Maßnahmen.

0403d Zystische Fibrose

Klarstellung der Kodierung einer zystischen Fibrose mit Lungen- und Darm-Manifestation, bei der die Behandlung der Darm-Manifestation im Vordergrund steht.

Kapitel 5 Psychische und Verhaltensstörungen

0501d Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Drogen, Medikamente, Alkohol und Nikotin)

Klarstellung der Kodierung bei akuter Intoxikation [akutem Rausch] F10–F19, vierte Stelle „,0“.

0502a Nikotinabhängigkeit

Anpassung des Beispiels an die neuen ICD-10-GM-Kodes aus J44.9- *Chronische obstruktive Lungenerkrankung, nicht näher bezeichnet*.

Kapitel 6 Krankheiten des Nervensystems

0601d Schlaganfall

Anpassung an die neuen Codes der ICD-10-GM aus R13.– *Dysphagie*.

0603d Tetraplegie und Paraplegie, nicht traumatisch

Anpassung an die neuen Codes der ICD-10-GM aus G82.– *Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie*, welche eine Unterscheidung zwischen akuter nichttraumatischer und chronischer Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie ermöglichen.

Klarstellung der Kodierung der funktionalen Höhe der Rückenmarksschädigung bei chronischer Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie.

Kapitel 7 Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde

0703a Reihenfolge der Angabe von Glaukom und Katarakt

Streichung dieser Kodierrichtlinie wegen fehlender Bedeutung.

Kapitel 8 Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes

0802a Leimohr

Streichung wegen fehlender Bedeutung.

0803a Entfernung von Paukenröhrchen

Streichung wegen fehlender Bedeutung.

Kapitel 9 Krankheiten des Kreislaufsystems

0901d Ischämische Herzkrankheit

Konkretisierung bezüglich der Zeitspanne während derer ein akuter Myokardinfarkt mit einem Kode aus I21.– *Akuter Myokardinfarkt* verschlüsselt werden kann.

Übernahme von Inhalten zur Kodierung einer ischämischen Herzkrankheit, die früher chirurgisch behandelt wurde aus DKR 0908c.

0904d Hypertensive Herzkrankheit (I11.–)

Klarstellung der Kodierung einer Herzkrankheit, die in kausalem Zusammenhang steht mit einer Hypertonie sowohl mit dem Kode für die Herzkrankheit als auch mit einem Kode aus I11.– *Hypertensive Herzkrankheit*.

0905d Hypertensive Nierenerkrankung (I12.–)

Klarstellung der Kodierung einer Nierenerkrankung, die in kausalem Zusammenhang steht mit einer Hypertonie sowohl mit dem Kode für die Nierenerkrankung als auch mit einem Kode aus I12.– *Hypertensive Nierenerkrankung*.

0906d Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit (I13.–)

Klarstellung der Kodierung einer hypertensiven Herz- und Nierenkrankheit sowohl mit den entsprechenden Codes für die Herz- bzw. Nierenerkrankung als auch mit einem Kode aus I13.– *Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit*.

0908d Zusätzliche Prozeduren im Zusammenhang mit Herzoperationen

Umbenennung dieser DKR nach Streichung bzw. Verschiebung von Textpassagen in andere DKR.

0909d Revisionen oder Reoperationen an Herz und Perikard

Konkretisierung der Überschrift dieser DKR sowie Übernahme von Inhalten zur Kodierung einer Bypass-Revision bzw. -Neuanlage aus DKR 0908c.

0911d Schrittmacher/Defibrillatoren

Konkretisierung des Absatzes zur Kodierung bei Aufnahme zum Aggregatwechsel eines Herzschrittmachers/Defibrillators.

Klarstellung hinsichtlich der Zuweisung des Kodes Z95.0 *Vorhandensein eines implantierten Herzschrittmachers oder eines implantierten Kardiofibrillators*.

Anpassung an die neuen Texte der ICD-10-GM-Kodes Z45.0 *Anpassung und Handhabung eines implantierten Herzschrittmachers und eines implantierten Kardiofibrillators* und Z95.0 *Vorhandensein eines implantierten Herzschrittmachers oder eines implantierten Kardiofibrillators*.

Kapitel 10 Krankheiten des Atmungssystems**1001d Maschinelle Beatmung**

Anpassung an die Streichung der OPS-Kodes aus 8-718 *Dauer der maschinellen Beatmung* und Erläuterung der Erfassung von Beatmungsstunden.

1003c Chronisch obstruktive Lungenerkrankung

Streichung dieser DKR aus Gründen der Redundanzvermeidung und da die Regelung zur Kodierung einer infektiösen Verschlechterung einer COLD z.B. durch eine Pneumonie nicht sinnvoll ist.

Kapitel 11 Krankheiten des Verdauungssystems**1105d Gastrointestinale Blutung**

Übernahme des Inhaltes aus der gestrichenen DKR 1106a.

1107a Dehydratation bei Gastroenteritis

Konkretisierung durch Neuformulierung: „Bei stationärer Aufnahme zur Behandlung...“.

Kapitel 12 Krankheiten der Haut und der Unterhaut**1201a Phlegmone**

Streichung dieser DKR aus Gründen der Redundanzvermeidung und da die Regelung zur Kodierung einer Phlegmone in Verbindung mit einer offenen Wunde oder einem Hautgeschwür nicht sinnvoll ist.

1204d Knochentransplantationen bei kraniofazialen Eingriffen

Umbenennung dieser DKR nach Streichung von redundanten Passagen.

1205d Plastische Chirurgie

Umformulierung des Absatzes zur Kodierung der Hauptdiagnose bei Aufnahme zur plastischen Operation und Streichung des Absatzes zur zusätzlichen Verschlüsselung eines Z-Kodes um den elektiven Charakter eines Eingriffs anzuzeigen.

Kapitel 14 Krankheiten des Urogenitalsystems**1401d Dialyse**

Klarstellung zur Angabe der Kodes Z49.1 *Extrakorporale Dialyse* und Z99.2 *Abhängigkeit von Dialyse bei Niereninsuffizienz* bei mehrtägigen Aufenthalten.

1403d Anogenitale Warzen

Umbenennung dieser DKR nach Streichung von Textpassagen.

1404a Young-Syndrom

Streichung dieser Kodierrichtlinie, da die Regelung zur Kodierung eines Young-Syndroms nicht sinnvoll ist.

Kapitel 15 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett**1506a Spontane vaginale Entbindung eines Einlings**

Aufnahme eines Beispiels für eine spontane, vaginale Entbindung eines gesunden Neugeborenen.

1508d Dauer der Schwangerschaft

Klarstellung bezüglich der Verschlüsselung von Kodes aus O09.–! *Schwangerschaftsdauer*.

1510b Komplikationen in der Schwangerschaft

Ergänzung der Beispiele um Kodes aus O09.–! für die Schwangerschaftsdauer.

1512d Abnorme Kindslagen und -einstellungen

Übernahme von Inhalten aus der gestrichenen DKR 1513a.

1520a Verlängerte Schwangerschaftsdauer und Übertragung

Ergänzung der Beispiele um Kodes aus O09.–! für die Schwangerschaftsdauer.

1527a Definition des Puerperiums (Wochenbetts)

Streichung dieser DKR, da sie eine nicht eindeutige Regelung zur Kodierung von Problemen beim Stillen nach Ablauf von 12 Monaten nach der Entbindung enthält.

Kapitel 18 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind**1804d Inkontinenz**

Vervollständigung der Kodeliste für Urin- oder Stuhlinkontinenz durch Übernahme von Diagnosen aus DKR 0601a sowie Klarstellung, dass Inkontinenz auch verschlüsselt wird, wenn sie Grund für eine operative Behandlung ist.

1805d Fieberkrämpfe

Klarstellung zur Kodierung von Fieberkrämpfen als Hauptdiagnose.

1806d Schmerzdiagnosen und Schmerzbehandlungsverfahren

Klarstellung, dass R52.0 *Akuter Schmerz* nur kodiert wird, wenn Lokalisation und Ursache nicht bekannt sind.

Klarstellung zur Kodierung von Schmerz als Hauptdiagnose in dem Absatz chronischer/therapieresistenter Schmerz unter Einbeziehung von Tumorschmerzen nach Streichung von DKR 0202b.

Klarstellung zur Prozedurenkodierung bei akutem Schmerz.

Kapitel 19 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen

1903c Fraktur und Luxation

Anpassung an die neuen Texte der ICD-10-GM-Kodes Sx1.84!–Sx1.89! zur Kodierung des Schweregrads des Weichteilschadens.

1905d Offene Wunden/Verletzungen

Übernahme von Inhalten aus den gestrichenen Kodierrichtlinien 1906a, 1907a und 1908a im Rahmen einer Zusammenfassung dieser Kodierrichtlinien.

Klarstellung, dass auch bei offenen Frakturen mit intrakranieller, intrathorakaler oder intraabdomineller Verletzung ein Kode für den Schweregrad des Weichteilschadens der offenen Fraktur anzugeben ist.

1910d Verletzung des Rückenmarks (mit traumatischer Paraplegie und Tetraplegie)

Anpassung an die neuen Texte der ICD-10-GM-Kodes aus Sx1.84!–Sx1.89! zur Kodierung des Schweregrads des Weichteilschadens sowie Kodes aus G82.– *Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie*.

Klarstellung hinsichtlich der Aufnahme von Patienten mit einer Verletzung des Rückenmarks in der akuten Phase.

1914d Verbrennungen und Verätzungen

Klarstellung, dass diese Kodierrichtlinie auch für Verätzungen gilt.

1917d Unerwünschte Nebenwirkungen von Arzneimitteln (bei Einnahme gemäß Verordnung)

Ersetzen von Beispiel 2 durch das Beispiel zu Komplikationen oder Nebenwirkungen der antiretroviralen Therapie aus DKR 0101c.

1918a Unerwünschte Nebenwirkungen/Vergiftung von zwei oder mehr in Verbindung eingenommenen Substanzen (bei Einnahme entgegen einer Verordnung)

Anpassung des Beispiels an die neuen ICD-10-GM-Kodes aus G93.8- *Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Gehirns*.

SCHLAGWORTVERZEICHNIS

A

- Abnorme
 - Kindslagen und -einstellungen 126
- Abort
 - bei vorzeitiger Beendigung der Schwangerschaft 121
 - Definition 119
 - drohend 3
 - inkomplett 120
 - Komplikation nach 119
- Abschürfung 141
- Adhäsionen, abdominal 111
- Agranulozytose 64
- AIDS, s.a. HIV 60
- Anamnestiche Diagnose 11
- Anästhesie
 - Allgemein 48
 - Klinische Untersuchung in Allgemeinanästhesie 48
- Angina pectoris 101
- Angiopathie
 - diabetisch 86
- Anogenitale Warzen 117
- Apoplex, s.a. Schlaganfall 93
- Appendizitis 111
- Arthroskopie 47
- Arzneimittel
 - Nebenwirkung 150
 - Vergiftung 150, 151
- Aspirationssyndrom beim Neugeborenen 134
- Asymptomatischer HIV-Status 60
- Atemnotsyndrom des Neugeborenen 134
- Ätiologie
 - Kodierung 21, 23
- Aufnahme
 - zur Operation, Operation nicht durchgeführt 17

B

- Bakteriämie 63
- Beatmung, maschinell 107
 - Beginn (der Beatmungsdauer) 108
 - bei Neugeborenen 107
 - Definition 107
 - Ende (der Beatmungsdauer) 108
 - Entwöhnung 109
 - Erfassung der Dauer 107
 - Intubation 107
 - verletzte Patienten 109
- Beendigung
 - der Schwangerschaft 121
- Benachbarte Gebiete
 - bekannte Primärlokalisation 68
 - unbekannte Primärlokalisation 68
 - ungenau/n.n.bez. Lokalisation 69
- Bewertung
 - Befunde 4
- Bewusstlosigkeit
 - ohne Verletzung 145
- Blasenfunktionsstörung
 - neurogen
 - bei Verletzung des Rückenmarks 147

- Blutprodukte (Infusion) 36, 161
- Bluttransfusionen 36, 161
- Blutung
 - gastrointestinal 111
 - peranal 112
- Bone bruise 142
- Brustamputation (subkutan), prophylaktisch 114
- Brustimplantat, Entfernung 113

C

- Chemotherapie 72
 - bei HIV-Infektion 61
 - kombiniert mit Strahlentherapie 73
- Chronisch myeloische Leukämie 11
- CML 11
- CPAP 109

D

- Defibrillator 105
 - Aggregatwechsel 105
- Definition
 - Abort 119
 - Hauptdiagnose 4
 - Lebendgeburt, Lebendgeborenes 119
 - Nebendiagnose 11
 - Neonatalperiode, Neugeborenes 131
 - Perinatalperiode 131, 133
 - primärer/sekundärer Kaiserschnitt 130
 - signifikante Prozedur 35
 - Totgeburt 119
 - Vergiftung 150
- Dehydratation
 - bei Gastroenteritis 112
- Diabetes
 - sekundär 88
- Diabetes mellitus
 - diabetisches Fußsyndrom 86
 - durch Fehl- oder Mangelernährung 79
 - entgleist 80
 - mit Katarakt 85
 - mit Komplikationen
 - akut metabolisch 84
 - Augen- 85
 - Hauptdiagnose 80
 - Nebendiagnose 83
 - Neuropathie 86
 - renal 84
 - vaskulär 86
 - nach medizinischen Maßnahmen 80
 - Typen 79
- Diabetisches Fußsyndrom 86
- Diagnose
 - anamnestisch 11
 - doppelseitig 21, 160
 - Haupt-, s.a. Hauptdiagnose 4
 - Neben-, s.a. Nebendiagnose 11
 - Verdachts- 18
- Diagnostische Maßnahmen
 - Kodierung 35
- Dialyse 117
 - Shuntanlage 106

- Doppelklassifizierung 24
- Drohend
 - Krankheit 3
- Dysphagie 94

E

- Einling, spontane vaginale Entbindung 122
- Einstellungsanomalien (kindliche) 126
- Endoskopie 47
 - multiple Gebiete 48
- Entbindung
 - Hauptdiagnose 126
 - Resultat 123
 - vor der Aufnahme 127
 - vorzeitig 127
- Entgleisung bei Diabetes mellitus 80
- Epiduralanästhesie
 - in der Austreibungsphase 130
- Erstgebärende (ältere) 127
- Exklusiva
 - ICD-10-GM 30
 - OPS 41
- Extrateringravidität
 - Komplikation nach 119
- Exzision
 - Tumorgebiet 67

F

- Fieberkrämpfe 137
- Folgeeingriff
 - geplant 15
- Folgezustände
 - Definition 14
 - spezifische Kodes 15
- Fraktur 141
 - kombiniert mit Luxation 142
 - Luxations- 142
 - offen 143
- Frühgeborene
 - krank 131
- Frühgeburt 127
- Frustrane Kontraktionen 127

G

- Gangrän
 - drohend 3
- Gastritis
 - bei Magenulkus 111
- Gastroenteritis 112
- Gastrointestinale Blutung 111
- Geburt
 - Einleitung 129
 - Einling 122
 - Mehrlinge 123
 - protrahiert 129
- Gesamtbeatmungszeit 107
- Gewebe spende
 - Spender 52
- Graft-versus-Host-Krankheit (GVHD) 53

H

- Harninkontinenz 137

- Hauptdiagnose 4
 - bei Aufnahme zur Dialyse 117
 - bei Diabetes mellitus mit Komplikation(en) 80
 - bei Entbindung 126
 - gesunde Neugeborene 131
 - mehrere Diagnosen möglich 7
 - Symptom 6
 - Syndrome 13
 - Verdachtsfälle 7
- Hepatitis
 - Träger 62

Herz

- Operation
 - mit/ohne Herz-Lungen-Maschine 104
 - Reoperation 104
 - temporärer Herzschrittmacher 104
- und Atemstillstand 103
- Herzkrankheit
 - hypertensiv 103
 - ischämisch 101
- Herzschrittmacher
 - Aggregatwechsel 105
 - permanent 105
 - temporär 104

HIV

- akutes Infektionssyndrom 59
- Chemotherapie 61
- Kaposisarkom 61
- Kodes 59
- Komplikationen 59
- Krankheit (AIDS) 60
 - Reihenfolge der Kodes 60
- Laborhinweis 59
- Manifestation(en) 60
- positiv, asymptomatisch 60
- Symptome 59

- Hörverlust (plötzlicher) 99
- Hyaline Membranenkrankheit 134
- Hypertensive
 - Herzkrankheit 103
 - Nierenkrankheit 103

I

- Infarkt
 - drohend 3
- Inklusiva
 - ICD-10-GM 29
 - OPS 41
- Inkontinenz 137
- Instillation zytotoxischer Materialien 73
- Intoxikation, akut [akuter Rausch]
 - Kodierung 91
- Intraabdominale
 - Verletzung (offen) 143
- Intrakranielle
 - Verletzung (offen) 143
- Intrathorakale
 - Verletzung (offen) 143
- Ischämische Herzkrankheit 101
 - chirurgisch behandelt 101

K

- Kaiserschnitt 130
 - Bereitschaft 126
- Kaposisarkom 61

Katarakt
 - bei Diabetes 85
 - sekundäre Linseninsertion 97
 Katheterisierung
 - der Tränenwege 97
 Kindslagen
 - abnorm 126
 Knochen
 - Transplantation
 -- bei kraniofazialen Eingriffen 113
 Knochenbeteiligung bei Lymphom 75
 Knochenkontusion 142
 Kodes
 - eingeschränkte Gültigkeit 40
 Kodierung
 - allgemein 3
 - Bluttransfusionen 36
 - Diagnostische Maßnahmen 35
 - Doppelkodierung 21
 - Folgezustände und Folgeeingriffe 14
 - Kombinationschlüsselnummern 20
 - Mehrfach 24
 - Mehrfachkodierung
 -- ICD-10-GM 21
 -- OPS 40
 - Mehrfachverletzung 41
 - mikrochirurgische Technik 41
 - mit Resteklassen 19, 32
 - Polytrauma 41
 - Prozeduren, allgemein 35
 - Prozedurenkomponenten 35
 - Standardmaßnahmen 51
 - Symptom 5
 - Syndrome 13
 - Teilleistung 43
 Kombinationskodes
 - ICD-10-GM-V 20
 - OPS 39
 Komplikationen
 - bei chirurgischen Eingriffen 8
 - bei Diabetes mellitus
 -- Hauptdiagnose 80
 -- Nebendiagnose 83
 - bei Herzschrittacherpatient 8
 - in der Schwangerschaft 124
 - nach Abort, Extrateringraviddität und Molenschwangerschaft 119
 - nach med. Maßnahmen 7
 - nach Thyreoidektomie 8
 - offene Wunden 144
 - Versorgung 40
 Kontusion
 - Knochen- 142
 Koronararterienbypass
 - mit/ohne Herz-Lungen-Maschine 104
 - temporärer Herzschrittacher 104
 Krankheit
 - akut und chronisch 16
 - doppelseitig 21, 160
 - drohend 3
 - nach med. Maßnahmen 7
 - sich anbahnend 3
 - zugrunde liegend 5
 Kreuz - Stern - System 21

L

Laparoskopie 47
 Lebendgeburt
 - bei vorzeitiger Beendigung der Schwangerschaft 122
 - Definition 119
 Lungenödem, akut 103
 Luxation 141
 Luxationsfraktur 142
 Lymphangiosis carcinomatosa 74
 Lymphom 74

M

Magenulkus
 - mit Gastritis 111
 Makulaödem 85
 Malignom
 - Anamnese 71
 - Benachbarte Gebiete 68
 - Chemotherapie 72
 - Folgebehandlungen 65
 - Instillation zytotoxischer Materialien 73
 - mehrere Lokalisationen 69
 - Metastasen 66
 - Morphologie 68
 - Nachsorge 71
 - Nachuntersuchung
 -- Reihenfolge der Kodes 71
 - Reihenfolge der Kodes 65, 162
 - Rezidiv 67
 - Schmerzbehandlung 139
 - Staging 65
 - Strahlentherapie 74
 - Symptome 67
 - Tumorkachexie 67
 Malignomnachweis
 - nur in der Biopsie 67
 MALT-Lymphom 74
 Manifestation
 - als Hauptdiagnose 23
 - bei Syndrom 13
 - HIV 60
 - Kodierung 21
 Mehrfachverletzung 147
 Meläna 112
 Metabolisches Syndrom 88
 Metallentfernung 16
 Metastasen
 - Reihenfolge der Kodes 66
 Missbrauch 150
 Misshandlung 150
 Molenschwangerschaft
 - Komplikation nach 119
 Morphologie (Kodierung) 68
 Mukoviszidose 88
 Münchenhausen-Stellvertreter-Syndrom 150
 Myokardinfarkt
 - akut 101
 - alt 101
 - rezidivierend 101

N

Nachsorge
 - bei Malignom 71

Narbe
 - Revision 113
 Nebendiagnose
 - anamnestisch 11
 - Befunde, abnorm 12
 - bei Diabetes mellitus mit Komplikation(en) 83
 - Reihenfolge 12
 - Symptome 12
 Nebenwirkung
 - durch Arzneimittel
 -- bei Einnahme gemäß Verordnung 150
 Neonatalperiode
 - Definition 131
 Nephropathie
 - diabetisch 84, 85
 - hypertensiv 103
 Neubildungen, s.a. Malignom
 - Reihenfolge der Kodes 65
 Neugeborene
 - Aspirationssyndrom 134
 - Atemnotsyndrom 134
 - gesunde 131
 - krank 131
 - Transitorische Tachypnoe 134
 Neurogene Blasenfunktionsstörung 147
 Neuropathie
 - diabetisch 86
 Neutropenie 64
 Nikotinabusus 92, 164

O

Oberflächliche Verletzung 141
 Operation 17
 - nicht durchgeführt 17
 - Zusatzinformationen 41
 OPS
 - Aufbau 37
 - Kombinationskodes 39
 - Zusatzkennzeichen R, S, B 43
 Organentnahme
 - zur Transplantation 52
 Organspende
 - Empfänger 53
 - Lebendspende 52
 - postmortal 53
 - Spender 52
 - Transplantatversagen und Abstoßung 53

P

Panikattacken (mit Phobie) 92
 Pankreas
 - Störung innere Sekretion 88
 Parenterale Therapie
 - bei Neugeborenen 134
 Peranale Blutung 112
 Perinatalperiode
 - Definition 133
 Phobie (mit Panikattacken) 92
 Plastische Chirurgie 113
 Polytrauma 147
 Prellung 141
 Protrahierte Geburt 129

Prozedur
 - bilateral 44
 - Kodierung allgemein 35, 161
 - Komponenten
 -- Kodierung 35
 - mehrfach durchgeführt 44
 - mit/ohne Herz-Lungen-Maschine 104
 - nicht vollendet 43
 - nicht zu verschlüsseln 50
 - Reihenfolge 35
 - Standardmaßnahmen 51
 - unterbrochen 43
 - Verbringung 56
 - Versorgung intraoperativer Komplikation 40
 Psychische/Verhaltensstörung
 - durch Drogen/Medikamente/Alkohol/Nikotin 91, 163

R

Reoperation 50
 - nach Operation am Herzen 104
 Resteklassen 19
 - a.n.k. 32
 - nicht näher bezeichnet 19
 - o.n.A. 32
 - sonstige 19
 Retinopathie
 - diabetisch
 -- mit Makulaödem 85
 Revision
 - nach Operation am Herzen 104
 - Narbe 113
 Rezidiv
 - Malignom 67
 Rückenmark
 - Verletzung
 -- akute Phase 146
 -- chronische Phase 146
 -- Neurogene Blasenfunktionsstörung 147
 -- Wirbelfraktur- und Luxation 147
 - Verletzung des Rückenmarks 145
 Rückverlegung
 - aus anderen Krankenhäusern 10

S

Sauerstoffzufuhr
 - bei Neugeborenen 107
 Schädlicher Gebrauch (psychotroper Substanzen)
 - Kodierung 91
 Schlaganfall 93
 - akut 93
 - alt 93
 Schmerz
 - akut 138
 - Behandlung 138
 - chronisch 138
 Schrittmacher, s.a. Herzschrittacher
 - permanent 105
 Schwangerschaft
 - als Nebenbefund 125
 - Beendigung, vorzeitig 121
 - Diffuse Beschwerden 124
 - Kodierung der Dauer 123
 - Komplikationen 124
 - verlängerte Dauer 128

Schwerhörigkeit 99
 Sectio 130
 Sekundäre(r)
 - Diabetes 88
 - Linseninsertion (bei Katarakt) 97
 Sepsis 63
 Shunt
 - für Dialyse
 -- Anlage 106
 -- Verschluss 106
 SIRS 64
 Spätfolgen s.a. Folgezustände 14
 Spontangeburt
 - Einling 122
 - Mehrlinge 123
 Staging 65
 Standardmaßnahmen
 - Kodierung 36, 51
 Störung
 - nach med. Maßnahmen 7
 Strahlentherapie 74
 - kombiniert mit Chemotherapie 73
 Stuhlinkontinenz 94, 137
 Stürze 137
 Subkutane Brustamputation, prophylaktisch 114
 Surfactant-Mangel 134
 Symptom
 - als Hauptdiagnose 6, 18
 - als Nebendiagnose 12
 Syndrome 13
 - angeboren 13
 - diabetischer Fuß 86
 - metabolisches 88

T

Taubheit 99
 Teilleistung, Kodierung 43
 Tetraplegie/Paraplegie
 - nicht traumatisch 94
 - traumatisch 145
 Totgeburt
 - bei vorzeitiger Beendigung der Schwangerschaft
 121
 - Definition 119
 Tränengänge
 - Katheterisierung 97
 Transitorische Tachypnoe beim Neugeborenen 134
 Transplantat
 - Versagen und Abstoßung 53
 --Kornea 97
 Transplantation 52
 - Graft-versus-Host-Krankheit (GVHD) 53
 - hämatopoetische Stammzellen 53
 - Knochen 113
 Tumorkachexie 67

U

Übergangsregelungen XVIII, 4, 46
 Übertragung (Schwangerschaft) 128

Untersuchung, klinische
 - in Allgemeinanästhesie 48
 Urininkontinenz 94
 Uterusnarbe 126

V

Vaskuläre Erkrankung
 - diabetisch 86
 Verbrennungen/Verätzungen
 - Körperoberfläche 149
 - Reihenfolge der Codes 149
 Verbringung 56
 Verdachtsdiagnosen 18
 - bei Entlassung 18
 - bei Verlegung 18
 - Hauptdiagnose bei V.a. 7
 Vereinbarungen (formale)
 - Alphabetisches Verzeichnis 34
 - Systematik ICD-10-GM 29
 Vergiftung
 - durch Arzneimittel/Drogen 150, 151
 Verlegung
 - intern 9
 - mit Verdachtsdiagnose 18
 Verletzung
 - des Rückenmarks 145
 -- akute Phase 145, 146
 -- chronische Phase 146
 - Mehrfach- 147
 - mit Bewusstlosigkeit 144
 - oberflächlich 141
 - offen
 -- Abdomen 143
 -- Kopf 143
 -- Thorax 143
 - offene Wunden 142
 - Polytrauma 147
 Verminderte Kindsbewegungen 126
 Vielgebärende 127
 Vorzeitige
 - Entbindung 127
 - Wehen 128

W

Warzen
 anogenital 117
 Wehen
 - vorzeitig 128
 Weibliche Genitalmutilation (FGM),
 Rekonstruktionsoperation 118
 Weichteilschaden
 - bei Fraktur 141
 Wiederaufnahme 10
 Wirbelfraktur- und Luxation 147
 Wunde (offen) 142

Z

Zusatzkennzeichen OPS (R, L, B) 43
 Zystische Fibrose 88

SCHLÜSSELNUMMERVERZEICHNIS

ICD-Kode-Index

ICD-Kode	DKR	Seite	ICD-Kode	DKR	Seite
A02.1	0103d	63	C46.0	0101d	61, 62
A08.0	1602a	133	C50.4	0201d	65
A17.0†	D012d	22		0207a	70
A18.0†	D012d	22		D012d	23
	D013c	33	C52	0206a	69
A22.8†	D013c	31	C53.-	0206a	69
A27.-†	D013c	31	C53.1	0206a	68
A30.-	D013c	31	C53.8	0206a	68
A31.0	0101d	62	C57.8	0206a	69
A32.1†	D013c	31	C61	0211d	73
A32.7	0103d	63	C67.2	0209d	72
A39.2	0103d	63	C71.1	0201d	65
A39.3	0103d	63	C71.8	0202b	67
A39.4	0103d	63	C76.-	0206a	69
A40.-	0103d	63	C77.-	0215d	74
A41.-	0103d	63	C78.2	0211d	74
A46	0401d	88	C78.7	0201d	66
	D013c	30, 31	C78.8	0215d	74
A49.9	0103d	63	C79.0	0215d	74
A54.4†	D012d	22	C79.1	0215d	74
A54.8	D012d	23	C79.2	0215d	74
A54.8†	D013c	31	C79.3	0215d	74
A63.0	1403d	118	C79.4	0215d	74
A70	D013c	33	C79.5	0215d	75
B05.2	D013c	33		1806d	139
B20	0101d	60, 61, 62	C79.6	0215d	75
B20-B24	0101d	59, 60, 61	C79.7	0215d	75
B21	0101d	60, 61, 62	C79.8	0215d	75
B22	0101d	60	C80	0201d	66
B23.0	0101d	59	C81.0	0201d	65
B23.8	0101d	60	C81-C88	0216a	74
B24	0101d	60	C88.-	0208c	70
B25.8†	0101d	61	C90.-	0208c	70
B37.0	0101d	61	C91-C95	0208c	70
B37.7	0103d	63	C92.0-	D006a	17
B59	D013c	33	C92.1-	D006a	17
B90.-	D005d	15	C95.8!	0208c	71
B91	D005d	14, 15		D012d	27
B92	D005d	15	C97	0207a	69, 70
B94.-	D005d	15	C97!	D012d	27
B94.0	D005d	14	D50.9	1510b	125
B95.-!	D012d	27	D59.2	1917d	151
B95.6!	1905d	144	D70.-	0103d	64
B95-B97	D012d	24	E05.0	D012d	23
B96.-!	D012d	27	E10.-	0401d	79
B97.-!	D012d	27	E10.20†	0401d	84, 85
C16.0	0206a	68	E10.30†	0401d	83
C16.2	0201d	67		D012d	25
C18.4	0201d	66	E10.50†	0401d	83, 84
C43.7	0207a	70		D012d	25
C44.1	0601d	94	E10.61	0401d	81
C44.2	P005d	46	E10.61†	0401d	81
C44.3	P005d	46	E10.71†	0401d	82, 88
C44.6	P005d	46		D012d	26
C46	0101d	61	E10.91	0401d	80

ICD-Kode	DKR	Seite	ICD-Kode	DKR	Seite
E10†-E14†	0401d	84, 85, 86	H20.-	0704c	97
E10-E14	0401d	79, 82, 83, 84	H25.-	0401d	85
	1916a	150	H26.9	D009a	20
E11.-	0401d	79	H27.0	0702a	97
E12.-	0401d	79	H28.0*	0401d	85
E13.-	0401d	79	H32.0*	0101d	61
E14.-	0401d	79	H35.8	0401d	85
E16.0	0401d	88	H36.0*	0401d	82, 83, 85
E16.1	0401d	88		D012d	25, 26
E16.2	0401d	88	H44.0	0704c	97
E16.8	0401d	88	H44.1	0704c	97
E16.9	0401d	88	H54.-	0401d	85
E64.-	D005d	15	H54.4	D005d	14
E68	D005d	15	H57.9	D009a	20
E84.-	0403c	88, 89	H59.-	D002d	7
E84.0	0403c	89	H65.3	D007a	17
E84.8-	0403c	89	H75.0*	D012d	22
E84.80	0403c	89	H90.-	0801a	99
E84.87	0403c	89	H91.-	0801a	99
E84.88	0403c	89	H95.-	D002d	8
E86	1107a	112	I05.-	D013c	32
E89.-	D002d	7	I05.0	D013c	32
E89.0	D002d	8	I05.1	D013c	32
F00-F09	D012d	24	I05.2-I05.9	D013c	32
F10.0	0501d	91	I11.-	0904d	103
F10.1	0501d	92	I12.-	0905d	103
F10.2	0501d	91		0906d	103
F17.2	0502a	92		D013c	30
F40.-	0504a	92	I13.-	0906d	104
F40.0-	0504a	92	I20.0	0908d	102
F40.00	0504a	92		D001a	3, 4
F40.01	0504a	92	I21.-	0901d	101
F41.0	0504a	92	I22.-	0901d	101
G01*	D013c	31	I25.11	0908d	102
G03.9	D008b	18	I25.12	0908d	102
G04.9	0603d	94	I25.13	0908d	102
G05.0*	D013c	31	I25.14	0908d	102
G09	D005d	15	I25.15	0908d	102
G59.0*	0401d	86	I25.2-	0901d	101
G63.2*	0401d	86, 87, 88	I25.8	0901d	101
G63.3*	D012d	23	I34.-	D013c	32
G73.0*	0401d	86	I46.-	0903a	103
G81.0	0601d	93	I50.-	0904d	103
G81.1	0601d	94	I50.14	0902a	103
	D005d	15	I51.-	0904d	103
G82.-	0603d	94, 95	I60.-	0601d	93
	1910d	146	I60-I64	0601d	93
G82.08	1910d	147	I61.-	0601d	93
G82.6-!	0603d	94, 95	I62.0	D013c	30
G82.6-!†	D012d	27	I63.-	0601d	93
G82.66!	1910d	147	I63.3	0601d	93
G83.2	D005d	14	I69.-	0601d	93
G83.41	1910d	147		D005d	15
G90.-	D013c	33	I69.4	0601d	94
G90.0-	D013c	33		D005d	15
G90.00	D013c	33	I70.20	0401d	87
G90.08	D013c	33		D010a	20
G90.1	D013c	33	I70.21	0401d	87
G93.88	1918a	151	I70.22	0401d	83, 87
G95.81	1910d	147		D012d	25
G97.-	D002d	7	I70.23	0401d	87, 88
G99.0*	0401d	87		D001a	3
H02.8	D009a	20	I70.24	0401d	87
H02.9	D009a	20		D010a	20
H16.-	0704c	97	I79.2*	0401d	82, 83, 84, 86, 88
H18.-	0704c	97		D012d	25, 26

ICD-Schlüsselnummernverzeichnis

ICD-Kode	DKR	Seite	ICD-Kode	DKR	Seite
I80.2	D002d	9	L89.9-	0401d	87
I83.9	0502a	92	L90.5	1205d	113
I88.-	D013c	30	L97	0401d	87
I97.-	D002d	8	M01.1-*	D012d	22
I97.8	D002d	8, 9	M01.15*	D012d	22
J01.1	D007a	17	M01.16*	D012d	22
J10-J15	D013c	33	M20.1	0401d	87
J16.-	D013c	33	M20.2	0401d	87
J16.0	D013c	33	M20.3	0401b	87
J16.8	D013c	33	M20.4	0401b	87
J17.0*	D012d	23	M20.5	0401b	87
J18.-	D013c	33	M21.27	0401b	87
J18.9	D013c	33	M21.37	0401b	87
J20.1	0403c	89	M21.4	0401b	87
J21.9	D006a	17	M21.57	0401d	87
J35.0	D007a	17	M21.67	0401d	87
J44.1-	D006a	16	M21.87	0401d	87
J44.9	0502a	92	M49.0-*	D012d	22
J45.0	1510b	125	M54.5	1806d	138
J81	0902a	103	M68.0-*	D012d	22
J91*	D012d	23	M73.09*	D012d	22
J95.-	D002d	8	M84.03	D005d	15
K21.0	1105d	111	M90.0-*	D012d	22
K22.8	1105d	111	M96.-	D002d	8
K25.-	1103a	111	N04.1	D004d	14
K25.0	1105d	111	N08.3*	0401d	81, 82, 84, 85
K29.-	1103a	111		D012d	26
K29.0	1917d	151	N18.0	0401d	85
K31.-	D013c	29, 30	N32.8	0209d	72
K31.0	D013c	29	N39.0	1910d	147
K31.1	D013c	29, 30	N48.8	1403d	117
K35.-	1101a	111	N88.8	1403d	117
K36	1101a	111	N89.8	1403d	117
	D013c	31	N90.8	1403d	117
K37	1101a	111		1406a	118
K40.20	D011d	21	N99.-	D002d	8
K62.5	1106a	112	O00.1	1504b	120
K62.8	1403d	117	O00-O02	1504b	120
K66.0	1102a	111	O03.1	1504b	120
K67.1*	D012d	23	O03.3	1504b	121
K85.0	0501d	92	O03-O06	1504b	120
	D006a	16	O03-O07	0103d	63
K86.1	D006a	16	O04.-	1505a	121
K91.-	D002d	8	O08.-	1504b	119, 120
K92.-	1105d	112	O08.0	0103d	63
K92.0	1918a	152	O08.1	1504b	120
K92.2	1106a	112	O08.3	1504b	120, 121
L02.4	0401d	87	O09.-!	1505a	121, 122
L03.02	0401d	87		1508d	123
L03.11	0401d	87		1519c	127, 128
L50.-	D009a	19		D012d	27
L50.0	D009a	19	O09.1!	1504b	120, 121
L50.1	D009a	19	O09.5!	1509a	122, 123
L50.2	D009a	19	O09.6!	1520a	129
L50.3	D009a	19	O09.7!	1520a	128
L50.4	D009a	19	O20.0	D001a	3
L50.5	D009a	19	O20-O29	1510b	124
L50.6	D009a	19	O24.0 bis O24.3	0401d	79
L50.8	D009a	19	O24.4	0401d	79
L50.9	D009a	19	O26.-	1510b	124
L57.0	P005d	46	O26.82	1510b	124
L89.-	0401d	87	O26.88	1510b	124
L89.1-	0401d	87	O30.0	1509a	123
L89.2-	0401d	87	O32.5	1509a	123
L89.3-	0401d	87	O34.2	1515a	126
L89.4-	0401d	87	O35.0	1505a	121, 122

ICD-Schlüsselnummernverzeichnis

ICD-Kode	DKR	Seite	ICD-Kode	DKR	Seite
O36.4	1522a	129	R40.2	1909c	145
O36.8	1514c	126		1916a	150
O47.0	1519c	128	R47.0	0601d	93
O47.1	1519c	128	R52	1806d	138
O48	1520a	128, 129	R52.1	1806d	138, 139
O60.0	1519c	128	R52.2	1806d	138
O60.1	1505a	121, 122	R56.0	1805d	137
	1509a	123	R56.8	0202b	67
	1519c	127	R59.-	D013c	30
O63.-	1521a	129	R59.1	0101d	59
O64.8	1509a	122, 123	R64	0101d	61
O71.6	D013c	32		0202b	67
O74.6	1524a	130	R65.0!	0103d	64
O75.3	0103d	63	R65.1!	0103d	64
O75.5	1521a	129	R65.2!	0103d	64
O75.6	1521a	129	R65.3!	0103d	64
O75.7	1515a	126	R65.9!	0103d	64
O80	1506a	122	R73.0	0401d	79
	1512d	126	R75	0101d	59, 60
O85	0103d	63	S00.85	1911a	148
O95-O99	1510b	124	S01.41	1911a	148
O97	D005d	15	S01.83!	1905d	143
O98	1510b	124	S02.1	1909c	144
O98.4	0102a	63	S06.31	1911a	148
O99	1510b	124	S06.5	1909c	144
O99.0	1510b	125	S06.7-	1909c	144
O99.5	1510b	125	S06.70	1911a	148
P01.1	1602a	133	S06.71	1909c	144
P07.12	1601a	132	S08.1	1911a	148
P20.-	1606a	135	S09.7	1911a	148
P21.0	1606a	135	S10.0	1911a	148
P21.1	1601a	132	S14.7!	1910d	145
P22.0	1601a	132	S21.83!	1905d	143
	1604a	134	S21.88!	1910d	147
P22.1	1605a	134	S22.01	1910d	147
P23.-	D013c	33	S22.02	1910d	147
P24.-	1605a	134	S22.06	1910d	145
P25.1	1601a	132	S23.11	1910d	147
P28.0	1602a	133	S23.12	1910d	147
P36.-	0103d	63	S23.14	1910d	146
P59.9	1601a	132	S24.11	1910d	147
P70.0	0401d	79	S24.12	1910d	146
P70.1	0401d	79	S24.12	1910d	145, 146
P70.2	0401d	79	S24.7!	1910d	145
P90	1601a	131	S24.72!	1910d	147
	1606a	135	S24.75!	1910d	146
P91.3	1606a	135	S24.75!	1910d	146
P91.4	1606a	135	S31.83!	1905d	143
P91.5	1606a	135		D012d	26, 28
Q02	D004d	14	S34.7!	1910d	145
Q21.0	D004d	13	S34.72!	1910d	145
Q40.0	D013c	29	S36.03	1905d	143
Q40.1	D004d	14		D012d	28
Q87.-	D004d	13	S36.49	1905d	143
Q87.8	D004d	14		D012d	28
Q90.0	D004d	13	S37.03	1905d	143
R00-R99	D002d	6		D012d	28
R02	D010a	20	S40.0	1911a	148
R10.3	D008b	18	S41.87!	1903c	142
R13	0601d	94		D012d	28
R15	1804d	137	S42.11	1902a	141
R29.81	1803a	137	S42.21	1903c	142
R32	1804d	137		D012d	28
R40.0	1909c	145	S42.41	1902a	141
R40.1	1909c	145	S43.01	1903c	142
				D012d	28

ICD-Kode	DKR	Seite	ICD-Kode	DKR	Seite
S52.21	1903c	142	Y57.9!	1917d	150, 151
S52.31	D005d	16	Z00.5	P015d	52, 53
S52.51	D011d	21	Z03.-	D002d	7
S62.32	1510b	125	Z03.0 bis Z03.9	D002d	7
S71.1	1911a	148	Z03.6	D002d	7
S71.88!	1903c	141	Z08.-	0209d	71
S72.3	1903c	141	Z08.1	0209d	72
S81.0	1905d	144	Z21	0101d	59, 60
Sx1.83!	D012d	27		1917d	151
Sx1.84!	D012d	27	Z22.5	0102a	62
Sx1.84!-Sx1.89!	1903c	141	Z34	1510b	125
Sx1.85!	D012d	27	Z35.4	1517a	127
Sx1.86!	D012d	27	Z35.5	1516a	127
Sx1.87!	D012d	27	Z37.-!	1507a	123
Sx1.88!	D012d	27		D012d	28
Sx1.89!	D012d	27	Z37.0!	1505a	122
Sx4.7!	D012d	27		1520a	128, 129
T00-T07	1911a	147	Z37.1!	1505a	121
T01.8	1911a	148		1522a	129
T07	1911a	148	Z37.2!	1509a	122, 123
T21.23	1914d	149	Z38.-	1601a	131, 132
T21.25	1914d	149	Z38.0	1601a	131, 132
T25.3	1914d	149		1602a	133
T29.-	1914d	149	Z38.1	1601a	131
T31.-!	1914d	149	Z39.-	1518a	127
	D012d	27	Z42.-	1205d	113
T32.-!	D012d	27	Z42.1	1205d	113
T36-T50	1916a	150	Z45.0	0911d	105
T38.3	1916a	150	Z47.0	D005d	16
T39.0	1918a	152	Z48.8	0712a	97
T40.2	1916a	150		0912c	106
T42.3	1918a	151		1518a	127
T45.5	1918a	152	Z49.0	0912c	106
T51.0	1918a	151	Z49.1	1401d	117
T51-T65	1916a	150	Z51.0	0213d	74
T74.-	1915c	150	Z51.1	0211d	61, 72
T80-T88	D002d	8		0212d	73
T82.1	0911d	105	Z51.2	0211d	61
	D002d	8	Z51.82	0211d	73
T82.7	0911d	105	Z52.-	P015d	52, 53
T82.8	0901d	102	Z52.01	P015d	54
	0911d	105	Z52.1	P015d	54
T85.4	1205d	113	Z52.2	P015d	54
T85.78	1205d	113	Z52.3	P015d	54
T85.88	1205d	113	Z52.4	P015d	52, 54
T86.-	P015d	53	Z52.6	P015d	54
T86.83	0704c	97	Z52.8	P015d	54
T89.0-	1905d	144	Z53	D007a	17
T89.01	1905d	144	Z85.-	0208c	71
T90-T98	D005d	15		0209d	71
T92.1	D005d	15	Z85.5	0209d	72
U04.-!	D012d	27	Z89.4	0401d	87
U80.-!	D012d	27	Z89.5	0401d	87
U81!	D012d	27	Z89.6	0401d	87
U82.-!	D012d	27	Z89.7	0401d	87
U83!	D012d	27	Z95.0	0911d	106
U84!	D012d	27		0901d	102
U85!	D012d	28		0908d	102
U99.-!	D012d	28	Z95.5	0901d	102
X49.9!	1918a	151, 152	Z96.1	0704c	97

OPS-Kode-Index

OPS-Kode	DKR	Seite	OPS-Kode	DKR	Seite
1-100	P008a	48	5-448.10	P003d	38
1-265	P005d	45	5-448.2	P003d	38
1-266.0	0911d	105		P006a	47
1-463.0	D004d	14	5-448.3	P003d	38
1-620.0	P007a	48		P006a	47
1-636	P007a	48	5-448.4	P003d	38
1-661	0209d	72	5-448.5	P003d	38
1-710	P014d	51	5-448.6	P003d	38
1-711	P014d	51	5-448.8	P003d	38
1-712	P014d	51	5-448.9	P003d	38
1-844	P005d	45	5-448.x	P003d	38
1-853.2	P005d	45	5-448.x0	P003d	38
3-200	1909c	144	5-448.y	P003d	38
3-203	1910d	146	5-455.64	P001d	36
3-225	P001d	36	5-467.61	P015d	55
3-820	P009a	49	5-467.62	P015d	55
5-023.00	P006a	47	5-469.1	1102a	111
5-039.20	1806d	138	5-469.2	1102a	111
5-039.34	1806d	138	5-503.3	P015d	54
5-056.40	P004a	43	5-504	P015d	54, 55
5-062.2	P013d	50	5-511.02	P001d	36
5-063.2	P003d	39	5-511.11	P006a	47
5-089.1	0712a	97	5-528	P015d	55
5-089.2	0712a	97	5-530.31	D011d	21
5-089.3	0712a	97	5-541.0	P004a	44
5-112	P015d	54	5-554.8	P015d	52, 54
5-113.0	P015d	54	5-555	P015d	54, 55
5-125	P015d	55	5-559.3	P013d	50
5-181.0	P005d	46	5-580	P003d	41
5-212.0	P005d	46	5-580.0	P003d	41
5-289.1	P013d	50	5-580.1	P003d	41
5-311	1001d	107, 109	5-683.04	P004a	43
5-312	1001d	107, 109	5-685.30	P001d	36
5-335	P015d	55	5-702.1	P008a	48
5-340.1	P004a	44	5-720.1	P001d	36
5-340.30	P013d	50	5-727.1	1509a	122, 123
5-351	P003d	39	5-730	1506a	122
5-351.12	P003d	39		1522a	129
5-352.00	0909d	105	5-733	P004a	44
5-375.0	P015d	55	5-738.0	1506a	122
5-375.1	P015d	55	5-74	1525c	130
5-375.2	P015d	55	5-740.1	1509a	123
5-379.5	0909d	104, 105	5-749.0	P013d	50
	P013d	50	5-783	1204d	113
5-385.70	0502a	92		P015d	54
5-393.42	0401d	83	5-783.0	P003d	40
5-394.6	0912c	106	5-784	P003d	40
5-410.0	P015d	54		P015d	54
5-410.1	P015d	54	5-784.0	P003d	40
5-411	P015d	54	5-786	P003d	40
5-44	P003d	37, 38	5-787.35	D005d	16
5-448	P003d	37, 38	5-790.16	D011d	21
	P006a	47	5-820	P003d	40
5-448.0	P003d	38	5-820.0	P003d	40
	P006a	47	5-820.01	P003d	40
5-448.00	P003d	38	5-820.2	P003d	40
5-448.01	P003d	38	5-829.1	P003d	40
5-448.02	P003d	38	5-829.a	P003d	40
5-448.03	P003d	38	5-829.c	P003d	40
5-448.0x	P003d	38	5-835.3	1910d	146
5-448.1	P003d	38	5-836.41	1910d	146
	P006a	47	5-850	P012d	49

<u>OPS-Kode</u>	<u>DKR</u>	<u>Seite</u>	<u>OPS-Kode</u>	<u>DKR</u>	<u>Seite</u>
5-864.8	P005d	46	8-560.2	1601a	132
5-89...5-92	P015d	54	8-60	P005d	45
5-890	P012d	49	8-63 bis 8-65	P005d	45
5-893	P012d	49	8-70	1001d	109
5-893.0	P012d	49	8-700	1001d	109
5-893.1	P012d	49		P005d	45
5-894.08	P005d	46	8-701	1001d	107, 109
5-894.0a	P005d	46	8-704	1001d	107
5-894.0f	P005d	46	8-706	1001d	107
5-901	P015d	54	8-71	P005d	45
5-904	P015d	54	8-711	1001d	107, 109
5-924	P015d	54	8-711.0	1001d	109, 110
5-930.4	0401d	83	8-717	1001d	110
5-981	1911a	148	8-720	1001d	107
	P003d	41		P005d	45
5-982	1911a	148	8-771	0903a	103
	P003d	41	8-800	P005d	45
5-983	P003d	41	8-802	P005d	45
	P013d	50	8-805	P015d	54
5-984	P003d	41	8-81	P005d	45
5-985	P003d	41	8-810.8	P012d	49
5-986	P003d	41	8-810.80	P012d	49
	P006a	47	8-810.81	P012d	49
5-987	P003d	41	8-810.82	P012d	49
5-988	P003d	41	8-851	0908d	104
5-995	P003d	41	8-853.1	1401d	117
	P004a	43	8-853.2	1401d	117
8-01	P005d	45	8-854.1	1401d	117
8-010	1603a	134	8-855.1	1401d	117
8-100.b	P003d	41	8-855.2	1401d	117
8-152.1	P005d	45	8-90	P009a	48
8-153	P005d	45	8-900	P009a	49
8-17	P005d	45	8-91	P001d	36
8-191	P005d	45		P005d	45
	P014d	51	8-910	1506a	122
8-310	P014d	51		P001d	36
8-390	P005d	45	8-919	P001d	35
8-510.1	P004a	44	8-92 bis 8-93	P005d	45
8-52	0211d	73	8-978	P015d	53
	0213d	74	9-260	1506a	122
8-53	0211d	73		1522a	129
	0213d	74	9-261	1506a	122
8-54	0101d	62		1509a	123
	0211d	72, 73		1520a	128, 129
8-541.4	0212d	73		1522a	129
8-542	0101d	62	9-31	P005d	45
	0211d	73	9-40	P005d	45
8-55 bis 8-60	P005d	45			