

DEUTSCHE KODIERRICHTLINIEN

Allgemeine und Spezielle Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren

Version 2003

**Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)
Spitzenverbände der Krankenkassen (GKV)
Verband der privaten Krankenversicherung (PKV)**

© 2001, 2002 Copyright für die Deutschen Kodierrichtlinien:

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Spitzenverbände der Krankenkassen (GKV)

Verband der privaten Krankenversicherung (PKV)

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH (InEK)

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 2003

Die Selbstverwaltungspartner (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverbände der Krankenkassen und Verband der privaten Krankenversicherung) haben die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) erstmals angepasst und in ihrer überarbeiteten Version am 02.10.2002 verabschiedet. Die Änderungen zur Version 2002 sind vorwiegend redaktioneller Natur und dienen der Qualitätsverbesserung. Ziel der Überarbeitung war es nicht, das Regelwerk zu erweitern, sondern in enger Anlehnung an die Erstversion den Inhalt zu präzisieren.

In diesem Sinne wurden folgende Änderungen durchgeführt:

- Redaktionelle Überarbeitung der Kodierrichtlinien, Fehlerbereinigung
- Bereinigung der Kodierrichtlinien um Angaben zum OPS-301, Version 2.0 (gültig bis 31.12.2001)
- Überprüfung sämtlicher Beispiele und ggf. Überarbeitung im Sinne einer spezifischeren Kodierung
- Inhaltliche Klarstellung zu einigen relevanten DKR
- Integration notwendiger Inhalte aus den Abrechnungsbestimmungen für 2003
- Überprüfung der DKR-Vorgaben auf DRG-Kompatibilität

Der für alle Beteiligten sehr hilfreiche Dialog mit den Anwendern hat dazu geführt, insbesondere diejenigen Stellen aufzufinden, die in der täglichen Verschlüsselungspraxis zu Schwierigkeiten geführt haben. Für diese Sachverhalte wurden ergänzende und klärende Textpassagen oder auch Beispiele eingefügt.

Um einen leichteren Überblick über die Änderungen zu ermöglichen, wurden diese in der vorliegenden Version 2003 am Rand durch Markierungen (senkrechte Balken) hervorgehoben. In denjenigen Fällen, in denen Inhalte des Regelwerkes eine Modifizierung oder Ergänzung erfahren haben, wurde in der fortlaufenden Nummerierung der Kodierrichtlinien der Buchstabe „a“ durch „b“ für die Version 2003 ersetzt. Die wesentlichen Änderungen im Vergleich zur Vorversion wurden in Form einer Zusammenfassung in den Anhang der Kodierrichtlinien aufgenommen.

Danksagung

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung danken ganz herzlich Herrn Dr. Albrecht Zaiß, Universität Freiburg, und seinen Mitarbeitern, die die erste Überarbeitung der Deutschen Kodierrichtlinien maßgeblich unterstützt haben, sowie den Mitarbeitern des DIMDI für die fachliche Begleitung.

Düsseldorf/Siegburg, 2002

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 fertiggestellt. 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. Zaß, 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 2003	III
Einleitung zu den Deutschen Kodierrichtlinien, Version 2002	V
Inhaltsverzeichnis	IX
Abkürzungsverzeichnis	XVII
Übergangsregelungen	XIX
<i>Abweichungen von den Kodierrichtlinien</i>	<i>XIX</i>
Redaktionelle Hinweise	XXIII
I. <i>Allgemeine Hinweise</i>	<i>XXIII</i>
II. <i>Schlüsselnummern (Kodes)</i>	<i>XXIII</i>
III. <i>Fallbeispiele</i>	<i>XXV</i>
Allgemeine Kodierrichtlinien	1
Allgemeine Kodierrichtlinien für Krankheiten	3
D001a <i>Allgemeine Kodierrichtlinien</i>	3
D002b <i>Hauptdiagnose</i>	4
D003b <i>Nebendiagnosen</i>	11
D004a <i>Syndrome</i>	13
D005a <i>Folgezustände</i>	14
D006a <i>Akute und chronische Krankheiten</i>	16
D007a <i>Aufnahme zur Operation, Operation nicht durchgeführt</i>	17
D008b <i>Verdachtsdiagnosen</i>	17
D009a <i>„Sonstige“ und „nicht näher bezeichnete“ Schlüsselnummern</i>	19
D010a <i>Kombinations-Schlüsselnummern</i>	20
D011a <i>Doppelkodierung</i>	21
D012a <i>Mehrfachkodierung</i>	22
D013a <i>Im Systematischen Verzeichnis verwendete formale Vereinbarungen</i>	28
D014a <i>Im Alphabetischen Verzeichnis und im ICD-10-Diagnosenthesaurus verwendete formale Vereinbarungen</i>	33
Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren	35
P001a <i>Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren</i>	35

P002a <i>Hauptprozedur</i>	36
P003a <i>Hinweise und formale Vereinbarungen für die Benutzung des OPS-301</i>	37
P004a <i>Nicht vollendete oder unterbrochene Prozedur</i>	44
P005b <i>Multiple/Bilaterale Prozeduren</i>	45
P006a <i>Laparoskopische/arthroskopische/endoskopische Prozeduren</i>	49
P007a <i>Endoskopie multipler Gebiete (Panendoskopie)</i>	50
P008a <i>Klinische Untersuchung in Allgemeinanästhesie</i>	50
P009a <i>Allgemeinanästhesie</i>	50
P010a <i>Prozeduren medizinischer Fachberufe</i>	51
P011a <i>Pädiatrische Prozeduren</i>	51
P012a <i>Prozeduren, unterschieden auf der Basis von Größe, Zeit oder Anzahl</i>	52
P013b <i>Wiedereröffnung eines Operationsgebietes/Reoperation</i>	53
P014a <i>Prozeduren, die normalerweise nicht verschlüsselt werden</i>	53
P015a <i>Organentnahme und Transplantation</i>	55
Spezielle Kodierrichtlinien	57
1 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	59
0101a <i>HIV/AIDS</i>	59
0102a <i>Virushepatitis</i>	65
0103a <i>Bakteriämie, Sepsis und Neutropenie</i>	65
0104a <i>Urosepsis</i>	67
2 Neubildungen	69
0201b <i>Auswahl und Reihenfolge der Kodes</i>	69
0202b <i>Komplikationen im Zusammenhang mit Neubildungen</i>	71
0203a <i>Rezidiv eines primären Malignoms</i>	72
0204a <i>Ausgedehnte Exzision eines Tumorgebietes</i>	72
0205b <i>Malignomnachweis nur in der Biopsie</i>	73
0206a <i>Benachbarte Gebiete</i>	73
0207a <i>Bösartige Neubildungen an mehreren Lokalisationen</i>	74
0208a <i>Remission bei malignen immunoproliferativen Erkrankungen und Leukämie</i>	75
0209a <i>Malignom in der Eigenanamnese</i>	76
0210a <i>Optionale Kodes für die Morphologie</i>	77
0211b <i>Chemotherapie bei Neubildungen</i>	78
0212a <i>Instillation von zytotoxischen Materialien in die Harnblase</i>	80
0213b <i>Strahlentherapie</i>	80
0214a <i>Lymphangiosis carcinomatosa</i>	81
0215a <i>Lymphom</i>	81
0216a <i>Malignom der Lippe</i>	81
0217a <i>Familiäre adenomatöse Polypose</i>	82

0218a	<i>Hereditäres nichtpolypöses Kolonkarzinom</i>	82
0219a	<i>Intraepitheliale Neoplasie der Prostata</i>	82
3	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	83
0301a	<i>Stammzellentnahme und Transplantation</i>	83
0302a	<i>Bluttransfusionen</i>	84
4	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	87
0401b	<i>Diabetes mellitus</i>	87
0402a	<i>Hyperglykämie</i>	96
0403a	<i>Zystische Fibrose</i>	96
5	Psychische und Verhaltensstörungen	97
0501a	<i>Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Drogen, Medikamente, Alkohol und Nikotin)</i>	97
0502a	<i>Nikotinabhängigkeit</i>	99
0503a	<i>Persönlichkeitsstörungen</i>	99
0504a	<i>Panikattacken mit Phobie</i>	100
0506a	<i>Psychische Krankheit als Komplikation einer Schwangerschaft</i>	100
0507a	<i>Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom</i>	101
0508a	<i>Morbus Alzheimer</i>	102
6	Krankheiten des Nervensystems	103
0601a	<i>Schlaganfall</i>	103
0602a	<i>Aphasie/Dysphasie</i>	105
0603a	<i>Tetraplegie und Paraplegie, nicht traumatisch</i>	105
0604a	<i>Autonome Dysreflexie</i>	106
0605a	<i>Shuddering Attacks</i>	106
0606a	<i>Mitochondriale Zytopathie</i>	106
0607a	<i>Schädelbasis-Chirurgie</i>	107
0608a	<i>Intrakranielle stereotaktische Bestrahlung</i>	108
0609a	<i>Intrakranielle stereotaktische Neurochirurgie</i>	109
0610b	<i>Liquordrainage, Liquorshunt</i>	109
7	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	111
0701a	<i>Diabetische Katarakte</i>	111
0702a	<i>Katarakt: Sekundäre Linseninsertion</i>	111
0703a	<i>Reihenfolge der Angabe von Glaukom und Katarakt</i>	111
0704a	<i>Abstoßung oder Versagen eines Kornea-Transplantats</i>	111
0705a	<i>Strabismus (Schielen)</i>	112
0706a	<i>Kontaktlinsen-Intoleranz</i>	112

0707a	<i>Verblitzung der Schweißser</i>	112
0708a	<i>Rost-Ring der Kornea</i>	112
0709a	<i>Kearns-Sayre-Syndrom</i>	112
0710a	<i>Postoperatives Hyphäma</i>	113
0711a	<i>Trabekulektomie</i>	113
0712a	<i>Katheterisierung der Tränengänge</i>	113
8	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	115
0801a	<i>Schwerhörigkeit und Taubheit</i>	115
0802a	<i>Leimohr</i>	115
0803a	<i>Entfernung von Paukenröhrchen</i>	115
9	Krankheiten des Kreislaufsystems	117
0901a	<i>Ischämische Herzkrankheit</i>	117
0902a	<i>Akutes Lungenödem</i>	120
0903a	<i>Herzstillstand</i>	120
0904a	<i>Hypertensive Herzkrankheit (I11.-)</i>	120
0905a	<i>Hypertensive Nierenerkrankung (I12.-)</i>	121
0906a	<i>Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit (I13.-)</i>	121
0907a	<i>Sekundäre Hypertonie (I15.-)</i>	121
0908a	<i>Koronararterienbypass</i>	121
0909a	<i>Revisionen oder Reoperationen</i>	124
0910a	<i>Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO)</i>	125
0911b	<i>Schrittmacher/Defibrillatoren</i>	125
0912a	<i>Chirurgisch angelegte arteriovenöse Fistel/Shunt</i>	128
10	Krankheiten des Atmungssystems	131
1001b	<i>Maschinelle Beatmung</i>	131
1002a	<i>Asthma bronchiale</i>	134
1003a	<i>Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COLD)</i>	135
11	Krankheiten des Verdauungssystems	137
1101a	<i>Appendizitis</i>	137
1102a	<i>Adhäsionen</i>	137
1103a	<i>Magenulkus mit Gastritis</i>	137
1104a	<i>Helicobacter/Campylobacter</i>	137
1105a	<i>Gastrointestinale Blutung</i>	138
1106a	<i>Peranale Blutung</i>	139
1107a	<i>Dehydratation bei Gastroenteritis</i>	139

12 Krankheiten der Haut und der Unterhaut 141

1201a	Phlegmone	141
1202a	Versorgung einer Verletzung der Haut und des subkutanen Gewebes	141
1203a	Destruktion/Exzision einer Neubildung der Haut	142
1204a	Kraniofaziale Eingriffe	142
1205a	Plastische Chirurgie	142
1206a	Blepharoplastik	143
1207b	Hauttransplantation	144

13 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes 145

1301a	Chronischer Kreuzschmerz	145
1302a	Bandscheibenprolaps	145
1303a	Bandscheibenläsion	146
1304a	Retrolisthese	146
1305a	Spondylodese	146
1306a	Luxation einer Hüftendoprothese	146
1307a	Meniskus-/Bänderriss	147
1308a	Weichteilverletzungen	147
1309a	Kompartmentsyndrom	147

14 Krankheiten des Urogenitalsystems 149

1401a	Dialyse	149
1402a	Hydrozele	149
1403a	Humanes Papilloma Virus (HPV)	150
1404a	Young-Syndrom	151
1405a	Klinische gynäkologische Untersuchung unter Anästhesie	151
1406a	Rekonstruktionsoperation bei weiblicher Genitalmutilation (FGM)	151

15 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett 153

1501a	Definition von Lebend-, Totgeburt und Abort	153
1502a	Blasenmole	153
1503a	Abortivei	154
1504b	Komplikationen nach Abort, Extrauterin gravidität und Molenschwangerschaft (O08.-)	154
1505a	Vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft	155
1506a	Spontane vaginale Entbindung eines Einlings	156
1507a	Resultat der Entbindung	157
1508b	Dauer der Schwangerschaft	157
1509a	Mehrlingsgeburt	157
1510b	Komplikationen in der Schwangerschaft	158
1511a	Zuordnung der Hauptdiagnose bei einer Entbindung	160

1512a	Abnorme Kindslagen und -einstellungen	160
1513a	Beckenendlagegeburt und Exzision des Kindes	160
1514a	Verminderte Kindsbewegungen	160
1515a	Uterusnarbe	161
1516a	Ältere Erstgebärende	161
1517a	Vielgebärende	161
1518a	Entbindung vor der Aufnahme	161
1519b	Frühgeburt	162
1520a	Verlängerte Schwangerschaftsdauer und Übertragung	162
1521a	Protrahierte Geburt	163
1522a	Geburtseinleitung	163
1523a	Selektiver Fetozid	164
1524a	Verlängerung der Austreibungsphase bei Epiduralanästhesie	164
1525a	Primärer und sekundärer Kaiserschnitt	164
1526a	Manuelle Plazentalösung	164
1527a	Definition des Puerperiums (Wochenbetts)	164
1528a	Nachgeburtliche Stillhindernisse	165
1529a	Hemmung der Laktation	165

16 Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben 167

1601a	Neugeborene	167
1602a	Definition der Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	169
1603a	Besondere Maßnahmen für das kranke Neugeborene	170
1604a	Atemnotsyndrom des Neugeborenen/Hyaline Membranerkrankheit/Surfactantmangel	171
1605a	Massives Aspirationssyndrom und transitorische Tachypnoe beim Neugeborenen	171
1606a	Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie (HIE)	172

18 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind 173

1801a	Befunde und Symptome	173
1802a	Ataxie	173
1803a	Stürze	173
1804a	Inkontinenz	174
1805a	Fieberkrämpfe	174
1806a	Schmerzdiagnosen und Schmerzbehandlungsverfahren	174

19 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen 177

1901a	Verstauchungen und Zerrungen	177
1902a	Oberflächliche Verletzungen	177
1903b	Fraktur und Luxation	178
1904a	Zerquetschung	179

1905a	Offene Wunden	180
1906a	Offene Verletzungen mit Gefäß-, Nerven- und Sehnenbeteiligung	180
1907a	Offene intrakranielle Verletzung	181
1908a	Offene intrathorakale/intraabdominale Verletzung	181
1909a	Geschlossene Kopfverletzungen/Bewusstlosigkeit/Gehirnerschütterung	182
1910a	Verletzung des Rückenmarks (mit traumatischer Paraplegie und Tetraplegie)	184
1911a	Mehrfachverletzungen	189
1912a	Akute und alte Verletzungen	190
1913a	Folgeerscheinungen von Verletzungen, Vergiftungen, toxischen Wirkungen und anderen äußeren Ursachen	192
1914a	Verbrennungen	192
1915a	Missbrauch/Misshandlung von Erwachsenen und Kindern	194
1916a	Vergiftung durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen	194
1917a	Unerwünschte Nebenwirkungen von Arzneimitteln (bei Einnahme gemäß Verordnung)	195
1918a	Unerwünschte Nebenwirkungen/Vergiftung von zwei oder mehr in Verbindung eingenommenen Substanzen (bei Einnahme entgegen einer Verordnung)	195
1919a	Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung	196
Anhang		199
	<i>A: Grundregeln zur Verschlüsselung (WHO)</i>	199
	<i>B: Zusammenfassung der Änderungen, Deutsche Kodierrichtlinien Version 2003 gegenüber der Vorversion 2002</i>	201
Schlagwortverzeichnis		209
Schlüsselnummerverzeichnis		218
	<i>ICD-Kode-Index</i>	218
	<i>OPS-Kode-Index</i>	226

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abkürzung	Bezeichnung
a.n.k.	anderorts nicht klassifiziert
ACB	Aortokoronarer Bypass (Aorto-Coronary Bypass)
AIDS	Acquired Immune(o) Deficiency Syndrome
Ao	Aorta
AR-DRG	Australian Refined Diagnosis Related Group
AV	Arteriovenös
BPfIV	Bundespflegegesetzverordnung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
bzw.	beziehungsweise
Ca	Karzinom
CML	Chronisch myeloische Leukämie
CMV	Zytomegalie-Virus
COLD	Chronisch obstruktive Lungenkrankheit (Chronic Obstructive Lung Disease)
CPAP	Kontinuierlicher positiver Atemwegsdruck
CT	Computertomographie
CTG	Cardiotokographie
d.h.	das heisst
D1	Diagonalast
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.	gegebenfalls
GI	gastrointestinal
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HIE	Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie
Hinw.	Hinweis
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
HLA	Humanes Leukozytenantigen
HLM	Herz-Lungen-Maschine
HNO	Hals-Nasen-Ohren
HPV	Humanes Papilloma Virus
ICD	Internationale Klassifikation von Krankheiten
ICD-10-SGB-V	ICD-10-Ausgabe für die Zwecke des Sozialgesetzbuches V
ICPM	International Classification of Procedures in Medicine
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH
Inkl.	Inklusiva
KFPV	Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
LAD	Left anterior descending (coronary artery)
LIMA	Left internal mammary artery
MELAS	Mitochondriale Enzephalopathie, Laktatazidose- und Schlaganfall-ähnliche Symptome

MERRF	Myoclonus Epilepsy Ragged Red Fibre Syndrome
MRT	Magnetresonanztomographie (Kernspintomographie)
n.n.bez.	nicht näher bezeichnet
o.n.A.	ohne nähere Angabe
OM	Obtuse marginal (coronary artery)
OPS-301	Operationenschlüssel nach § 301 SGB V
PKV	Verband der privaten Krankenversicherung
PSV	Pressure Support Ventilation
PTCA	Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty
RCA	Right Coronary Artery
RTW	Rettungswagen
s.	siehe
s.a.	siehe auch
SE	Sonderentgelte
s.o.	siehe oben
SGB-V	Sozialgesetzbuch V
SIMV	Synchronized Intermittent Mandatory Ventilation
SSW	Schwangerschaftswoche
SVG	Saphenous Vein Gräft
TE	Transfusionseinheit
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 derzeit 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 D002b *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, natürliche Koronararterie</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 Hauptdiagnosenschlüsselnummer 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, natürliche Koronararterie</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, natürliche Koronararterie*).

Daher ist die zusätzliche Angabe der Hauptdiagnose nach BpflV (I25.11 *Atherosklerotische Herzkrankheit, natürliche Koronararterie*) 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 156) nicht angegeben wird.

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

Anlage 5, Durchführungshinweise, 1.2.5 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 0901a *Ischämische Herzkrankheit* (Seite 117) und DKR 0908a *Koronararterienbypass* (Seite 121)).

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 des OPS-301, Version 2.1 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 P005b *Multiple/Bilaterale Prozeduren* (Seite 45)).

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. Die erste Version einer DKR wird mit „a“ gekennzeichnet. Mit jeder inhaltlichen Änderung an einer Kodierrichtlinie wird die Versionskennzeichnung um einen Buchstaben erhöht. 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-SGB-V- bzw. OPS-301 Codes aufgeführt. Diese Beispiele bzw. Listen stellen jedoch keine abschließende Aufzählung bzw. Ausdifferenzierung aller zutreffenden Codes dar. Um die genauen Codes 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-SGB-V und dem OPS-301 verwiesen. Diese Codes 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 Codes, 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-SGB-V

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 Codes.
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-II-Diabetes]</i>	den Dreisteller mit allen darunter klassifizierten Codes.
E11.5	<i>Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-II-Diabetes] mit peripheren vaskulären Komplikationen</i>	die Kategorie (Viersteller) mit allen darunter klassifizierten Codes.
E11.x0	<i>Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-II-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 Codes.
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 Codes 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-301

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 Kode (endständiger Kode).
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-SGB-V bzw. OPS-301).

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-SGB-V korrekt verschlüsselt.

Bei den Diagnosenangaben wurde mit Ausnahme von Beispiel 2 in DKR D011a *Doppelkodierung* (Seite 21) auf die Angabe der Seitenlokalisationen verzichtet und die ICD-Kodes ohne die optionalen Zusatzkennzeichen (R=rechts, L=links, B=beiderseits) angegeben. In der Praxis können diese Zusatzkennzeichen angegeben werden.

Die Darstellung der Beispiele für Mehrfachkodierung entspricht den Regeln der DKR D012a *Mehrfachkodierung* (Seite 22), 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.

Einen Überblick über die mit Ausrufezeichen gekennzeichneten ICD-Kodes/Kategorien bieten die folgenden Tabellen.

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)
------------	---

Die notwendige Aufbereitung der Daten gemäß Datenübermittlungsvereinbarung nach § 301 SGB V wird ebenfalls in der DKR D012a Mehrfachkodierung (Seite 22) 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 (Kodes mit „*“ oder „!“) vorgesehen.

Von den zur Zeit verfügbaren Groupen (auf Grundlage der australischen Gruppierungssystematik) wird nach heutigem Kenntnisstand als Hauptdiagnose nur die Diagnose aus dem Datenfeld Primärdiagnose der Hauptdiagnose gewertet. Alle anderen Diagnosen sind Nebendiagnosen.

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. DKR D012a *Mehrfachkodierung* (Seite 22)). Die Kodierrichtlinien regeln ausschließlich die Übertragung von Diagnosen und Prozeduren in die dafür vorgesehenen Codes. EDV-technische Details werden hier nicht geregelt.

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>
O09.-!	<i>Schwangerschaftsdauer</i>
Z37.-!	<i>Resultat der Entbindung</i>
S14.7!	<i>Funktionale Höhe einer Verletzung des Rückenmarkes</i>
S24.7!	
S34.7!	
Sx1.81!	<i>Offene Wunde (nach Lokalisation) mit Verbindung zu einer Fraktur,</i>
Sx1.82!	<i>Luxation oder intrakraniellen/intrathorakalen/intraabdominalen Verletzung</i>
Sx1.83!	
T31.-!	<i>Verbrennungen oder Verätzungen, klassifiziert nach dem Ausmaß der betroffenen Körperoberfläche</i>

ALLGEMEINE KODIERRICHTLINIEN

ALLGEMEINE KODIERRICHTLINIEN FÜR KRANKHEITEN

Diese Kodierrichtlinien beziehen sich auf:

Die **ICD-10-SGB-V Version 2.0** (November 2000) und
den **ICD-10-Diagnosesaurus Version 4.0** (Januar 2001).

Ein zur ICD-10-SGB-V Version 2.0 passendes Alphabetisches Verzeichnis liegt nicht vor. Bei der Anwendung des Alphabetischen Verzeichnisses Version 1.3 müssen daher die darin enthaltenen Schlüsselnummern mit der Systematik der aktuellen Version 2.0 der ICD-10-SGB-V abgeglichen werden; letztere ist bindend.

D001a Allgemeine Kodierrichtlinien

Die Auflistung der Diagnosen bzw. Prozeduren liegt in der Verantwortung des behandelnden Arztes. Vor der Kodierung jeglicher aufgezeichneter Diagnose bzw. Prozedur müssen die Informationen anhand der Krankenakte nachgeprüft werden.

Weicht ein Untersuchungsbefund von der klinischen Dokumentation ab, zum Beispiel die klinische Diagnose eines Magenulkus von dem histopathologischen Befund „kein Nachweis eines Ulkus“, muss der Fall vom behandelnden Arzt geklärt werden. 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.

Beispiel 1

Als Hauptdiagnose ist Schenkelhalsfraktur angegeben. Die verzeichneten Nebendiagnosen sind Pneumonie und Ulcus duodeni. Die Überprüfung der Krankenakte zeigt, dass der Patient sechs Monate vorher stationär wegen Pneumonie behandelt wurde und dass er ein verheiltes Ulcus duodeni hat. Ausschließlich die Schenkelhalsfraktur ist zu kodieren, da weder die Pneumonie noch das Ulcus duodeni aktuelle Krankheiten sind und/oder die Kriterien der DKR D003b *Nebendiagnosen* (Seite 11) erfüllen.

Abnorme Befunde

Abnorme Labor-, Röntgen-, Pathologie- und andere diagnostische Befunde werden nicht kodiert, es sei denn, sie haben eine klinische Bedeutung. Z.B. wird eine im Labortest gefundene leicht erhöhte Gamma-GT, die keine weiteren diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen nach sich zieht, nicht kodiert.

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 D013a *Im Systematischen Verzeichnis verwendete formale Vereinbarungen* (Seite 28) und DKR D014a *Im Alphabetischen Verzeichnis und im ICD-10-Diagnosesaurus verwendete formale Vereinbarungen* (Seite 33)) festgestellt werden, ob die Krankheit dort als sich „anbahnend“ oder „drohend“ unter dem Hauptbegriff oder eingerückten 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 2

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 zugrundeliegenden Krankheit zu kodieren, z.B. als Atherosklerose der Extremitätenarterien mit Ulzeration.

I70.23 *Atherosklerose der Extremitätenarterien 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 3

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*

D002b 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.

Die nach Analyse festgestellte Hauptdiagnose muss nicht der Aufnahme- 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 XIX) 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 D013a *Im Systematischen Verzeichnis verwendete formale Vereinbarungen* (Seite 28) und DKR D014a *Im Alphabetischen Verzeichnis und im ICD-10-Diagnosenthesaurus verwendete formale Vereinbarungen* (Seite 33)).

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.

Kreuz – Stern – System

Das ICD-10-Regelwerk fordert, dass die Ätiologie-Schlüsselnummer (Kreuz †) vor der Manifestations-Schlüsselnummer (Stern *) aufgeführt wird (s.a. DKR D012a *Mehrfachkodierung* (Seite 22)).

Zuweisung der zugrundeliegenden Krankheit als Hauptdiagnose

Wenn sich ein Patient mit einem Symptom vorstellt und während des Krankenhausaufenthaltes die zugrundeliegende Krankheit diagnostiziert wird, so ist die zugrundeliegende Krankheit als Hauptdiagnose zu kodieren und das Symptom wird nicht kodiert. Dies betrifft Symptome, die im Regelfall als eindeutige und unmittelbare Folge mit der zugrundeliegenden Krankheit vergesellschaftet sind (siehe Beispiel 2).

Beispiel 2

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 (siehe Beispiel 3 und Einleitung zu Kapitel XVIII der ICD-10-SGB-V).

Beispiel 3

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

Wenn sich ein Patient mit einem Symptom vorstellt und die zugrundeliegende Krankheit zum Zeitpunkt der Aufnahme bekannt ist, jedoch nur das Symptom behandelt wird, ist das Symptom als Hauptdiagnose zu kodieren. Die zugrundeliegende Krankheit ist anschließend als Nebendiagnose zu kodieren (siehe Beispiel 4).

Beispiel 4

Ein Patient wird mit Ösophagusvarizenblutung bei bekannter Leberzirrhose stationär aufgenommen. Es wird **nur** die Ösophagusvarizenblutung behandelt.

Hauptdiagnose: Ösophagusvarizenblutung
Nebendiagnose(n): Leberzirrhose

Wenn sich ein Patient mit einem Symptom vorstellt und die zugrundeliegende Krankheit zum Zeitpunkt der Aufnahme bekannt ist und behandelt wird, so ist diese als Hauptdiagnose zu kodieren. Das Symptom wird nicht kodiert, wenn es im Regelfall als eindeutige und unmittelbare Folge mit der zugrundeliegenden Krankheit vergesellschaftet ist (siehe Beispiel 5).

Beispiel 5

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

Ein Symptom wird als Nebendiagnose kodiert, wenn es ein eigenständiges, wichtiges Problem für die medizinische Betreuung darstellt (siehe Beispiel 6).

Beispiel 6

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

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, Aufnahmen zur Chemotherapie, Radiotherapie und Dialyse 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-SGB-V helfen bei der Bestimmung, wann Schlüsselnummern aus den Kategorien R00-R99 dennoch angegeben werden.

Akute und chronische Krankheiten

Wenn eine Krankheit sowohl als akut (subakut) und chronisch beschrieben wird, und im Alphabetischen Verzeichnis (siehe DKR D014a *Im Alphabetischen Verzeichnis und im ICD-10-Diagnosesaurus verwendete formale Vereinbarungen* (Seite 33)) auf der gleichen Unterpunktebene getrennte Unterbegriffe existieren, sind beide zu kodieren und die akute (subakute) Schlüsselnummer an erster Stelle anzugeben. Näheres regelt DKR D006a *Akute und chronische Krankheiten* (Seite 16).

Zwei oder mehr verwandte Krankheiten, die jeweils unabhängig voneinander der Definition der Hauptdiagnose entsprechen können

Sofern zwei oder mehr verwandte Krankheiten (z.B. Krankheiten im selben ICD-10-SGB-V-Kapitel oder Manifestationen, die typischerweise mit einer bestimmten Krankheit gemeinsam auftreten) potentiell der Definition der Hauptdiagnose entsprechen, muss vom behandelnden Arzt entschieden werden, welche Diagnose am besten der Hauptdiagnose-Definition entspricht.

Beispiel 7

Patient wird zur Korrektur einer Hammerzehe (M20.4) und eines Hallux valgus (M20.1) aufgenommen.

Hauptdiagnose:
Nebendiagnose(n): **Wird vom behandelnden Arzt entschieden.**

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.

Schlüsselnummern aus Z03.0 bis Z03.9**Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen**

Schlüsselnummern aus Z03.0 bis Z03.9 werden 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.

Können für die Hauptdiagnose spezifischere Schlüsselnummern angegeben werden, haben diese Vorrang vor einer Schlüsselnummer aus der Kategorie Z03.-. Wenn Symptome, die mit der Verdachtsdiagnose im Zusammenhang stehen, erwähnt sind, werden die Symptom-Schlüsselnummern zugewiesen, nicht ein Kode aus der Kategorie Z03.- (s.a. DKR D008b *Verdachtsdiagnosen* (Seite 17)).

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.

Nicht ausgeführter ursprünglicher Behandlungsplan

Als Hauptdiagnose ist diejenige Krankheit anzugeben, die nach Analyse der Krankenakte die stationäre Aufnahme veranlasst hat, selbst wenn die Behandlung aufgrund unvorhergesehener Umstände möglicherweise nicht durchgeführt wurde (s.a. DKR D007a *Aufnahme zur Operation, Operation nicht durchgeführt* (Seite 17)).

Restzustand oder Art von Folgezuständen

Die Schlüsselnummer für den aktuellen Rest-/Folgezustand wird zuerst angegeben, gefolgt von der Schlüsselnummer („Folgen von ...“), die ausdrückt, dass dieser Zustand Folge einer früheren Krankheit ist. Ausgenommen sind die wenigen Fälle, in denen das Alphabetische Verzeichnis eine andere Anweisung enthält (s.a. DKR D005a *Folgezustände* (Seite 14)).

Geplanter Folgeeingriff

Bei einer Aufnahme zu einer zweiten oder weiteren Operation nach einem Ersteingriff, die zum Zeitpunkt des Ersteingriffs im Rahmen der Gesamtbehandlung bereits als Folgeeingriff geplant war, wird die ursprüngliche Krankheit als Hauptdiagnose kodiert. Das gilt auch dann, wenn die ursprüngliche Krankheit nicht mehr vorhanden ist (siehe Beispiel 8 und DKR 1913a *Folgeerscheinungen von Verletzungen, Vergiftungen, toxischen Wirkungen und anderen äußeren Ursachen* (Seite 190)).

Beispiel 8

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

Tagesfall/mehrtägiger Aufenthalt

In den speziellen Kodierrichtlinien werden in folgenden Kodierrichtlinien unterschiedliche Kodierungen von Haupt- und Nebendiagnosen bei Tagesfällen bzw. mehrtägigen Aufenthalten festgelegt:

DKR	Titel	Seite
0101a	<i>Chemotherapie bei HIV/AIDS-Erkrankung</i>	63
0211b	<i>Chemotherapie bei Neubildungen - Kombinierte Strahlen- und Chemotherapie</i>	78 79
0212a	<i>Instillation von zytotoxischen Materialien in die Harnblase</i>	80
0213b	<i>Strahlentherapie</i>	80
0301a	<i>Stammzellentnahme und Transplantation</i>	83
1401a	<i>Dialyse</i>	149

Wenn es keine spezielle Kodierrichtlinie zur Kodierung von Tagesfällen gibt, werden Haupt- und Nebendiagnosen gemäß den allgemeinen Kodierrichtlinien festgelegt. Die Dauer des Aufenthaltes spielt dann keine Rolle.

Interne Verlegungen zwischen Abteilungen nach BPFIV und KHEntgG

Bei Krankenhaus-internen Verlegungen von Patienten zwischen Abteilungen, die nach Bundespflegegesetzverordnung (BPFIV) 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 9).
- Wird ein Patient mehrfach intern zwischen Abteilungen nach KHEntgG und BPFIV 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 9

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 (BPFIV)

Hauptdiagnose: Schizophrenie
Nebendiagnose(n): Akutes Abdomen

Chirurgie (KHEntgG)

Hauptdiagnose: Akute Cholezystitis
Nebendiagnose(n): Schizophrenie

Rückverlegungen aus anderen Krankenhäusern

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

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

Beispiel 10

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 0901a *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

D003b 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 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.

Anamnestische Diagnosen, die das Patientenmanagement gemäß obiger Definition nicht beeinflussen, 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 an den Beinen 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

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, besonders dann, wenn die Anzahl der zur Verfügung stehenden Schlüsselnummer-Felder begrenzt ist. Wird zur Verschlüsselung einer Diagnose mehr als ein Code benötigt (z.B. Kreuz-Stern-System), so ist für die Reihenfolge DKR D012a *Mehrfachkodierung* (Seite 22) zu beachten.

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

D004a Syndrome

Wenn es für ein Syndrom in den ICD-10-Verzeichnissen einen spezifischen Code 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 D002b *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.

Richtlinien für die Reihenfolge bei der Kodierung von Syndromen

1. Sobald die Details des Syndroms abgeklärt worden sind, ist die Hauptdiagnose-Definitionsregel anzuwenden.
2. Wenn die Hauptdiagnose-Definitionsregel aufgrund multipler Manifestationen des Syndroms schwierig anwendbar ist und wenn wegen keiner der Diagnosen eine Behandlung erfolgte, ist die schwerwiegendste Diagnose als Hauptdiagnose zu kodieren.

3. Wenn bei chromosomalen/genetischen Krankheiten mehrere Manifestationen den gleichen Schweregrad aufweisen, ist die chromosomale/genetische Krankheit als Hauptdiagnose zu kodieren.
4. 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-SGB-V zugewiesen ist.

Beispiel 3

Galloway-Mowat-Syndrom: eine Symptomenkombination aus Mikrozephalie, Hiatushernie und Nephrose, die autosomal-rezessiv vererbt wird. Klinisch führend ist eine schwere Nephrose. Histologisch finden sich fokale und segmentale glomeruläre Läsionen.

Hauptdiagnose:	N04.1	<i>Nephrotisches Syndrom, fokale und segmentale glomeruläre Läsionen</i>
Nebendiagnose(n):	Q40.1	<i>Angeborene Hiatushernie</i>
	Q02	<i>Mikrozephalie</i>
	Q87.8	<i>Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungssyndrome, anderenorts nicht klassifiziert</i>

D005a Folgezustände

‘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 Auswirkung einer Krankheit wird als Spätfolge betrachtet, wenn sie in der Diagnose ausgewiesen wird als:

- spät (Folge von)
- alt
- Folgeerscheinung von
- aufgrund einer Vorkrankheit
- als Folge einer Vorkrankheit

Sofern der zugrundeliegende Krankheitsprozess nicht mehr aktiv ist, wird die Schlüsselnummer für die akute Form dieser Krankheit nicht kodiert, sondern der Folgezustand mit den entsprechenden spezifischen ICD-Kodes (siehe z.B. unten angefügte Liste „**Spezifische Schlüsselnummern für die Ursachen von Spätfolgen**“).

Die Kodierung der Folgezustände von Krankheiten erfordert zwei Schlüsselnummern:

- eine für den aktuellen Rest-/Folgezustand
- 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 *Monoplegie einer oberen Extremität*
B91 *Folgezustände der Poliomyelitis*

Beispiel 3

Spastische Hemiplegie aufgrund einer früheren Hirnembolie

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

Spezifische Schlüsselnummern für die Ursachen von Spätfolgen sind:

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.

- B90.- *Folgezustände der Tuberkulose*
Folgezustände umfassen Krankheitszustände, die als solche oder als Folge einer früheren Tuberkulose bezeichnet sind, oder Restzustände nach einer alten, abgeheilten, inaktiven oder ruhenden Tuberkulose, die als solche bezeichnet sind, es sei denn, es liegen Anzeichen für eine aktive Tuberkulose vor (WHO).
- B91 *Folgezustände der Poliomyelitis*
- B92 *Folgezustände der Lepra*
- B94.- *Folgezustände sonstiger und nicht näher bezeichneter infektiöser und parasitärer Krankheiten*
- B94.0 *Folgezustände des Trachoms*
Die Folgezustände umfassen Restzustände des Trachoms mit der Angabe, dass sie abgeheilt oder inaktiv sind, außerdem bestimmte Folgen wie z. B. Blindheit, Narbentropium oder Narben der Konjunktiva – es sei denn, es liegen Anzeichen für eine aktive Infektion vor (WHO).

- B94.1 *Folgezustände der Virusenzephalitis*
Die Folgezustände umfassen Krankheiten, die als solche oder als Spätzustände bezeichnet sind, und außerdem diejenigen, die ein Jahr oder länger nach Ausbruch der ursächlichen Krankheit noch bestehen (WHO).
- B94.8 *Folgezustände sonstiger näher bezeichneter infektiöser und parasitärer Krankheiten*
Die Folgezustände umfassen Krankheiten, die als solche oder als Spätfolgen oder Restzustände dieser Zustände angegeben sind, wie z. B. abgeheilt, alt, inaktiv, zum Stillstand gekommen – es sei denn, es liegen Anzeichen für einen aktiven Krankheitszustand vor. Folgezustände umfassen auch chronische Zustände mit der Angabe, dass sie „bedingt sind durch“ oder als Restzustand ein Jahr oder länger nach Beginn desjenigen Krankheitszustandes, der den Schlüsselnummern A00–B89 zuzuordnen ist, noch bestehen (WHO).
- E64.- *Folgen von Mangelernährung oder sonstigen alimentären Mangelzuständen*
- E64.3 *Folgen der Rachitis*
Die Folgezustände umfassen sämtliche Krankheitszustände, die rachitisch bedingt sind und die ein Jahr oder länger nach Ausbruch der Krankheit bestehen, oder solche, die als Folgezustand oder Spätfolge der Rachitis bezeichnet sind (WHO).
- E68 *Folgen der Überernährung*
- G09 *Folgen entzündlicher Krankheiten des Zentralnervensystems*
Diese Schlüsselnummer ist für Folgezustände von Krankheiten anzuwenden, die in G00.-, G03-G04, G06.- und G08 aufgeführt oder dort einzuordnen sind. Folgezustände entzündlicher Krankheiten des Zentralnervensystems, die Bestandteil der Doppelklassifizierung (G01*-G02*, G05.-* und G07*) sind, sind der für die Folgezustände des Grundleidens vorgesehenen Schlüsselnummer zuzuordnen (z. B. B90.0 „Folgezustände einer Tuberkulose des Zentralnervensystems“). Falls für das Grundleiden keine Schlüsselnummer für Folgezustände existiert, wird das Grundleiden verschlüsselt (WHO).
- I69.- *Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit*
- O97 *Tod an den Folgen direkt gestationsbedingter Ursachen*

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 aufgenommen.

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

Ausnahmen: Dieses Kriterium darf nicht verwendet werden, wenn:

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

- b) die ICD-10-SGB-V 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-SGB-V 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 D002b **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.

Von 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 Restklasse „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 Restklasse „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. „Restklassen“ 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“ in der Regel „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>Urtikaria 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:
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>chronisch</i> • <i>rezidivierend periodisch</i> 	
L50.9	<i>Urtikaria, nicht näher bezeichnet</i>	unspezifische Subkategorie

Gelegentlich werden die zwei **Restklassen** „,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 Restklassen 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 D013a *Im Systematischen Verzeichnis verwendete formale Vereinbarungen* (Seite 28) und DKR D014a *Im Alphabetischen Verzeichnis und im ICD-10-Diagnosenthesaurus verwendete formale Vereinbarungen* (Seite 33)).

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-SGB-V (siehe DKR D013a *Im Systematischen Verzeichnis verwendete formale Vereinbarungen* (Seite 28) und DKR D014a *Im Alphabetischen Verzeichnis und im ICD-10-Diagnosenthesaurus verwendete formale Vereinbarungen* (Seite 33)).

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 D012a *Mehrfachkodierung* (Seite 22)) 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: I70.24 *Atherosklerose der Extremitätenarterien mit Gangrän*

Falsch: I70.20 *Atherosklerose der Extremitätenarterien, nicht näher bezeichnet*
 R02 *Gangrän, anderenorts nicht klassifiziert*

D011a 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 „beiderseits“ hinter der Schlüsselnummern angegeben werden (siehe Beispiel 2).

Für die Diagnosen wird dieselbe Schlüsselnummer nicht wiederholt, für die erforderlichen Operationen/Eingriffe (Prozeduren) zur Behandlung dieser Krankheiten kann aber dieselbe Schlüsselnummer für die Prozeduren wiederholt werden (siehe Beispiele und DKR P005b *Multiple/Bilaterale Prozeduren* (Seite 45)).

Beispiel 1

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

Hauptdiagnose:	K40.20	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän, nicht als rezidivierend bezeichnet.
Prozedur(en):	5-530.31	<i>Verschluss einer Hernia inguinalis mit alloplastischem Material, laparoskopisch transperitoneal</i>
	5-530.31	<i>Verschluss einer Hernia inguinalis mit alloplastischem Material, laparoskopisch transperitoneal</i>
(s.a. Hinweis zu 5-53 im OPS-301)		

Beispiel 2

Ein Patient mit beiderseitigen Radius-Frakturen (Colles) wird aufgenommen. Es wird eine geschlossene Reposition der Radius-Frakturen mit Spickung, **beiderseits** durchgeführt.

Hauptdiagnose:	S52.51 B	Distale Fraktur des Radius, Extensionsfraktur, Colles-Fraktur, beiderseits
Prozedur(en):	5-790.16	<i>Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese, durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage, Radius distal</i>
	5-790.16	<i>Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese, durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage, Radius distal</i>

Zur bilateralen und mehrfachen Kodierung s.a. DKR D012a *Mehrfachkodierung* (Seite 22).

D012a 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 (zugrundeliegende 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 ICD-10-SGB-V erscheinen**, d.h. die Ätiologie-Schlüsselnummer, gefolgt von der Manifestations-Schlüsselnummer.

Beispiel 1

Diagnose: Epididymitis durch Gonokokken

Alphabet. Verz.: **Epididymitis**, Gonokokken - A54.2† N51.1*

ICD-10-SGB-V: **A54.2†** ***Pelvipерitonitis durch Gonokokken und Gonokokkeninfektionen sonstiger Urogenitalorgane***
Gonokokken:
Epididymitis (N51.1)*

N51.1* ***Krankheiten des Hodens und des Nebenhodens bei anderenorts klassifizierten Krankheiten***
Gonokokken:
Epididymitis (A54.2†)

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

- A18.1†** *Tuberkulose des Urogenitalsystems*
Tuberkulose:
- *Cervix uteri (N74.0*)*
 - *Harnblase (N33.0*)*
 - *männliche Genitalorgane (N51.-*)*
 - *Niere (N29.1*)*
 - *Ureter (N29.1*)*
- Tuberkulose im weiblichen Becken (N74.1*)*

- 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 Stern-Schlüsselnummer 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, es sei denn eine spezielle Kodierrichtlinie schreibt etwas anderes vor.

- 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 Diagnosesynthesaurus 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 Stoffwechselkrankheiten (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 Kreuzcode 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 zugrundeliegende 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 Rubriktitel nicht enthalten ist. Am Ende von Kapitel I steht für diesen Zweck die Kategoriengruppe B95-B97 zur Verfügung (siehe Redaktionelle Hinweise, Tabelle 2 (Seite XXVI)).
- 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 zugrundeliegende 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

Nach den ICD-Regeln und den Kodierrichtlinien ist der mit einem Kreuz gekennzeichnete „Ätiologiekode“ stets vor den mit einem Stern gekennzeichneten „Manifestationskodes“ anzugeben (siehe DKR D012a *Mehrfachkodierung* (Seite 22)). Das Gleiche gilt auch, wenn eine Diagnose, wie z.B. eine offene Fraktur, zusätzlich zum Fraktur-Kode mit einem weiteren Kode für die offene Verletzung (Ausrufezeichen-Kode) verschlüsselt werden muss.

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.
- Eine 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 0401b *Diabetes mellitus*)

Ein Patient mit Diabetes Typ I 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-I-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 mit Ruheschmerzen</i>
	E10.30†	<i>Diabetes mellitus mit Augenkomplikationen, nicht als entgleist bezeichnet</i>
	H36.0*	<i>Retinopathia diabetica</i>

Hinweis: Der Kode 170.22 *Atherosklerose der Extremitätenarterien 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):

Diagnosen	Primär-Diagnoseschlüssel (Primär-Diagnose)	Sekundär-Diagnoseschlüssel (Sekundär-Diagnose)
Hauptdiagnose	E10.50†	179.2*
Nebendiagnose	170.22	
Nebendiagnose	E10.30†	H36.0*

Zur Reduktion des Dokumentationsaufwandes und zur Vereinfachung der Darstellung gilt weiter, dass ein Primär-Diagnoseschlüssel auch für mehrere aufeinanderfolgende 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-Diagnoseschlüssels (siehe Beispiele 7 und 8).

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

Ein Patient mit Diabetes Typ I 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-I-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 XXIII)):

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-SGB-V als auch in der Datenübermittlungsvereinbarung nach § 301 SGB V werden die Ausrufezeichenkodes (z.B. S31.83!) als „optionale“ Schlüsselnummern bezeichnet. Mit Ausnahme der Kodes aus Kapitel XX (V99! bis Y84.9!) sind die Ausrufezeichenkodes für die in den Kodierrichtlinien dargestellten Situationen anzugeben (s.a. Redaktionelle Hinweise, Tabelle 2 (Seite XXVI)). Darüber hinaus können diese Ausrufezeichenkodes bei anderen Situationen angegeben werden, wenn dies aus klinischer Sicht sinnvoll ist.

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

Ein Patient kommt zur Behandlung einer offenen Humeruskopffraktur mit (offener) Schulterluxation nach vorne.

Hauptdiagnose:	S42.21	<i>Fraktur des proximalen Endes des Humerus, Kopf</i>
Nebendiagnose(n):	S41.81!	<i>Offene Wunde (jeder Teil der Schulter und des Oberarms) mit Verbindung zu einer Fraktur</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 XXIII)):

Diagnosen	Primär-Diagnoseschlüssel (Primär-Diagnose)	Sekundär-Diagnoseschlüssel (Sekundär-Diagnose)
Hauptdiagnose	S42.21	S41.81!
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 1908a *Offene intrathorakale/intraabdominelle Verletzungen*)

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

Hauptdiagnose:	S37.03	<i>Komplette Ruptur der Nierenparenchyms</i>
Nebendiagnose(n):	S36.03	<i>Rissverletzung der Milz mit Parenchymbeteiligung</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 XXIII)):

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

D013a Im Systematischen Verzeichnis verwendete formale Vereinbarungen

Einige formale Vereinbarungen der ICD-10-SGB-V 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).

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.

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.-).

Beispiel 1**K31.- Sonstige Krankheiten des Magens und des Duodenums**

Inkl.: Funktionelle Magenkrankheiten

*Exkl.: Divertikel des Duodenums (K57.0- bis 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)

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).

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.-).

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 I10 „*Hypertonie (arteriell) (benigne) (essentiell) (maligne) (primär) (systemisch)*“, dass I10 unabhängig davon zu verwenden ist, ob Hypertonie alleine oder mit einer Bezeichnung oder Kombination der in runden Klammern angegebenen Wörter 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

188.- 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†	<i>Meningitis und Meningoenzephalitis durch Listerien durch Listerien:</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Meningitis (G01*)</i> • <i>Meningoenzephalitis (G05.0*)</i>
G01*	<i>Meningitis bei anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten</i>
	<i>Meningitis (bei) (durch):</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Anthrax [Milzbrand] (A22.8†)</i> • <i>Gonokokken (A54.8†)</i> • <i>Leptospirose (A27.-†)</i> • <i>Listerien (A32.1†)</i>

Eckige Klammern "[]"

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

Beispiel 5

A30.-	<i>Lepra [Aussatz]</i>
A46	<i>Erysipel [Wundrose]</i>

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	<i>Sonstige Appendizitis</i>
	<i>Appendizitis:</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>chronisch</i> • <i>rezidivierend</i>

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**071.6 Schädigung von Beckengelenken und -bändern unter der Geburt**

Abriss des inneren Symphysenknorpels	}	unter der Geburt
Schädigung des Steißbeins		
Traumatische Symphysenruptur		

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 Inklusive 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 „.-“

Alle 3-stelligen Schlüsselnummern, die in der WHO-Ausgabe der ICD-10 in 4-stellige Schlüsselnummern unterteilt sind, sind an 4. und 5. Stelle durch einen „.-“ gekennzeichnet, z.B.:

Beispiel 10**G10 Chorea Huntington****G11.- Hereditäre Ataxie****G11.0 Angeborene nichtprogressive Ataxie****G11.1 Früh beginnende zerebellare Ataxie****G11.2 Spät beginnende zerebellare Ataxie**

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

Ausnahme: Bei der Bearbeitung der ICD-10-SGB-V-Ausgabe wurden insbesondere in Kapitel XXI teilweise nur die 3-stelligen Schlüsselnummern aus der WHO-Ausgabe übernommen, wie z.B. Z02.- oder Z12.-. Dabei wurde für diese Schlüsselnummern der WHO-Kode beibehalten, obwohl es jetzt in der ICD-10-SGB-V-Ausgabe keine Unterteilung in 4-stellige Schlüsselnummern mehr gibt.

D014a Im Alphabetischen Verzeichnis und im ICD-10-Diagnosenthesaurus verwendete formale Vereinbarungen

Ein zur ICD-10-SGB-V Version 2.0 passendes Alphabetisches Verzeichnis liegt nicht vor. Bei der Anwendung des Alphabetischen Verzeichnisses Version 1.3 müssen daher die darin enthaltenen Schlüsselnummern mit der Systematik der aktuellen Version 2.0 der ICD-10-SGB-V abgeglichen werden; letztere ist bindend. Die im Alphabetischen Verzeichnis verwendeten formalen Vereinbarungen sind dort beschrieben.

Die Version 4.0 des ICD-10-Diagnosenthesaurus unterstützt die Verschlüsselung nach der ICD-10-SGB-V Version 2.0 inkl. des Kreuz-Stern-Systems und der Zusatzschlüsselnummern. Die im Diagnosenthesaurus verwendeten formalen Vereinbarungen sind dort beschrieben.



ALLGEMEINE KODIERRICHTLINIEN FÜR PROZEDUREN

Diese Kodierrichtlinien beziehen sich auf den **OPS-301 Version 2.1** (August 2001).

P001a Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren

Alle signifikanten Prozeduren, die vom Zeitpunkt der Aufnahme bis zum Zeitpunkt der Entlassung vorgenommen wurden und im OPS-301 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.

Prozeduren, die chirurgischer Natur sind, werden immer kodiert, und es ist sinnvoll, diese in der Kode-Reihenfolge zuerst anzugeben. Zum Beispiel „Cholezystektomie“ oder „Koronararterien-Bypass“. Die chirurgischen Prozeduren werden häufig als Hauptprozedur verwendet.

Es ist schwieriger geworden, den Unterschied zwischen chirurgischen Prozeduren und nicht-chirurgischen Prozeduren zu definieren, insbesondere seit der Einführung endoskopischer und radiologischer Interventionen. Zum Beispiel erfordern Feinnadelaspiration, perkutane Eingriffe, kardiologische perkutane transluminale Angioplastie und endoskopische Therapieverfahren im Zusammenhang mit anderen Behandlungen häufig keine großen Inzisionen und werden nicht unbedingt im traditionellen Operationssaal durchgeführt.

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

Die Reihenfolge der Prozeduren hat keinen Einfluss auf die DRG-Gruppierung, sollte sich jedoch an den Empfehlungen zur Reihenfolge der DKR P002a *Hauptprozedur* (Seite 36) orientieren.

Prozedurenkomponenten

Normalerweise ist eine Prozedur vollständig mit all ihren Komponenten, wie z.B. Vorbereitung, Lagerung, Anästhesie, Zugang, Naht, usw., in einem Kode abgebildet. 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.

Auch andere Prozeduren, wie z.B. Schmerztherapie, enterale oder parenterale Ernährung sind nur dann zu kodieren, wenn sie als alleinige Maßnahmen durchgeführt wurden.

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 Kode enthalten, während eine Schmerztherapie als alleinige Maßnahme mit einem Kode aus 8-91 verschlüsselt wird.

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

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

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*

Beispiel 3

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

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*

P002a Hauptprozedur

Die Hauptprozedur ist definiert als:

Die signifikanteste Prozedur, die zur Behandlung der Hauptdiagnose durchgeführt wurde.

Diese sollte an erster Stelle angegeben werden.

Falls keine signifikante Prozedur zur Behandlung der Hauptdiagnose durchgeführt worden ist, ist die Anordnung und Bewertung der Kodes nach folgender Hierarchie sinnvoll:

- Prozeduren zur Behandlung einer Nebendiagnose
- diagnostische/explorative Prozeduren in Bezug zur Hauptdiagnose
- diagnostische/explorative Prozeduren in Bezug zur Nebendiagnose

Beispiel 1

Hauptdiagnose: Ovarialzyste

Nebendiagnose(n): Polyp des Corpus uteri
MenorrhagieProzedur(en): Einseitige, laparoskopische Exzision einer Ovarialzyste
Therapeutische Kürettage

Es ist sinnvoll, den Kode für die Hauptprozedur zur Therapie der Ovarialzyste an erster Stelle anzugeben:

5-651.22 *Exzision einer Ovarialzyste, einseitig, laparoskopisch*5-690.2 *Therapeutische Kürettage mit Polypentfernung***P003a Hinweise und formale Vereinbarungen für die Benutzung des OPS-301**

Dieser Abschnitt der Kodierrichtlinien ist weitgehend identisch mit den Hinweisen zur Benutzung des OPS-301 Version 2.1 und ist insbesondere durch Beispiele erweitert.

Aufbau und Kodestruktur

Der Operationenschlüssel nach § 301 SGB V 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-301 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
- y N.n.bez.

- ** 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****

./.		
5-448.0y	Erweiterte Magenresektion und andere Operationen am Magen: Andere Rekonstruktion am Magen: Naht (nach Verletzung): N.n.bez.	
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 Codes

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

Topographische Gliederung

Der Operationenschlüssel nach § 301 SGB V 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 Prozeduren-schlüssels nach medizinischen Verfahren strukturiert.

Informationsgehalt eines Einzelkodes

Grundprinzip des OPS-301 ist die Abbildung eines durchgeführten Eingriffes möglichst mit einem Kode (monokausale Kodierung). Das bedeutet: jeder Einzelcode 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 P001a *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 Codes 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 0908a *Koronararterienbypass* (Seite 121).

Beispiel 2

5-063.2 *Thyreoidektomie mit Parathyreoidektomie, ohne Monitoring des N. recurrens*

Mehrfachkodierung

In einigen Bereichen ist eine Kodierung von Operationen mit mehreren Codes vorgesehen. Dies ist insbesondere für die Abbildung komplexer Eingriffe erforderlich. In diesen Fällen wurden im OPS-301 Hinweise formuliert, die auf eine gesonderte Kodierung der einzeln durchgeführten Eingriffe verweisen.

Beispiel 3

5-820 *Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk*

Hinw: Eine durchgeführte Pfannendachplastik 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 komplexe Erstimplantation einer Endoprothese z.B. mit Femurersatz oder mit Ersatz benachbarter Gelenke ist zusätzlich zu kodieren (5-829.a)

Die Angabe zur Verwendung von Zement ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

0	Nicht zementiert
1	Zementiert
2	Hybrid (teilmementiert)
y	N.n.bez.

** 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 Codes:

5-820.00 *Totalendoprothese, nicht zementiert*
 5-784.0f *Spongiosaplastik, Femur proximal*
 5-783.0 *Entnahme der Spongiosa*

Sofern mehrere Codes zur Dokumentation eines komplexen Eingriffes erforderlich sind, ist der inhaltlich leitende (signifikante) Eingriff an erster Stelle zu dokumentieren (Kausalität zur Operationsdiagnose). Zusatzinformationen zu Operationen (siehe Seite 42) und die Versorgung von intraoperativen Komplikationen werden gesondert kodiert.

Beispiel 5

5-061 *Hemithyreoidektomie*
Hinw: Eine durchgeführte Neck dissection ist gesondert zu kodieren (5-403)

Radikale Neck dissection in 5 Regionen bei M. Hodgkin mit Hemithyreoidektomie wegen Struma

5-403.11 *Radikale zervikale Lymphadenektomie [Neck dissection], 5 Regionen*
 5-061.0 *Hemithyreoidektomie, ohne Parathyreoidektomie, ohne Monitoring des N. recurrens*

Schilddrüsen-Karzinom: Hemithyreoidektomie mit Parathyreoidektomie und radikal erweiterte Neck dissection in 5 Regionen

5-061.2 *Hemithyreoidektomie, mit Parathyreoidektomie, ohne Monitoring des N. recurrens*
 5-403.31 *Radikale, erweiterte zervikale Lymphadenektomie [Neck dissection], 5 Regionen*

Verwendung von Codes für die maschinelle Beatmung

Die Dauer der maschinellen Beatmung wird mit einem Code aus 8-718 kodiert. Dabei ist zu beachten, dass eine intraoperative Beatmung nicht kodiert wird. Beginnt die Beatmung jedoch während der Operation und dauert insgesamt länger als 24 Stunden, so wird die gesamte Beatmungszeit mit einem Code aus 8-718 kodiert. Bei wiederholter Beatmung sind die Zeiten zu addieren (siehe DKR 1001b *Maschinelle Beatmung* (Seite 131)).

Eingeschränkte Gültigkeit von Codes

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

Zusatzinformationen zu Operationen

Der Operationenschlüssel nach § 301 SGB V 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 Mikroinstrumentariums 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 Codeangabe enthält, ist die Prozedur, die ausgeschlossen wird, nicht Teil des amtlichen Schlüssels und somit keine Prozedur nach § 301 SGB V.

Beispiel 6

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

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 Restekasse „y Nicht näher bezeichnet“.

Abkürzungen

Im OPS-301 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-301.

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.

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-301 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-301 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 *Uterusextirpation [Hysterektomie], ohne Salpingoovarektomie, Umsteigen endoskopisch – offen chirurgisch*

Beispiel 2

Versuchte endoskopische Erweiterung des Karpal-Tunnels, Umwandlung in einen offenen 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 *Mislungene vaginale operative Entbindung und zugehörige 5-Steller*

8-510.1 *Mislungene 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.

P005b Multiple/Bilaterale Prozeduren

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

Bei der Anordnung der Codes ist es sinnvoll, die Empfehlungen von DKR P002a *Hauptprozedur* (Seite 36) zu beachten.

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).
- **Nicht** zu kodieren sind Prozeduren, wenn sie in DKR P014a *Prozeduren, die normalerweise nicht verschlüsselt werden* (Seite 53) genannt sind.

- Nur **einmal** während einer **stationären Behandlung** zu kodierende Prozeduren sind aus pragmatischen Gründen unter Angabe des Datums der ersten Leistung anzugeben,
 - wenn Hinweise oder Richtlinien anweisen, einen Code nur einmal anzugeben.
 - wenn Verfahren Mengenangaben (z.B. Bluttransfusionen) oder Zeitangaben (z.B. Beatmung) im Code enthalten. In diesem Fall sind die Teilzeiten bzw. Teilzeiten zu addieren und die Gesamtmenge bzw. Gesamtzeit einmal zu kodieren.
 - 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
- Verbände bei Verbrennungen (5-92a)
- 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)
- Zytostatische Chemotherapie bei Neubildungen (8-54)
- Lagerungsbehandlung (8-390)
- Rehabilitative 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)❸
- Therapie von Stimm-, Sprech-, Sprach-, Schluckstörungen- und Hörstörungen (9-30)
- Psychosomatische, psychotherapeutische und neuropsychologische Psychotherapie (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 P014a Prozeduren, die normalerweise nicht verschlüsselt werden (Seite 53)).

- ② 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 P012a Prozeduren, unterschieden auf der Basis von Größe, Zeit oder Anzahl (Seite 52)). Als Bezugsdatum ist aus pragmatischen Gründen der Tag der ersten Leistung zu wählen.
- ③ 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 neun Läsionen aufgenommen: eine bei rezidivierendem Basalzellkarzinom der Nase, zwei 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	Basalzellkarzinom, Nase, rezidivierend
Nebendiagnose(n):	C44.2	Basalzellkarzinom, Ohr
	C44.6	Basalzellkarzinom, Unterarm
	L57.0	Keratosis solaris
Hauptprozedur:	5-212.0	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe an der äußeren Nase
Andere Prozeduren:	5-181.0	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres
	5-894.08	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut, Unterarm
	5-894.0a	dto., Rücken
	5-894.0f	dto., Unterschenkel

Bilaterale Prozeduren

Wenn Prozeduren zwei getrennte Gebiete erschließen, ein bilaterales Organ betreffen oder zwei getrennte Inzisionen (bilateral) erfordern, so sind die Prozeduren zweifach zu kodieren (siehe Beispiel 2), sofern es keinen Code für einen beidseitigen Eingriff (siehe Beispiel 3) gibt oder Hinweise im OPS-301 dies regeln (siehe Beispiel 4).

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

Beispiel 2

Bilaterale Prozeduren, für die es im OPS-301 nur einen Code für den einseitigen Eingriff gibt:

Amputation von mehr als einem Körperteil, z.B. Amputation **beider** Beine

5-864.8 *Unterschenkelamputation n.n.bez*

5-864.8 *Unterschenkelamputation n.n.bez*

Verschluss von Liddefekten an **beiden Augen**

5-095.00 *Naht des Augenlides, Verschluss oberflächlicher Liddefekte, ohne Beteiligung der Lidkante*

5-095.00 *Naht des Augenlides, Verschluss oberflächlicher Liddefekte, ohne Beteiligung der Lidkante*

bilaterale Reposition von Radius-Frakturen (Colles)

5-790.16 *Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese, durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage, Radius distal*

5-790.16 *Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese, durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage, Radius distal*

bilaterale Korrektur abstehegender Ohren

5-184.0 *Plastische Korrektur abstehegender Ohren, durch Korrektur des Ohrknorpels*

5-184.0 *Plastische Korrektur abstehegender Ohren, durch Korrektur des Ohrknorpels*

Beispiel 3

Bilaterale Prozeduren, für die es im OPS-301 eigene Codes gibt, sind mit diesem Code zu verschlüsseln.

5-200.3 *Parazentese [Myringotomie], **beidseitig**, mit Legen einer Paukendrainage*

Beispiel 4

Die Art der Kodierung bilateraler Prozeduren wird durch einen Hinweis im OPS-301 geregelt.

5-53 **Verschluss abdominaler Hernien**

Hinw.: Bei beidseitiger Operation in einer Sitzung sind **beide** Seiten getrennt zu kodieren (**2 Codes**)

5-530 **Verschluss einer Hernia inguinalis**

Inkl.: Verschluss eines offenen Processus vaginalis peritonei und einer kongenitalen Hydrocele testis

5-530.0 *Ohne Plastik*

.00 *Mit hoher Bruchsackunterbindung und Teilresektion*

.01 *Mit Hydrozelenwandresektion*

.02 *Mit Funikulolyse und Hodenverlagerung*

.0x *Sonstige*

.0y *N.n.bez.*

Ausnahmen:

Einige der bilateralen Prozeduren, die mit nur einem Zugang durchgeführt werden, sind nur einfach zu kodieren. Dies betrifft insbesondere die Gefäßdarstellungen.

Beispiel 5

- 3-601 *Arteriographie der Gefäße des Halses*
 3-604 *Arteriographie der Gefäße des Abdomens*

P006a Laparoskopische/arthroskopische/endoskopische Prozeduren

Die Art des Eingriffes (laparoskopisch, arthroskopisch oder endoskopisch) ist im OPS-301 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*
 y *N.n.bez.*

- ** 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).*

Eine Endoskopie des Ileum kann über den oberen Verdauungstrakt (1-636) oder über den unteren Verdauungstrakt (1-650.2 *Diagnostische Koloskopie, total, mit Ileoskopie*) durchgeführt werden.

Beispiel 2

- Eine Endoskopie der oberen Atemwege mit Pharyngoskopie, Tracheoskopie und Bronchoskopie wird kodiert als
 1-620.0 *Diagnostische Tracheobronchoskopie mit flexiblen 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-301 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 Kode für die durchgeführte Prozedur, so ist dieser zusammen mit einem Kode aus 8-90 für die Allgemeinanästhesie anzugeben (siehe Beispiel 1). Gibt es keinen Kode für die durchgeführte Prozedur, so ist der Kode 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*

P010a Prozeduren medizinischer Fachberufe

Im OPS-301 (Version 2.1) konnten in der Kürze der zur Verfügung stehenden Zeit nicht alle Prozeduren (Interventionen) der an der Behandlung im stationären Bereich mitbeteiligten Gesundheitsberufe aufgenommen werden. Im Zuge der Weiterentwicklung des DRG-Systems und der Prozedurenklassifikationen wird dieser Bereich nach Erfordernis überarbeitet werden.

P011a Pädiatrische Prozeduren

Im OPS-301 gelten dieselben Kodes für Prozeduren bei Kindern und Erwachsenen. Entsprechende Hinweise für die Kodierung finden sich in den Hinweisen und Inklusiva oder als Modifikator in runden Klammern „(beim Kind)“ (siehe Beispiel 1). Nur für Neugeborene gibt es über die Kodes für die Geburtshilfe hinaus wenige spezielle Kodes, ohne die die DRGs nicht abgebildet werden können (siehe Beispiel 2).

Beispiel 1

5-449.3 *Beseitigung eines Magenvolvulus / Inkl.: Bei Kindern*
(alle 6-Steller)
5-468 *Intraabdominale Manipulation am Darm / Inkl.: Operation bei Säuglingen und Kleinkindern*
(alle 6-Steller)
5-790 *Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese / Inkl.: Versorgung kindlicher Frakturen*
(alle 6-Steller)
5-838.0 *Epiphysiodese, dorso-ventral (beim Kind)*

Beispiel 2

8-010 *Applikation von Medikamenten und Elektrolytlösungen über das Gefäßsystem bei Neugeborenen*
8-560.2 *Lichttherapie des Neugeborenen (bei Hyperbilirubinämie)*
8-711 *Maschinelle Beatmung bei Neugeborenen*
8-720 *Sauerstoffzufuhr bei Neugeborenen*
8-811 *Infusion von Volumenersatzmitteln bei Neugeborenen*

P012a Prozeduren, unterschieden auf der Basis von Größe, Zeit oder Anzahl

Bestimmte Prozeduren des OPS-301, insbesondere aus Kapitel 8, werden auf der Basis von Größe, Zeit oder Anzahl unterschieden.

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 P005b *Multiple/Bilaterale Prozeduren* (Seite 45)). Als Bezugsdatum ist aus pragmatischen Gründen der Tag der ersten Leistung zu wählen.

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*

Beispiel 2

8-800 *Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat*
8-800.0 *Vollblut, 1-5 TE*
8-800.1 *Vollblut, mehr als 5 TE*
8-800.2 *Erythrozytenkonzentrat, 1-5 TE*
8-800.3 *Erythrozytenkonzentrat, mehr als 5 TE*

Beispiel 3

8-718 *Dauer der maschinellen Beatmung*
Hinw.: Die nachfolgenden Kodes sind nicht zu verwenden, wenn die Beatmung während einer Operation durchgeführt wurde. Eine Beatmung, die während einer Operation beginnt und länger als 24 Stunden andauert, muss hier kodiert werden. Bei mehreren Beatmungsepisoden während eines stationären Aufenthaltes sind die Zeiten zu addieren und am Ende einmal zu kodieren. Die Dauer der Entwöhnung wird bei der Berechnung der Beatmungsdauer eines Patienten hinzugezählt. Die Intubation ist zusätzlich zu kodieren.
8-718.0 *Bis 24 Stunden*
8-718.1 *Über 24 bis unter 96 Stunden*
8-718.2 *96 Stunden bis unter 11 Tage*
8-718.3 *11 Tage und mehr*

P013b 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-301 durch einen spezifischen Kode im betreffenden Organkapitel kodiert werden kann, wie z.B.:

5-289.1 *Operative Blutstillung nach Tonsillektomie*

5-340.30 **Rethorakotomie, Blutstillung.**

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**

5-983 **Reoperation**

für die Reoperation anzugeben (siehe Beispiel 1).

Für die Herz- und Nierenchirurgie gibt es eigene Kodes für eine Reoperation, die im OPS-301 als eigenständige Kodes ausgewiesen sind, aber im allgemeinen wie Zusatzcodes verwendet werden. Bei Bypass-Reoperationen (siehe DKR 0908a *Koronararterienbypass* (Seite 121)) und bei anderen Reoperationen am Herzen (siehe DKR 0909a *Revision oder Reoperation* (Seite 124)) ist grundsätzlich zu den spezifischen Operationskodes der Kode 5-379.5 *Reoperation an Herz und Perikard* anzugeben (siehe Beispiel 2).

Beispiel 1

5-609.0 *Behandlung einer Prostatablutung, transurethral*

5-983 Reoperation

Beispiel 2

5-352.00 *Wechsel eines Xenotransplantates der Aortenklappe durch Kunstprothese*

5-379.5 Reoperation an Herz und Perikard

P014a 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-301 aufgenommen. Diese sollen auch nicht mit den Restklassen „Andere ...“ verschlüsselt werden (s.a. *DKR P003a Hinweise und formale Vereinbarungen für die Benutzung des OPS-301* (Seite 37)).

Tabelle 1: Beispiele für nicht kodierbare Prozeduren

- Gipsverbände, mit Ausnahme aufwändiger Gipsverbände (8-310)
- Verbände, außer bei Verbrennungen
- Kardioplegie
- Kardiotokographie (CTG)
- Medikamentöse Therapie mit folgenden Ausnahmen:
 - bei Neugeborenen
 - nicht-antibiotische Chemotherapie
- 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

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-301 und der Kodierrichtlinien berücksichtigt.

P015a 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. Lebendspender

Spender (allogen), die aufgenommen werden, um Organe und Gewebe zu spenden, haben im Allgemeinen einen ICD-10-Hauptdiagnose-Kode aus der Kategorie: „Z52.- Spender von Organen und Gewebe“ (ausgenommen autogene Spende in einem Aufenthalt). Zu kodieren sind die vorliegenden Nebendiagnosen und die entsprechenden Prozedurenkodes zur Entnahme des Transplantates.

Bei **autogener Spende und Transplantation** während eines stationären Aufenthaltes entfällt der ICD-10-Kode „Z52.- Spender von Organen und Gewebe“. Die Haupt- und Nebendiagnosen sowie die OPS-Kodes für die Entnahme des Transplantates und die Kodes für die eigentliche Transplantation sind anzugeben (siehe DKR 0301a *Stammzellentnahme und Transplantation* (Seite 83)).

2. 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 sterbenden 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, hinzu kommen vorliegende Nebendiagnosen und die durchgeführten Prozeduren, mit Ausnahme der Organentnahme.

Der Kode Z00.5 für „Untersuchung eines potentiellen Spenders eines Organs oder Gewebes“ ist nicht anzugeben.

Empfänger des transplantierten Organs bekommen als Hauptdiagnose den Grund der Aufnahme und den entsprechenden Prozedurenkode 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 (Z52.-) und die Prozedurenkodes für die Transplantation und für die Entnahme (mit der Transplantation als Hauptprozedur).

Organ-/Gewebeentnahme und Transplantationstabelle				
ORGAN/ GEWEBE	NICHT-AUTO- LOGE SPENDE Diagnosekode für Lebendspender	ENTNAHME Prozedurenkode (aus) OPS-301 V2.1	ENTNAHME Prozedurenkode (aus) OPS-301 V2.1	TRANSPLANTATION Prozedurenkode (aus) OPS-301 V2.1: Empfänger
Blut, Stammzellen	Z52.0	5-410.1	Entnahme von hämatopoetischen Stammzellen zur Transplantation	8-805 <i>Transfusion von hämatopoetischen Stammzellen</i>
Haut (siehe auch DKR 1207b)	Z52.1	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	Geeigneter Kode aus 5-89...5-92. Operationen an Haut und Unterhaut
Knochen	Z52.2	5-783	Entnahme eines Knochentransplantates	5-784 <i>Knochentransplantation</i>
Knochenmark	Z52.3	5-410.0	Entnahme von Knochenmark zur Transplantation	5-411 <i>Knochenmarktransplantation</i>
Niere	Z52.4	5-554.8	Nephrektomie zur Transplantation, Lebendspender	5-555 <i>Nierentransplantation</i>
Kornea	Z52.5	5-163.0 5-123.4	Entfernung des Augapfels [Enukleation] ohne Einführung eines Orbitaimplantates Keratotomie bei einem Spender	5-125 <i>Hornhauttransplantation und Keratoprothetik</i>
Limbus-Stamm- zellen/ Konjunktiva	Z52.8	5-112	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Konjunktiva	5-113.0 <i>Transplantation von Bindehaut oder Stammzellen des Limbus</i>
Leber	Z52.6	5-503.3	Leberteilresektion links (zur Lebendorganspende)	5-504 <i>Lebertransplantation</i>
NUR FÜR POSTMORTALSPENDE				
Herz		5-379.2 5-379.3	Herzentnahme postmortal (zur Transplantation) Entnahme von Herzgewebe postmortal (zur Transplantation)	5-375.0 5-375.1 <i>Herztransplantation, orthotop Herztransplantation, heterotop</i>
Lunge		5-327.8	Pneum(on)ektomie, postmortal (zur Transplantation)	5-335 <i>Lungentransplantation</i>
Herz und Lunge		5-379.4	Herz-Lungen-Entnahme postmortal (zur Transplantation)	5-375.2 <i>Herz- und Lungentransplantation</i>
Pankreas		5-525.4	Pankreatektomie postmortal (zur Transplantation)	5-528 <i>Transplantation von Pankreas(gewebe)</i>
Leber		5-503.0	Hepatektomie, postmortal (zur Transplantation)	5-504 <i>Lebertransplantation</i>
Kornea		5-163.0 5-123.4	Entfernung des Augapfels [Enukleation] ohne Einführung eines Orbitaimplantates Keratotomie bei einem Spender	5-125 <i>Hornhauttransplantation und Keratoprothetik</i>
Niere		5-554.9	Nephrektomie, postmortal (zur Transplantation)	5-555 <i>Nierentransplantation</i>

SPEZIELLE KODIERRICHTLINIEN

1 BESTIMMTE INFEKTIOSE UND PARASITÄRE KRANKHEITEN

0101a HIV/AIDS

Anmerkung: Wird in dieser Richtlinie auf die Kode-Gruppe „B20-B24“ hingewiesen, so sind damit alle Codes 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 eindeutigen 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. Diese Patienten könnten eine HIV-Infektion oder ein falsch-positives Testergebnis haben. Eine Unterscheidung erfolgt normalerweise durch die Wiederholung des Tests zu einem späteren Zeitpunkt.

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 Codes 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 D002b *Hauptdiagnose* (Seite 4) dar.

Beispiel 1

Ein HIV-positiver Patient wird mit Lymphadenopathie aufgenommen.

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

Wenn aufgrund von Komplikationen die Wiederaufnahme eines Patienten mit akutem HIV-Infektions-Syndrom nötig wird, ist ebenfalls die Komplikation als Hauptdiagnose (z.B. A87.8 *Meningitis*) zu kodieren mit dem akuten HIV-Infektionssyndrom (B23.0 *Akutes HIV-Infektionssyndrom*) als Nebendiagnose.

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

Asymptomatischer HIV-Status – Z21

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

ist **nicht routinemäßig, sondern nur dann** zuzuweisen, wenn ein HIV-positiver Patient zwar keine Symptome der Infektion zeigt, die Infektion aber trotzdem den Behandlungsaufwand erhöht (siehe DKR D003b *Nebendiagnosen* (Seite 11)). Dieser Kode ist nicht bei (späteren) Aufnahmen zu verwenden, bei denen der Patient HIV-Manifestationen irgendeiner Art entwickelt hat.

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 Codes 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 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 zu verwenden. Ein Beispiel hierfür ist ein Patient, der stationär zur antiretroviralen 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.

Sofern die Manifestation sowohl einen Ätiologie-Kode (†) als auch einen Manifestations-Kode (*) erfordert, zum Beispiel Herpes-Enzephalitis (B00.4† und G05.1*), so sind beide Codes in der angegebenen Reihenfolge zuzuweisen (d.h. Ätiologie gefolgt von Manifestation).

Anmerkung: Stern-Schlüsselnummern (Manifestationskodes des Kreuz-Stern-Systems) werden niemals als Hauptdiagnosecode bei HIV/AIDS zugewiesen (s.a. DKR D012a *Mehrfach-Kodierung* (Seite 22)).

Sofern der Patient multiple Manifestationen aufweist, die zwei oder mehr Codes aus der Gruppe B20-B24 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.

Die Zuweisung von weiteren Codes aus der Gruppe B20-B24 zu den übrigen Manifestationen ist möglich, wenn dieser Grad an Detailliertheit benötigt wird.

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>

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>

Mit diesen Diagnosecodes ist der beschriebene Fall korrekt verschlüsselt.

Die Angabe von weiteren Codes aus der Gruppe B20-B24 zu den HIV-/AIDS-Manifestationen, die hier Nebendiagnosen sind, ist ebenfalls möglich (siehe Beispiel 3b).

Hinweis: Das Exklusivum bei R64 „*Kachexie-Syndrom infolge HIV-Krankheit (B22)*“ ist nicht anzuwenden. Es wird in der nächsten Version der ICD-10-SGB-V gestrichen.

Beispiel 4

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>
optional:	B20	<i>Infektiöse und parasitäre Krankheiten infolge HIV-Krankheit (Humane Immundefizienz-Viruskrankheit)</i>
	R64	<i>Kachexie</i>
optional:	B23.8	<i>Sonstige näher bezeichnete Krankheitszustände infolge HIV-Krankheit</i>

Die **optionalen** Nebendiagnosecodes B20 und B23.8 können angegeben werden, um das Auszehrungssyndrom und die CMV-Retinitis als Manifestationen der HIV/AIDS-Erkrankung zu kennzeichnen.

Hinweis: Das Exklusivum bei R64 „*Kachexie-Syndrom infolge HIV-Krankheit (B22)*“ ist nicht anzuwenden. Es wird in der nächsten Version der ICD-10-SGB-V gestrichen.

Manifestationen und sonstige verwandte Erkrankungen

Alle Manifestationen der HIV-Infektion werden kodiert. Sofern eine Manifestation vorliegt, aber der HIV-Status unklar ist, ist er vor der Zuweisung eines Codes aus B20-B24 zu ermitteln.

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 D003b *Nebendiagnosen* (Seite 11) ist das Kaposi-Sarkom bei jedem sich anschließenden Krankenhausaufenthalt zu kodieren (s.a. DKR 0201b *Auswahl und Reihenfolge der Codes* (Seite 69)).

Komplikationen oder Nebenwirkungen der antiretroviralen Therapie

Die antiretrovirale Therapie kann Komplikationen zur Folge haben, zum Beispiel Anämie, Neuropathie und Konkremente der Harnwege.

Beispiel 5

Ein HIV-positiver Patient kommt zur Behandlung einer hämolytischen Anämie, die durch die antiretrovirale Therapie induziert ist.

Hauptdiagnose:	D59.2	<i>Arzneimittelinduzierte nicht-autoimmunhämolytische Anämie</i>
Nebendiagnose(n):	Z21	<i>Asymptomatische HIV-Infektion [Humane Immundefizienz-Virusinfektion]</i>

Chemotherapie bei HIV/AIDS-Erkrankung

Die Hauptdiagnose bei Patienten, die speziell zur Chemotherapie aufgenommen werden, hängt von der Dauer des Krankenhausaufenthaltes ab (s.a. DKR 0211b *Chemotherapie bei Neubildungen* (Seite 78)).

Wichtig ist die Unterscheidung von

- Tagesfall** (Aufnahme und Entlassung am selben Tag) und
- Behandlung im Rahmen eines **mehrtägigen Aufenthaltes** (Entlassung am Tag, der dem Aufnahmetag folgt oder später)

a) Tagesfall**Diagnosen**

- Bei Tages-Chemotherapie mit Virostatika/Antibiotika ist die Hauptdiagnose
Z51.2 *Andere Chemotherapie*
(siehe Beispiel 6).
- Sofern ein HIV/AIDS-Patient zur Tages-Chemotherapie aufgenommen wurde, um ein **Kaposi-Sarkom** zu behandeln, ist die Hauptdiagnose
Z51.1 *Chemotherapie-Sitzung wegen bösartiger Neubildung*
(siehe Beispiel 7).

Ein bzw. mehrere **Nebendiagnose**-Kode(s) ist/sind zuzuweisen, um auf den HIV/AIDS-Status und jede behandelte Manifestation hinzuweisen.

Prozeduren

Ein Prozedurenkode aus 8-54 *Zytostatische Chemotherapie bei Neubildungen* ist **nur dann** zuzuweisen, wenn es sich um die Verschlüsselung einer Chemotherapie zur Behandlung von bösartigen Neubildungen handelt (z.B. bei Kaposi-Sarkom, siehe Beispiel 7).

Beispiel 6

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

Hauptdiagnose:	Z51.2	<i>Andere Chemotherapie</i>
Nebendiagnose(n):	A31.0 B20	<i>Infektion der Lunge durch sonstige Mykobakterien</i> <i>Infektiöse und parasitäre Krankheit infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]</i>

Beispiel 7

Ein Patient mit Kaposi-Sarkom bei AIDS kommt zur intravenösen zytostatischen Behandlung (Tagesfall).

Hauptdiagnose:	Z51.1	<i>Chemotherapie-Sitzung wegen bösartiger Neubildung</i>
Nebendiagnose(n):	C46.0 B21	<i>Kaposi-Sarkom der Haut</i> <i>Bösartige Neubildungen infolge HIV-Krankheit</i>
Prozedur(en):	8-540.1	<i>Intravenöse Applikation von zytostatischen Chemotherapeutika bei Neubildungen</i>

b) Mehrtägiger Aufenthalt**Diagnosen**

Bei einem **mehrtägigen stationären Aufenthalt** ist die Erkrankung, die die Chemotherapie erforderlich macht, als Hauptdiagnose zuzuweisen. Z51.1 *Chemotherapie-Sitzung wegen bösartiger Neubildung* ist als Nebendiagnose zu kodieren, falls es sich um eine Aufnahme speziell zur Chemotherapie eines Malignoms (z.B. Kaposi-Sarkom) handelt (s.a. DKR 0211b *Chemotherapie bei Neubildungen* (Seite 78)).

Prozeduren

Ein Prozedurenkode aus 8-54 *Zytostatische Chemotherapie bei Neubildungen* ist **nur dann** zuzuweisen, wenn es sich um die Verschlüsselung einer Chemotherapie zur Behandlung von bösartigen Neubildungen handelt (z.B. bei Kaposi-Sarkom, siehe Beispiel 8).

Beispiel 8

Ein Patient mit Kaposi-Sarkom bei AIDS kommt zur intravenösen zytostatischen Behandlung im Rahmen eines mehrtägigen stationären Aufenthalts.

Hauptdiagnose:	C46.8	<i>Kaposi-Sarkom mehrerer Organe</i>
Nebendiagnose(n):	B21	<i>Bösartige Neubildungen infolge HIV-Krankheit</i>
	Z51.1	<i>Chemotherapie-Sitzung wegen bösartiger Neubildung</i>
Prozedur(en):	8-540.1	<i>Intravenöse Applikation von zytostatischen Chemotherapeutika bei Neubildungen</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 D003b *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.

0103a Bakteriämie, Sepsis und Neutropenie**a) Bakteriämie**

In Fällen von **symptomatischer Bakteriämie** ist der Kode

A49.9 *Bakterielle Infektion, nicht näher bezeichnet*

zuzuweisen.

b) Sepsis (Septikämie)

(S.a. DKR 0104a *Urosepsis* (Seite 66))

Eine Sepsis wird nach dem Erreger mit einem passenden Kode aus A40.- *Streptokokkensepsis* oder A41.- *Sonstige Sepsis* kodiert. Bei unbekanntem Erreger ist

A41.9 *Sepsis, nicht näher bezeichnet*

zu verwenden.

Sepsis im Zusammenhang mit Abort, ektopter Schwangerschaft, Molenschwangerschaft oder postoperativer Sepsis, im Zusammenhang mit Maßnahmen wie Infusion, Injektion, Transfusion oder Impfung sowie im Zusammenhang mit Prothesen, Implantaten oder Transplantaten sind mit dem passenden Kode aus einer der folgenden Kategorien zu verschlüsseln:

O03-O07	<i>Schwangerschaft mit abortivem Ausgang</i>
O08.0	<i>Infektion des Genitraltraktes und des Beckens nach Abort, Extrauterin gravidität und Molenschwangerschaft</i>
O75.3	<i>Sonstige Infektion unter der Geburt</i>
O85	<i>Puerperalfieber</i>
T80.2	<i>Infektionen nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken</i>
T81.4	<i>Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert</i>
T82.6	<i>Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Herzklappenprothese</i>
T82.7	<i>Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen oder in den Gefäßen</i>
T83.5	<i>Infektion und entzündliche Reaktion durch Prothese, Implantat oder Transplantat im Harntrakt</i>
T83.6	<i>Infektion und entzündliche Reaktion durch Prothese, Implantat oder Transplantat im Genitaltrakt</i>
T84.5	<i>Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkprothese</i>
T84.6	<i>Infektion und entzündliche Reaktion durch eine interne Osteosynthesvorrichtung [jede Lokalisation]</i>
T84.7	<i>Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate</i>
T85.71	<i>Infektion und entzündliche Reaktion durch Katheter zur Peritonealdialyse</i>
T85.78	<i>Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate</i>

Bei bekanntem Erreger ist ein Kode aus Kapitel I (z.B. aus A40.- *Streptokokkensepsis*, A41.- *Sonstige Sepsis*, P36.- *Bakterielle Sepsis beim Neugeborenen*) als zusätzlicher Kode anzugeben, um auf den Erreger und das Vorliegen einer Sepsis hinzuweisen. Bei unbekanntem Erreger ist

A41.9 *Sepsis, nicht näher bezeichnet*

zu verwenden.

c) Neutropenie (Agranulozytose)

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

1. Ein Kode für „Sepsis“
2. D70 *Agranulozytose*

0104a Urosepsis

„Urosepsis“ ist laut alphabetischem Verzeichnis zur ICD-10 und laut ICD-10-Diagnosenthesaurus mit

N39.0 *Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet*

zu verschlüsseln. Dieser Kode bezeichnet eine **Harnwegsinfektion**.

Bei klinisch manifester **Sepsis** ist ein Kode aus

A40.- *Streptokokkensepsis*

oder

A41.- *Sonstige Sepsis*

zuzuweisen.

2 NEUBILDUNGEN

0201b Auswahl und Reihenfolge der Kodes (ausgenommen Tages-Chemotherapie/Strahlentherapie)

Bei Aufnahmen zur **Tages-Chemotherapie/Strahlentherapie** ist nach den Richtlinien DKR 0211b *Chemotherapie* (Seite 78) und DKR 0213b *Strahlentherapie* (Seite 80) zu kodieren.

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-Code zuzuweisen (siehe Beispiel 1).

Beispiel 1

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

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

Erfolgt die Aufnahme nur zur Behandlung von Metastasen, ist/sind die Metastase(n) als Hauptdiagnose-Code anzugeben und zusätzlich, sofern bekannt, eine bzw. mehrere Nebendiagnose(n) für den Primärtumor. Ist die Lokalisation des Primärtumors unbekannt, ist C80 *Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation* zu kodieren.

Beispiel 2

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 Dickdarmes, Colon transversum*

Erfolgt die Aufnahme des Patienten sowohl zur Behandlung des Primärtumors als auch der Metastasen, ist gemäß DKR D002b *Hauptdiagnose* (Seite 4) (zwei Diagnosen erfüllen gleichzeitig das Kriterium der Hauptdiagnose) diejenige Diagnose als Hauptdiagnose auszuwählen, die die meisten Ressourcen verbraucht hat.

Beispiel 3

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:
Nebendiagnose(n): Wird vom behandelnden Arzt entschieden

Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt zur operativen Entfernung eines Malignoms, gefolgt von Chemo- oder Radiotherapie, ist das Malignom als Hauptdiagnose zuzuweisen.

Der Malignom-Code ist als Hauptdiagnose für **jeden** Krankenhausaufenthalt **zur Behandlung der bösartigen Neubildung und zu notwendigen Folgebehandlungen** (z.B. Operationen, Chemo-/Strahlentherapie, sonstige Therapie) sowie **zur Diagnostik** (z.B. Staging) 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 4

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*
Nebendiagnose(n): Z51.0 *Strahlentherapie*

Wird ein Patient zum Staging aufgenommen, ist der Primärtumor als Hauptdiagnose anzugeben.

Beispiel 5

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 nur wegen Metastasen behandelt wird, ist/sind die Metastase(n) der Hauptdiagnose-Code. Das primäre Malignom ist selbst einige Jahre nach der Resektion des Primärtumors Nebendiagnose, da der Patient nach wie vor wegen dieses Malignoms behandelt wird.

Beispiel 6

Ein Patient mit bekannten Metastasen der Wirbelsäule bei Prostatakarzinom wird zur mehrtägigen Strahlentherapie der Knochenmetastasen stationär aufgenommen.

Hauptdiagnose:	C79.5	<i>Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes</i>
Nebendiagnose(n):	C61 Z51.0	<i>Bösartige Neubildung der Prostata Strahlentherapie</i>

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 darauffolgenden 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.

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 7

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

Hauptdiagnose:	C16.2	<i>Bösartige Neubildung des Magens, Corpus ventriculi</i>
----------------	-------	---

0202b Komplikationen im Zusammenhang mit Neubildungen

Wenn ein Patient sich mit einem Symptom vorstellt und während des stationären Aufenthaltes die zugrundeliegende Erkrankung erkannt wird, ist die zugrundeliegende Erkrankung als Hauptdiagnose zu kodieren ohne Kodierung des Symptoms (s.a. DKR 1801a *Befunde und Symptome* (Seite 173)).

Beispiel 1

Ein Patient wird mit Kopfschmerzen, Unwohlsein und Schwindel stationär aufgenommen. Die CT-Diagnostik lässt einen großen, mehrere Bereiche überlappenden malignen Gehirntumor erkennen.

Hauptdiagnose:	C71.8	<i>Bösartige Neubildung des Gehirns, mehrere Teilbereiche überlappend</i>
Nebendiagnose(n):	Keine	

Wenn sich ein Patient mit einem Symptom vorstellt und die zugrundeliegende Erkrankung zum Zeitpunkt der Aufnahme bekannt ist, ist das Symptom als Hauptdiagnose zu kodieren, sofern

ausschließlich das Symptom behandelt wird. Die zugrundeliegende Erkrankung ist als Nebendiagnose-Kode anzugeben.

Beispiel 2

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

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

Beispiel 3

Ein Patient mit bekannten Metastasen der Wirbelsäule bei Prostatakarzinom wird mit einer pathologischen Kompressionsfraktur im Lumbalbereich aufgenommen. Es wird ausschließlich die Wirbelkörperkompression behandelt.

Hauptdiagnose:	C79.5†	<i>Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes</i>
Nebendiagnose(n):	M49.56* C61	<i>Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, Lumbalbereich Bösartige Neubildung der Prostata</i>

Es ist zu beachten, dass z.B. eine **Anämie bei Neubildungen (Tumoranämie)** mit einer Kreuz-Stern-Kombination kodiert wird und daher die Neubildung entsprechend der Vereinbarungen zur Kodierung von Ätiologie und Manifestation (s.a. DKR D012a *Mehrfachkodierung* (Seite 22)) an erster Stelle eingegeben werden muss.

Es ist zu beachten, dass eine **Tumorkachexie** mit R64 *Kachexie* kodiert wird. Das Exklusivum bei R64 „*Kachexie durch bösartige Neubildung (C80)*“ ist nicht anzuwenden. Es wird in der nächsten Version der ICD-10-SGB-V gestrichen.

Siehe auch DKR 1806a *Schmerzdiagnosen und Schmerzbehandlungsverfahren* (Seite 174) zur Information bezüglich der Kodierung therapierefraktärer Schmerzen aufgrund eines Malignoms.

0203a Rezidiv eines primären Malignoms

Sofern ein primäres Malignom, das bereits früher aus demselben Organ oder Gewebe radikal entfernt wurde, rezidiert, ist es als primäres Malignom des angegebenen Gebietes unter Verwendung des entsprechenden Codes aus C00-C75 zu verschlüsseln, d.h. ein Rezidiv ist wie ein Primärtumor zu kodieren.

0204a 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.

0205b 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.

0206a Benachbarte Gebiete**Bekannte Primärlokalisation**

Sofern sich die Ausbreitung eines Tumors von einer bekannten 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

a) Eine Neubildung, die zwei oder mehr aneinandergrenzende Teilbereiche **innerhalb einer dreistelligen Kategorie** überlappt und deren Ursprungsort nicht bestimmt werden kann, ist entsprechend der Subkategorie .8 („mehrere Teilbereiche überlappend“) zu klassifizieren, vorausgesetzt, dass die Kombination nicht speziell an anderer Stelle aufgeführt ist, wie zum Beispiel C16.0 *Bösartige Neubildung der Kardial (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*

b) Die ICD-10-SGB-V stellt für bestimmte bösartige Neubildungen, deren **Entstehungsort** nicht festgestellt werden kann und deren angegebene Lokalisation **zwei oder mehr dreistellige Kategorien** überlappt, folgende Codes zur Verfügung:

- C02.8 *Zunge, mehrere Teilbereiche überlappend*
- C08.8 *Große Speicheldrüsen, mehrere Teilbereiche überlappend*
- C14.8 *Lippe, Mundhöhle und Pharynx, mehrere Teilbereiche überlappend*
- C21.8 *Rektum, Anus und Analkanal, mehrere Teilbereiche überlappend*
- C24.8 *Gallenwege, mehrere Teilbereiche überlappend*
- C26.8 *Verdauungssystem, mehrere Teilbereiche überlappend*
- C39.8 *Atmungsorgane und sonstige intrathorakalen Organe, mehrere Teilbereiche überlappend*

- C41.8 *Knochen und Gelenknorpel, mehrere Teilbereiche überlappend*
 - C49.8 *Bindegewebe und andere Weichteilgewebe, mehrere Teilbereiche überlappend*
 - C57.8 *Weibliche Genitalorgane, mehrere Teilbereiche überlappend*
 - C63.8 *Männliche Genitalorgane, mehrere Teilbereiche überlappend*
 - C68.8 *Harnorgane, mehrere Teilbereiche überlappend*
 - C72.8 *Gehirn und andere Teile des Zentralnervensystems, mehrere Teilbereiche überlappend*
- (Liste aus ICD-10-SGB-V, Band I, Kapitel II)

Beispiel 3

Eine Patientin mit einem Karzinom der Zervix und der Vagina wird zur Strahlentherapie mehrtägig 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 **anderorts nicht klassifiziert** ist, steht der Code

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 Code

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 D002b *Hauptdiagnose* (Seite 4)).

C97 ist als Nebendiagnosekode hinzuzufügen.

0208a Remission bei malignen immunoproliferativen Erkrankungen und Leukämie

Diese Richtlinie soll die korrekte Kodierung an fünfter Stelle („in Remission“ oder „ohne Angabe einer Remission“) bei den Kategorien

C88.- *Bösartige immunoproliferative Krankheiten,*

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

C91-C95 *Leukämie*

erleichtern.

Ebenso dient sie als Anleitung bei der Unterscheidung zwischen den Begriffen „in Remission“ und „in der Eigenanamnese“ in Bezug auf diese Erkrankungen.

Ein „Anamnese-Kode“ kann dann zugewiesen werden, 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.

Die Kodes

C88.- *Bösartige immunoproliferative Krankheiten*

C90.- *Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen*

C91.- *Lymphatische Leukämie*

C92.- *Myeloische Leukämie*

C93.- *Monozytenleukämie*

C94.- *Sonstige Leukämien näher bezeichnete Zelltyps*

C95.- *Leukämien nicht näher bezeichneten Zelltyps*

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

0 *Ohne Angabe einer Remission* oder

1 *In Remission*

zur Verfügung.

Hierbei ist zu beachten:**.x0 Ohne Angabe einer 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 Remission

ist zuzuweisen,

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

Z85.- Bösartige Neubildung in der Eigenanamnese

In Fällen, in denen eine komplette Remission vorliegt und der Patient in keiner Weise bezüglich des Malignoms oder der Nebeneffekte therapiert wird, ist ein Kode für die „Anamnese eines Malignoms“ zuzuweisen, sofern dies den Behandlungsaufwand beim aktuellen Aufenthalt erhöht (s.a. DKR D003b *Nebendiagnosen* (Seite 11) und DKR 0209a *Malignom in der Eigenanamnese* (Seite 76)). Die möglichen „Anamnese“-Kodes für maligne immunoproliferativen Erkrankungen und Leukämie sind:

Z85.6 *Leukämie in der Eigenanamnese*

Z85.7 *Andere bösartige Neubildung des lymphatischen, blutbildenden oder verwandten Gewebes in der Eigenanamnese*

0209a Malignom in der Eigenanamnese

Die Kodes der Kategorie

Z85.- *Bösartige Neubildung in der Eigenanamnese*

sind **nicht als Hauptdiagnose** zuzuweisen. Sie sind nur dann zu verwenden, wenn die Behandlung des Malignoms endgültig abgeschlossen ist. Die Behandlung umfasst hier auch die Behandlung von Metastasen eines in der Vorgeschichte behandelten primären Malignoms.

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**, da der Patient im Grunde wieder wegen des primären Malignoms im Zusammenhang mit den Metastasen behandelt wird. In solchen Fällen sind die Metastasen als Hauptdiagnose und das primäre Malignom als Nebendiagnose zu kodieren.

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. Ein Beispiel ist eine Aufnahme zur Kontroll-Zystoskopie, die z.B. zwei Jahre nach erster Resektion eines Malignoms erfolgt und bei der sich keine Anhaltspunkte auf einen Tumor ergeben. Werden während der Endoskopie andere krankhafte Veränderungen (z.B. Divertikulose der Blase, Trabekelblase) gefunden, sind diese als Nebendiagnose zu kodieren.

Anmerkung: Diese Richtlinie gilt **nicht** für den Fall, dass ein Patient zur weiteren Behandlung einer Neubildung aufgenommen wird, z.B. der großflächigen Exzision einer bereits vorher operativ entfernten Läsion (siehe DKR 0204a *Ausgedehnte Exzision eines Tumorgebietes* (Seite 72) und DKR 0201b *Auswahl und Reihenfolge der Codes* (Seite 69)).

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</i> <i>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>

0210a Optionale Codes für die Morphologie

Nach § 301 SGB V ist die Übermittlung der Morphologiekodes an die Krankenkassen nicht vorgesehen. Die ICD-10-SGB-V 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-SGB-V.

0211b Chemotherapie bei Neubildungen

Definition

Als Chemotherapie bezeichnet man die Behandlung mit Medikamenten wie Antibiotika, Virostatika, Zytostatika oder zytotoxischen Substanzen. Obwohl der Begriff in diesem weiten Sinn gebraucht werden kann, bezeichnet man im klinischen Sprachgebrauch damit vor allem die Behandlung von Malignomen mit zytotoxischen Substanzen. Doch auch bei vielen anderen Erkrankungen, wie z.B. HIV/AIDS, wird eine Chemotherapie durchgeführt. (siehe DKR 0101a *HIV/AIDS* (Seite 59))

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

Kodierung

Diagnosen

Die Hauptdiagnose bei Patienten, die speziell **zur Chemotherapie** aufgenommen werden, hängt von der **Dauer** des Krankenhausaufenthaltes ab.

- Ein **Tagesfall** (Aufnahme und Entlassung am selben Tag) hat die Hauptdiagnose
Z51.1 *Chemotherapiesitzung wegen bösartiger Neubildung*.
Als Nebendiagnose ist außerdem ein Code für das zu behandelnde Malignom zuzuweisen.
- Bei einem mehrtägigen stationären Aufenthalt (Entlassung am Tag, der dem Aufnahmetag folgt oder später), ist die Erkrankung, die die Chemotherapie erforderlich macht, als Hauptdiagnose zuzuweisen. Z51.1 ist als Nebendiagnose anzugeben, wenn es sich um eine Aufnahme speziell zur Chemotherapie handelt.

Prozeduren

Die Anwendung von Chemotherapie ist – unabhängig von der Applikationsform – nur einmal pro Aufenthalt zu kodieren (siehe DKR P005b *Multiple/Bilaterale Prozeduren* (Seite 45), Tabelle 1).

Beispiel 1

Ein Patient mit Prostatakarzinom wird zur Tages-Chemotherapie aufgenommen. Er wird intravenös chemotherapeutisch behandelt und am selben Tag entlassen.

Hauptdiagnose:	Z51.1	<i>Chemotherapie-Sitzung wegen bösartiger Neubildung</i>
Nebendiagnose(n):	C61	<i>Bösartige Neubildung der Prostata</i>
Prozedur(en):	8-540.1	<i>Intravenöse Applikation von zytostatischen Chemotherapeutika bei Neubildungen</i>

Beispiel 2

Eine Patientin mit Brustkrebs (oberer äußerer Quadrant) wird für 12 Tage zur Chemotherapie aufgenommen. An mehreren Tagen wird sie intravenös chemotherapeutisch behandelt.

Hauptdiagnose:	C50.4	<i>Bösartige Neubildung der Brustdrüse, oberer äußerer Quadrant</i>
Nebendiagnose(n):	Z51.1	<i>Chemotherapie-Sitzung wegen bösartiger Neubildung</i>
Prozedur(en):	8-540.1	<i>Intravenöse Applikation von zytostatischen Chemotherapeutika bei Neubildungen</i>

Kombinierte Strahlen- und Chemotherapie**Diagnosen**

Die Hauptdiagnose bei Patienten, die speziell **zur kombinierten Strahlen- und Chemotherapie** aufgenommen werden, hängt von der **Dauer** des Krankenhausaufenthaltes ab.

a) Ein **Tagesfall** (Aufnahme und Entlassung am selben Tag) hat die Hauptdiagnose

Z51.0 *Strahlentherapie-Sitzung.*

Außerdem sind

Z51.1 *Chemotherapiesitzung wegen bösartiger Neubildung*

und ein Kode für das zu behandelnde Malignom zuzuweisen.

b) Bei einem **mehrtägigen stationären Aufenthalt** (Entlassung am Tag, der dem Aufnahmetag folgt oder später), ist die Erkrankung, die die Chemotherapie erforderlich macht, als Hauptdiagnose zuzuweisen. Z51.0 und Z51.1 sind als Nebendiagnosen anzugeben, wenn es sich um eine Aufnahme speziell zur kombinierten Strahlen- und Chemotherapie handelt.

Hinweis: Der Kode Z51.0 *Strahlentherapie-Sitzung* umfasst auch die therapeutische Applikation von radioaktiven Substanzen. Die nächste Version der ICD-10-SGB-V wird ein entsprechendes Inklusivum bei Z51.0 enthalten.

Prozeduren

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

8-52 *Strahlentherapie*

anzugeben, und zwar so oft, wie diese Prozeduren während des Aufenthaltes durchgeführt wurde, sowie einmal pro Aufenthalt der zutreffende Kode aus

8-54 *Zytostatische Chemotherapie bei Neubildungen.*

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

0212a Instillation von zytotoxischen Materialien in die Harnblase**Kodierung****Diagnosen**

Die Hauptdiagnose bei Patienten, die speziell zur Instillation von Zytostatika oder BCG (Bacillus Calmette-Guérin) in die Blase aufgenommen werden, hängt von der **Dauer** des Krankenhausaufenthaltes ab (s.a. DKR 0211b *Chemotherapie bei Neubildungen* (Seite 78)).

a) Ein **Tagesfall** (Aufnahme und Entlassung am selben Tag) hat die Hauptdiagnose

Z51.1 *Chemotherapiesitzung wegen bösartiger Neubildung.*

Als Nebendiagnose ist außerdem ein Kode für das zu behandelnde Malignom zuzuweisen (C67.- für die *bösartige Neubildung der Harnblase*).

b) Bei einem **mehrtägigen Aufenthalt** (Entlassung am Tag, der dem Aufnahmetag folgt oder später), ist die bösartige Neubildung der Harnblase als Hauptdiagnose zuzuweisen. Z51.1 ist als Nebendiagnose anzugeben, wenn es sich um eine Aufnahme speziell zur Instillation von Zytostatika/BCG handelt.

Prozeduren:

In beiden Fällen ist der Prozedurenkode

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

0213b Strahlentherapie**Kodierung****Diagnosen**

Die Hauptdiagnose bei Patienten, die speziell **zur Strahlentherapie** aufgenommen werden, hängt von der **Dauer** des Krankenhausaufenthaltes ab (vgl. DKR 0211b *Chemotherapie bei Neubildungen* (Seite 78)).

a) Ein **Tagesfall** (Aufnahme und Entlassung am selben Tag) hat die Hauptdiagnose

Z51.0 *Strahlentherapie-Sitzung.*

Als Nebendiagnose ist außerdem ein Kode für das zu behandelnde Malignom zuzuweisen.

b) Bei einem **mehrtägigen Aufenthalt** (Entlassung am Tag, der dem Aufnahmetag folgt oder später) ist die Erkrankung, die die Strahlentherapie erforderlich macht, als Hauptdiagnose zuzuweisen. Z51.0 ist als Nebendiagnose anzugeben, wenn es sich um eine Aufnahme speziell zur Strahlentherapie handelt.

Hinweis: Der Kode Z51.0 *Strahlentherapie-Sitzung* umfasst auch die therapeutische Applikation von radioaktiven Substanzen. Die nächste Version der ICD-10-SGB-V wird ein entsprechendes Inklusivum bei Z51.0 enthalten.

Prozeduren

In beiden Fällen ist der entsprechende Kode für onkologische Strahlentherapie aus

8-52 *Strahlentherapie* oder

8-53 *Nuklearmedizinische Therapie*

zuzuweisen, und zwar so oft, wie diese Prozeduren während der Behandlungsphase durchgeführt wurden.

0214a Lymphangiosis carcinomatosa

Ist keine weitere Information über die Lokalisation und/oder Art des primären Malignoms verfügbar, so wird z.B. bei Lymphangiosis carcinomatosa der Pleura

C78.2 *Sekundäre bösartige Neubildung der Pleura*

vor

C80 *Bösartige Neubildungen ohne Angabe der Lokalisation*

kodiert.

0215a Lymphom

Lymphome können von jedem Lymphgewebe innerhalb des Körpers ausgehen und sind nicht notwendigerweise auf Lymphknoten oder Lymphdrüsen beschränkt. 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.

Lymphome sind systemische Erkrankungen, die nicht auf die gleiche Weise metastasieren wie solide Tumoren. Ein Lymphom wird, unabhängig von der Anzahl der betroffenen Gebiete, nicht als metastatisch betrachtet.

Bei Lymphomen sind die folgenden Kodes nicht zuzuordnen:

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

C78.8 *Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Verdauungsorgane*

C79.5 *Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und Knochenmarks*

0216a Malignom der Lippe

Zwei Kode-Kategorien sind für die Kodierung des Lippenmalignoms verfügbar:

C00.- *Bösartige Neubildungen der Lippe* und

C44.0 *Sonstige bösartige Neubildungen der Lippenhaut.*

Der Kode C44.0 *Sonstige bösartige Neubildungen der Lippenhaut* wird für maligne Läsionen verwendet, die an der behaarten Haut zwischen der oberen Lippenrotgrenze und der Nase (Filtrum) oder an der behaarten Haut zwischen der unteren Lippenrotgrenze und dem Sulcus mentolabialis auftreten. Basalzellkarzinom und Plattenepithelkarzinom außerhalb der Lippenrotgrenze sind mit C44.0 *Sonstige bösartige Neubildungen der Lippenhaut* zu kodieren.

Allen sonstigen malignen Läsionen an der Lippe ist der entsprechende Kode aus

C00.- *Bösartige Neubildungen der Lippe*

zuzuweisen.

0217a Familiäre adenomatöse Polypose**Kodierung**

Einem Patienten mit der Diagnose „familiäre adenomatöse Polypose“ ist der Kode

D12.6 *Gutartige Neubildung des Kolon, nicht näher bezeichnet*

und zusätzlich entweder

Z83.7 *Krankheiten des Verdauungssystems in der Familienanamnese*
oder

Z80.0 *Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane in der Familienanamnese*

zuzuweisen.

0218a Hereditäres nichtpolypöses Kolonkarzinom**Kodierung**

Ein hereditäres nichtpolypöses Kolonkarzinom ist wie folgt zu kodieren:

C18.- *Bösartige Neubildung des Dickdarmes*

und zusätzlich

Z80.0 *Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane in der Familienanamnese*

0219a Intraepitheliale Neoplasie der Prostata

Die Kodes für PIN-Grade („Prostatic Intraepithelial Neoplasia“) sind wie folgt zuzuweisen:

PIN Grad I	N40	<i>Prostatahyperplasie</i>
PIN Grad II	N40	<i>Prostatahyperplasie</i>
PIN Grad III	D07.5	<i>Carcinoma in situ der Prostata</i>

3 KRANKHEITEN DES BLUTES UND DER BLUTBILDEN- DEN ORGANE SOWIE BESTIMMTE STÖRUNGEN MIT BETEILIGUNG DES IMMUNSYSTEMS

0301a Stammzellentnahme und Transplantation

Kodierung

I. Eigenspende (autogene Spende)

Diagnosen

Die Hauptdiagnose bei Patienten, die speziell zur Eigenspende von **Stammzellen** oder **Knochenmark** aufgenommen werden, hängt von der Dauer des Krankenhausaufenthaltes ab.

a) Ein **Tagesfall** (d.h. Aufnahme und Entlassung am gleichen Tag) hat die Hauptdiagnose

Z51.81 *Apherese*.

Als Nebendiagnose ist außerdem ein Kode für die maligne Erkrankung anzugeben.

b) Bei einem mehrtägigen Aufenthalt (Entlassung am Tag, der dem Aufnahmetag folgt oder später) ist als Hauptdiagnose die maligne Erkrankung zuzuweisen. Z51.81 ist als Nebendiagnose anzugeben.

Prozeduren

Handelt es sich um eine Aufnahme zur Knochenmarkspende, ist der Prozedurenkode

5-410.0 *Entnahme von Knochenmark zur Transplantation*

zuzuweisen.

Handelt es sich um eine Aufnahme zur Entnahme von hämatopoetischen Stammzellen, ist der Prozedurenkode

5-410.1 *Entnahme von hämatopoetischen Stammzellen zur Transplantation*

zuzuweisen.

II. Fremdspende (allogene Spende)

Diagnosen

Bei der Aufnahme von **Spendern** zur Entnahme von **Knochenmark** bzw. **Stammzellen** ist als Hauptdiagnosekode

Z52.3 *Knochenmarkspender* bzw.

Z52.0 *Blutspender*

zuzuweisen.

Prozeduren

Handelt es sich um eine Aufnahme zur Knochenmarkspende, ist der Prozedurenkode

5-410.0 *Entnahme von Knochenmark zur Transplantation*

zuzuweisen.

Handelt es sich um eine Aufnahme zur Entnahme von hämatopoetischen Stammzellen, ist der Prozedurenkode

5-410.1 *Entnahme von hämatopoetischen Stammzellen zur Transplantation*

zuzuweisen.

III. Knochenmarks-/Stammzelltransplantation

Die **Prozeduren** sind mit der passenden Schlüsselnummer aus

5-411 *Knochenmarkstransplantation*

oder

8-805 *Transfusion von hämatopoetischen Stammzellen*

zu kodieren.

Diese Codes verschlüsseln an 5. Stelle die Art der Spende (autogen, allogene HLA-identisch, allogene nicht HLA-identisch).

0302a Bluttransfusionen

Bluttransfusionen und Infusionen von Blutprodukten sind **immer dann zu kodieren**, wenn sie nicht als fester Bestandteil einer Prozedur anzusehen sind, das heißt, wenn sie nicht im Rahmen bestimmter Operationen als Standardmaßnahme (z.B. bei Einsatz der HLM) durchgeführt werden.

Multiple Transfusionen des gleichen Blutproduktes während eines Krankenhausaufenthaltes werden durch nur *einen* Prozeduren-Kode dargestellt. Die Transfusionen sind zu addieren und die Summe einmal pro Aufenthalt zu kodieren (siehe Beispiel 1; s.a. DKR P005b *Multiple/Bilaterale Prozeduren* (Seite 45) und DKR P012a *Prozeduren, unterschieden auf der Basis von Größe, Zeit oder Anzahl* (Seite 52)). Als Bezugsdatum ist der Tag der ersten Leistung zu wählen.

Wenn während des Krankenhausaufenthaltes mehr als eine Art von Blutprodukten transfundiert wird, ist pro Blutproduktart ein passender Kode aus

8-800 *Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat*

8-802 *Transfusion von Leukozyten*

8-810 *Transfusion von Plasma und Plasmapbestandteilen*

zuzuweisen (siehe Beispiel 2).

Beispiel 1

Dem Patienten wurde während des Krankenhausaufenthaltes dreimal eine Konserve Erythrozyten-Konzentrat transfundiert.

Es ist **einmalig zuzuweisen**:

Prozedur(en): 8-800.2 *Erythrozytenkonzentrat, 1-5 TE*

Beispiel 2

Dem Patienten wurde während des Krankenhausaufenthaltes einmal eine Konserve Erythrozyten-Konzentrat und einmal eine Konserve Plasma transfundiert.

Prozedur(en): 8-800.2 *Erythrozytenkonzentrat, 1-5 TE*
und
8-810.0 *Plasma, 1-5 TE*

4 ENDOKRINE, ERNÄHRUNGS- UND STOFFWECHSELKRANKHEITEN

0401b Diabetes mellitus

Typen des Diabetes mellitus

Es gibt verschiedene Typen des Diabetes mellitus mit jeweils speziellen Merkmalen, die Auswirkungen auf die Behandlung haben. Diese sind klassifiziert in folgenden Kategorien der ICD-10-SGB-V:

- E10.- *Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-I-Diabetes)*
 E11.- *Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-II-Diabetes)*
 E12.- *Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung (Malnutrition)*
 E13.- *Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus*
 E14.- *Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus*
 E89.1 *Hypoinsulinämie nach medizinischen Maßnahmen (z.B. Diabetes mellitus nach Pankreatektomie)*
 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.

Entgleister Diabetes mellitus

Weder bei Diabetes mellitus Typ I noch bei Diabetes mellitus Typ II 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 I wird wegen einer schweren Entgleisung der Stoffwechsellage stationär aufgenommen. Es bestehen keine Komplikationen.

Hauptdiagnose: E10.91 *Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-I-Diabetes] ohne Komplikationen, als entgleist bezeichnet*
 Nebendiagnose(n): keine

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). Außerdem ist ein Kode für die Manifestation anzugeben, sofern diese die Nebendiagnosedefinition erfüllt (siehe Beispiel 3). Zur Kodierung bei mehr als einer Komplikation siehe Abschnitt „Multiple Komplikationen“ und Beispiel 4.

Beispiel 2

Ein Patient mit Diabetes mellitus Typ I 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-I-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 Nebendiagnosedefinition nicht erfüllt und somit nicht gesondert kodiert wird.

Beispiel 3

Ein Patient mit Diabetes mellitus Typ I 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-I-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.

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“).

Multiple Komplikationen

Sofern multiple Komplikationen (Manifestationen) des Diabetes mellitus vorliegen und die Grunderkrankung Diabetes mellitus behandelt wird, 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.

Beispiel 4

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

Hauptdiagnose:	E10.71†	<i>Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-I-Diabetes] mit multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet</i>
Nebendiagnose(n):	I79.2*	<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 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 multiple Komplikationen (Manifestationen) des Diabetes mellitus vorliegen und die Behandlung **einer Manifestation** im Vordergrund steht, ist E10-E14, vierte Stelle entsprechend dieser Manifestation, zu kodieren. Die Codes für die weiteren Manifestationen sind anzugeben, sofern sie der Definition der Nebendiagnosen entsprechen.

Beispiel 5

Ein Patient mit Diabetes mellitus Typ I 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-I-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 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 iliofemoralen Bypass</i>
	5-930.4	<i>Alloplastisches Transplantat</i>

Hinweis: Der Kode I70.22 *Atherosklerose der Extremitätenarterien 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.

Nierenkomplikationen

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

E10†-E14†, vierte Stelle „.2“

sowie einem Kode für die spezifische Nierenschädigung bzw. für die eingeschränkte Nierenfunktion zu verschlüsseln.

Beispiel 6

Ein Patient kommt zur Behandlung einer diabetischen Nephropathie.

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

Beispiel 7

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

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>
	N18.0	<i>Terminale Niereninsuffizienz</i>

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**Diabetische Retinopathie**

Eine diabetische Retinopathie ist wie folgt zu kodieren:

E10†-E14†, vierte Stelle „,3“	<i>Diabetes mellitus mit Augenkomplikationen</i>
H36.0*	<i>Retinopathia diabetica</i>

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

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

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

H54.- *Blindheit und Sehschwäche*
zugewiesen.

Katarakt

Katarakte können in einem kausalen Zusammenhang zum Diabetes mellitus stehen, doch ist dieser Zusammenhang häufig schwer feststellbar. Die Ätiologie einer „senilen Katarakt“ bei Patienten mit Diabetes mellitus ist umstritten.

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

E10†-E14†, vierte Stelle „,3“	<i>Diabetes mellitus mit Augenkomplikationen</i>
H28.0*	<i>Diabetische Katarakt</i>

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* (ausgenommen vierte Stelle „,3“ mit *Augenkomplikationen*).

Neuropathie und Diabetes mellitus

Periphere und autonome Neuropathien sowie Hirnnervenschäden sind chronische Komplikationen des Diabetes mellitus. Bei einem kausalen Zusammenhang zwischen Diabetes mellitus und Neuropathie sind zwei Kodes (†/*) anzugeben.

Beispiele:

Diabetische Mononeuropathie

E10†-E14†, vierte Stelle „,4“	<i>Diabetes mellitus mit neurologischen Komplikationen und Diabetische Mononeuropathien</i>
G59.0*	

Diabetische Amyotrophie

E10†-E14†, vierte Stelle „,4“	<i>Diabetes mellitus mit neurologischen Komplikationen und Myastheniesyndrome bei endokrinen Krankheiten</i>
G73.0*	

Diabetische Polyneuropathie

E10†-E14†, vierte Stelle „,4“	<i>Diabetes mellitus mit neurologischen Komplikationen und Diabetische Polyneuropathie</i>
G63.2*	

Periphere vaskuläre Erkrankung und Diabetes mellitus**Diabetes mellitus mit peripherer Angiopathie**

wird nach folgendem Schema kodiert:

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

E10†-E14†, vierte Stelle „,5“ ist in den Fällen zu verwenden, in denen eine periphere Angiopathie als **alleinige** Komplikation eines Diabetes mellitus auftritt oder ihre Behandlung im Vordergrund steht.

Beispiel 8

Ein Patient mit Diabetes mellitus Typ I mit peripheren vaskulären Komplikationen in Form einer Atherosklerose der Extremitätenarterien mit Ruheschmerz wird zur Bypass-Operation (alloplastisch) aufgenommen.

Hauptdiagnose:	E10.50†	<i>Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-I-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 mit Ruheschmerzen</i>
Prozedur(en):	5-393.42	<i>Anlegen eines iliofemorales Bypass</i>
	5-930.4	<i>Alloplastisches Transplantat</i>

Hinweis: Der Kode 170.22 *Atherosklerose der Extremitätenarterien 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.

Diabetisches Fußsyndrom

Die Diagnose „Diabetischer Fuß“ wird kodiert mit

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

Die Kodes für die vorhandenen Manifestationen, z.B.

G63.2* *Diabetische Polyneuropathie,*

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

sind **danach anzugeben**. Werden Manifestationskodes angegeben, so ist der Ätiologiekode E10-E14, vierte Stelle „,7“ mit einem † als Ätiologiekode zu kennzeichnen.

Alle vorliegenden Manifestationen und Komplikationen sind zu kodieren, wenn sie der Definition einer Nebendiagnose entsprechen (DKR D003b *Nebendiagnosen* (Seite 11)).

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
<i>Dekubitalgeschwür</i>	L89
<i>Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert</i>	L97

2. Periphere vaskuläre Erkrankung

<i>Atherosklerose der Extremitätenarterien, nicht näher bezeichnet</i>	I70.20
<i>Atherosklerose der Extremitätenarterien mit intermittierendem Hinken</i>	I70.21
<i>Atherosklerose der Extremitätenarterien mit Ruheschmerzen</i>	I70.22
<i>Atherosklerose der Extremitätenarterien mit Ulzeration</i>	I70.23
<i>Atherosklerose der Extremitätenarterien 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>Erworbenes 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</i>	Z89.4
<i>Verlust des Beines unterhalb oder bis zum Knie</i>	Z89.5
<i>Verlust des Beines oberhalb des Knies</i>	Z89.6
<i>Verlust beider Beine [jede Höhe, ausgenommen Zehen isoliert]</i>	Z89.7

Beispiel 9

Ein Patient mit entgleistem Diabetes mellitus Typ I 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-I-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 mit Ulzeration</i>
	A46	<i>Erysipel [Wundrose]</i>

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

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 (s.a. DKR D004a *Syndrome* (Seite 13)).

Metabolisches Syndrom

Bei Vorliegen eines „metabolischen Syndroms“ sind die vorliegenden Komponenten des Syndroms einzeln zu kodieren.

Störungen der inneren Sekretion des Pankreas

Störungen der inneren Sekretion des Pankreas (E16.-)

- E16.0 *Arzneimittelinduzierte Hypoglykämie ohne Koma*
- E16.1 *Sonstige Hypoglykämie*
- E16.2 *Hypoglykämie, nicht näher bezeichnet*
- E16.4 *Abnorme Gastrinsekretion*
- E16.8 *Sonstige näher bezeichnete Störungen der inneren Sekretion des Pankreas*
- E16.9 *Störungen der inneren Sekretion des Pankreas, nicht näher bezeichnet*

sind wie folgt zu verschlüsseln:

- bei **Diabetikern** ist ein Kode aus E16.- nicht als Hauptdiagnose zu verschlüsseln.
- bei **Nichtdiabetikern** kann ein Kode aus E16.- als Hauptdiagnose verschlüsselt werden.

0402a Hyperglykämie

Bei Hyperglykämie ohne Vorliegen eines Diabetes mellitus stehen folgende Codes zur Verfügung:

- R73.0 *Abnormer Glukosetoleranztest*
- R73.9 *Hyperglykämie, nicht näher bezeichnet*
- E89.1 *Postoperative Hyperglykämie*

0403a 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 Manifestation der Zystischen Fibrose ist als Nebendiagnose anzugeben.

Es ist zu beachten, dass

E84.8 *Zystische Fibrose mit sonstigen Manifestationen*

auch bei Fällen mit kombinierten Manifestationen zu verwenden ist. Die spezifische(n) Manifestation(en) ist/sind immer als Nebendiagnose(n) zu verschlüsseln.

Beispiel 1

Ein Patient mit Mukoviszidose wird zur Behandlung einer eitrigen Bronchitis aufgenommen.

Hauptdiagnose:	E84.0	<i>Zystische Fibrose mit Lungenmanifestationen</i>
Nebendiagnose(n):	J20.1	<i>Akute Bronchitis durch Haemophilus influenzae</i>

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 VERHALTENSTÖRUNGEN

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

Definitionen

Der Begriff „Störung“ wird hier verwendet, um folgende Zustände, ausgelöst durch die Verwendung psychotroper Substanzen, zu beschreiben:

- Akute Intoxikation [akuter Rausch]
- Missbrauch
- Abhängigkeit

Der Block F10-F19 *Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen* hat eine vierte Stelle, die den klinischen Status des Patienten genau bezeichnet. Die verursachenden Substanzen werden durch die dritte Stelle kodiert.

Es ist zu beachten, dass nicht alle vierten Stellen auf alle Substanzen anwendbar sind.

Die folgenden Definitionen (nach ICD-10-SGB-V und der WHO ICD-10 *Internationale Klassifikation psychischer Störungen* von 1992) werden zur Unterstützung eines besseren Verständnisses dieser Störungen zur Verfügung gestellt:

Akute Intoxikation [akuter Rausch]

„Ein Zustandsbild nach Aufnahme einer psychotropen Substanz mit Störungen von Bewusstseinslage, kognitiven Fähigkeiten, Wahrnehmung, Affekt und Verhalten oder anderer psychophysiologischer Funktionen und Reaktionen. Die Störungen stehen in einem direkten Zusammenhang mit den akuten pharmakologischen Wirkungen der Substanz und nehmen bis zur vollständigen Wiederherstellung mit der Zeit ab, ausgenommen in den Fällen, bei denen Gewebeschäden oder andere Komplikationen aufgetreten sind.“

Schädlicher Gebrauch

„Konsum psychotroper Substanzen, der zu Gesundheitsschädigung führt. Diese kann als körperliche Störung auftreten, etwa in Form einer Hepatitis nach Selbstinjektion der Substanz oder als psychische Störung z.B. als depressive Episode durch massiven Alkoholkonsum.“

Schädlicher Gebrauch wird nicht kodiert, wenn zum gleichen Zeitpunkt und bezüglich der gleichen Substanz ein „*Abhängigkeitssyndrom*“ (F10-F19, vierte Stelle „2“), eine „*psychotische Störung*“ (F10-F19, vierte Stelle „5“) oder eine sonstige spezifische Form einer drogen-/medikamenten- oder alkoholinduzierten Störung vorliegt.

Abhängigkeits-Syndrom

„Eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln. Typischerweise besteht/bestehen

- ein starker Wunsch die Substanz einzunehmen,
 - Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren
- und

- anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen.

Dem Substanzgebrauch wird Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben. Es entwickelt sich eine Toleranzerhöhung und manchmal ein körperliches Entzugssyndrom.“

Kodierung

Allgemeine Hinweise

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.

In Fällen, in denen eine klare Dokumentation oder klinische Hinweise nicht verfügbar sind, so dass für die Klassifizierung relevante Informationen zum Konsum von Alkohol/Drogen fehlen, ist der passende Kode aus F10-F19, vierte Stelle „1“ („schädlicher Gebrauch“) zuzuweisen.

Akute Intoxikation [akuter Rausch]

Im Fall einer akuten Intoxikation (eines akuten Rausches) wird der zutreffende Kode aus F10-F19 - vierte Stelle „0“ - **zusammen** mit einem weiteren vierstelligen Kode aus F10-F19 zuge-wiesen (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	<i>Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, akute Intoxikation [akuter Rausch]</i>
Nebendiagnose(n):	F10.2	<i>Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom</i>

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 diagnostiziert.

Hauptdiagnose:	K85	<i>Akute Pankreatitis</i>
Nebendiagnose(n):	F10.1	<i>Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, schädlicher Gebrauch</i>

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 D003b *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 in einem starken Verlangen zu rauchen und fortgesetztem Rauchen, obwohl er aufgefordert wurde, zur Unterstützung der Behandlung nicht zu rauchen.

Hauptdiagnose:	I83.9	<i>Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung</i>
Nebendiagnose(n):	J44.9	<i>Chronisch obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet</i>
	F17.2	<i>Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak, Abhängigkeitssyndrom</i>
Prozedur(en):	5-385.70	<i>Crossektomie und Stripping: V. saphena magna</i>

0503a Persönlichkeitsstörungen

In den Fällen, in denen die Diagnose einer „Persönlichkeitsstörung“ (z.B. einer „paranoiden Persönlichkeit“) gestellt werden soll, ist zu prüfen, ob tatsächlich eine Persönlichkeitsstörung vorliegt oder vielmehr eine Persönlichkeitsvariante.

Eine **Störung** wird verschlüsselt mit einem Kode aus

F60.- *Spezifische Persönlichkeitsstörungen.*

Wird eine Diagnose gestellt, die eine Anzahl von Begriffen umfasst, die verschiedenen vierstelligen Bezeichnungen bei F60 *Spezifische Persönlichkeitsstörungen* zugeordnet werden können, ist jede Störung zu kodieren.

0504a Panikattacken mit Phobie

Sowohl die Panikattacken (F41.0 *Panikstörung [episodische 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 Kodes 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 Kodes zuzuweisen.

0506a Psychische Krankheit als Komplikation einer Schwangerschaft

Bei psychischen Krankheiten als Komplikation einer Schwangerschaft ist

O99.3 *Psychische Krankheiten sowie Krankheiten des Nervensystems, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren*

mit dem spezifischen Kode für die psychische Krankheit als Nebendiagnose zuzuweisen. Es ist zu beachten, dass dieser Kode die postpartale Depression ausschließt (siehe Beispiel 2).

Postpartale Depression

Ein Kode aus der Kategorie

F53.- *Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert*

ist nur dann zuzuweisen, **wenn die Art der Depression anderenorts nicht klassifiziert ist.**

Sofern die Art der Depression näher bezeichnet ist und mit einem spezifischen Kode aus dem Kapitel V *Psychische und Verhaltensstörungen* verschlüsselt werden kann, ist diesem vor einem Kode aus F53.- der Vorzug zu geben.

Die Anmerkung bei F53.- *Psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert* stellt zwar fest: „Hier sind nur psychische Störungen im Zusammenhang mit dem Wochenbett zu klassifizieren (Beginn innerhalb von 6 Wochen nach der Geburt) ...“. Sofern der Beginn einer postpartalen Depression innerhalb von einem Jahr nach der Entbindung liegt, kann dennoch ein Kode aus F53.- zugewiesen werden.

Beispiel 1

Eine Patientin hat ein lebendes Kind durch spontane vaginale Entbindung geboren. Während des stationären Aufenthaltes entwickelt sie eine leichte postpartale Depression.

Hauptdiagnose:	O80	<i>Spontangeburt eines Einlings</i>
Nebendiagnose(n):	F53.0	<i>Leichte psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert</i>
	Z37.0!	<i>Lebendgeborener Einling</i>
Prozedur(en):	9-260	<i>Überwachung und Leitung einer normalen Geburt</i>

Beispiel 2

Eine Patientin wurde in der 36. Schwangerschaftswoche aufgenommen. Behandlung erfolgte mit Bettruhe und Gabe von Antidepressiva wegen schwerer depressiver Episode. Während des stationären Aufenthalts wurde die Patientin in der 39. Woche durch spontane vaginale Geburt von einem lebenden Kind entbunden.

Hauptdiagnose:	O99.3	<i>Psychische Krankheiten sowie Krankheiten des Nervensystems, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren</i>
Nebendiagnose(n):	F32.2 Z37.0!	<i>Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome</i> <i>Lebendgeborener Einling</i>
Prozedur(en):	9-261	<i>Überwachung und Leitung einer Risikogeburt</i>

Beispiel 3

Eine Patientin wurde 6 Monate nach Entbindung wegen postpartaler Depression stationär behandelt. Weitere Information bezüglich der Art der Depression war nicht verfügbar.

Hauptdiagnose:	F53.0	<i>Leichte psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert</i>
----------------	-------	--

Beispiel 4

Eine Patientin wurde 6 Monate nach Entbindung mit der vorläufigen Diagnose einer schweren postpartalen Depression aufgenommen; nachfolgend wurde eine majore Depression diagnostiziert.

Hauptdiagnose:	F32.2	<i>Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome</i>
----------------	-------	--

0507a Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom**Definition**

Wiederholtes Vortäuschen einer Krankheit, zumeist akut, dramatisch und überzeugend, wird auch als Münchhausen-Syndrom bezeichnet.

Das Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom ist eine bizarre Variante dieses Syndroms, bei der ein Kind als Ersatzpatient dient. Ein Elternteil fälscht die Anamnese, verletzt das Kind durch Drogen/Medikamente, fügt Urinproben Blut oder bakterielle Verunreinigungen bei etc.

Kodierung:

Die korrekte **Kodierung für das Kind** ist:

T74.1 *Körperlicher Missbrauch.*

Die Zuweisung eines Codes für das Münchhausen-Syndrom

F68.1 *Artifizielle Störung [absichtliches Erzeugen oder Vortäuschen von körperlichen oder psychischen Symptomen oder Behinderungen]*

ist in einem Fall des Münchhausen-Stellvertreter-Syndroms falsch, da es **ein Elternteil** des Patienten ist, nicht der Patient selbst, der an dieser Krankheit leidet.

0508a Morbus Alzheimer

Ein Morbus Alzheimer bzw. eine Demenz bei Alzheimer-Krankheit ist mit **zwei Schlüsselnummern** zu kodieren:

- einem Kode aus G30.-† *Alzheimer Krankheit* und
- einem Kode aus F00.-* *Demenz bei Alzheimer-Krankheit*.

Beide Kategorien sind nach dem Alter unterteilt, in dem die Erkrankung auftritt.

6 KRANKHEITEN DES NERVENSYSTEMS

0601a 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

Hirnfarkt (I63.-).

Unmittelbare Folgen eines Schlaganfalls (Folgezustände)

Normalerweise wird der Begriff Folgezustände bei den Fällen verwendet, bei denen sich als Folge einer Krankheit ein Funktionsdefizit entwickelt. Dieses Defizit tritt häufig später auf als die Ausgangskrankheit, z.B. eine Skoliose als Folge einer Rachitis. Im Unterschied dazu sind beim Schlaganfall die **Defizite** eine **unmittelbare Folge** des Schlaganfalls. Aus diesem Grund ist den folgenden Richtlinien zu entsprechen.

Solange der Patient eine **fortgesetzte** Behandlung des akuten Schlaganfalls und der unmittelbaren Folgen (Defizite) erhält, ist ein Code aus den Kategorien I60-I64 (Zerebrovaskuläre Krankheiten) mit den jeweils passenden Codes für die Defizite (z.B. Lähmungen) zuzuweisen (siehe Beispiel 1).

Beispiel 1

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

Hauptdiagnose:	I63.3	<i>Hirnfarkt durch Thrombose intrakranieller Hirnarterien</i>
Nebendiagnose(n):	G81.0 R47.0	<i>Schlaffe Hemiplegie</i> <i>Aphasie</i>

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

2. „Alter Schlaganfall“

„Alter Schlaganfall“ – diese diagnostische Aussage kann bedeuten:

- Der Patient hat die Anamnese eines Schlaganfalls **ohne** aktuell bestehende neurologische Ausfälle. In diesem Fall wird kodiert:

Z86.7 *Krankheiten des Kreislaufsystems in der Eigenanamnese*

- Der Patient hat die Anamnese eines Schlaganfalls **mit** gegenwärtig bestehenden neurologischen Ausfällen. In diesem Fall werden die neurologischen Ausfälle und danach ein Code aus

I69.- *Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit*

zugewiesen.

Kodes der Kategorie

I69.- *Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit*

werden nur dann verwendet, wenn die **Behandlung des akuten Schlaganfalls abgeschlossen ist**, aber Lähmungen weiterhin bestehen (siehe Beispiel 2).

Kodes aus **I69.-** werden **nicht ausschließlich** zugewiesen, d.h. es ist immer ein Code voranzustellen, der die Art der Spätfolge angibt, z.B. Hemiparese, Aphasie (s.a. DKR D005a *Folgezustände* (Seite 14)).

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 Hemiplegie</i> <i>Folgen eines Schlaganfalls, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet</i>

Schweregrad bei akutem und „altem“ Schlaganfall

Nebendiagnose-Kodes geben Hinweise auf den Schweregrad eines Schlaganfalls. Die vorliegenden neurologischen Ausfälle (z.B. Hemiplegie, Aphasie, Hemianopsie, Neglect, ...) (s.a. DKR 1801a *Befunde und Symptome* (Seite 173), letzter Absatz) sowie auftretende Komplikationen (z.B. Aspirationspneumonie, Dekubitus, Harnwegsinfektionen, ...) sind zu kodieren.

Es ist zu beachten, dass bei einem Schlaganfall **Dysphagie, Urin- und Stuhl-Inkontinenz** nur dann kodiert werden, wenn bestimmte Kriterien erfüllt sind:

<i>Dysphagie</i> (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.
<i>Urin-Inkontinenz</i> (R32, N39.3, N39.4)	ist nur zu kodieren, wenn die Inkontinenz bei Entlassung besteht oder für mindestens 7 Kalendertage persistiert.
<i>Stuhl-Inkontinenz</i> (R15)	ist nur zu kodieren, wenn die Inkontinenz bei Entlassung besteht oder für mindestens 7 Kalendertage persistiert.

0602a Aphasie/DysphasieR47.0 *Dysphasie und Aphasie*

wird während einer akuten Behandlungsphase eines Schlaganfalls **nicht als Hauptdiagnose** kodiert. Zur korrekten Zuweisung dieser Schlüsselnummer in anderen Fällen siehe den Abschnitt „Schlüsselnummern für Symptome, Befunde und ungenau bezeichnete Zustände“ in DKR D002b *Hauptdiagnose* (Seite 4).

0603a Tetraplegie und Paraplegie, nicht traumatisch

Zur Kodierung einer traumatischen Tetraplegie/Paraplegie siehe DKR 1910a *Verletzung des Rückenmarks* (Seite 184).

Kodierung**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 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.- *Paraplegie und Tetraplegie.*

An 4. Stelle ist der Lähmungstyp (schlaff, spastisch) sowie das Ausmaß der Lähmung (Para-, Tetraplegie) zu kodieren, an fünfter Stelle die Höhe der Rückenmarksverletzung.

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.- *Paraplegie und Tetraplegie*

und die Diagnosekodes sonstiger Krankheiten des Patienten zuzuweisen.

Die Reihenfolge der Diagnosen muss der Richtlinie zur Definition der Hauptdiagnose entsprechen.

0604a Autonome Dysreflexie

Autonome Dysreflexie ist zu kodieren mit:

G90.8 *Sonstige Krankheiten des autonomen Nervensystems***0605a Shuddering Attacks**

Shuddering Attacks sind mit

G25.8 *Sonstige näher bezeichnete extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen* zu kodieren.**0606a Mitochondriale Zytopathie**

Einige mitochondriale Krankheiten, für die es spezifische Kode-Zuweisungen in der ICD gibt, sind:

Mitochondriale Enzephalopathie, Laktatazidose- und Schlaganfall-ähnliche Symptome (MELAS)**Kodierung:**G31.81 *Mitochondriale Zytopathie*

und danach je nach vorliegender Symptomatik der passende Kode für „Schlaganfall“ aus I60-I64, etc.

Myoklonusepilepsie (ragged red fibre/MERRF)**Kodierung:**G31.81 *Mitochondriale Zytopathie [inkl. MERRF-Syndrom]*G40.3 *Generalisierte idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome***Chronisch-progressive externe Ophthalmoplegie****Kodierung:**G31.81 *Mitochondriale Zytopathie*

mit der/den passenden Nebendiagnose(n) aus folgender Liste:

H49.8 *Sonstiger Strabismus paralyticus*H49.4 *Ophthalmoplegia progressiva externa*H36.8* *Sonstige Affektionen der Netzhaut bei anderenorts klassifizierten Krankheiten*I44.- *Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock*I45.- *Sonstige kardiale Erregungsleitungsstörungen*

Anmerkung: Liegt bei einem Patienten mit einer chronisch-progressiven externen Ophthalmoplegie eine mit H36.8* zu kodierende Manifestation vor, wird G31.81 als dazu gehöriger Ätiologiekode durch ein Kreuz gekennzeichnet (G31.81†). Der Stern-Kode ist unmittelbar nach dem Kreuz-Kode anzugeben.

Mitochondriale Myopathie

Kodierung:

G71.3 *Mitochondriale Myopathie, anderenorts nicht klassifiziert*

0607a Schädelbasis-Chirurgie

Die chirurgische Behandlung von Läsionen (z.B. Glomus jugularis, Meningeom, Fibro-Sarkom, Fibro-Dysplasie), die die Schädelbasis betreffen, erfordert häufig den Einsatz mehrerer Neurochirurgen oder die Zusammenarbeit von mehreren Chirurgen aus verschiedenen Spezialgebieten bzw. eine Zusammenarbeit im Tandem-Verfahren während einer Operation.

Aus diesem Grund werden bei solchen Operationen einzelne Prozedurenschritte kodiert; z.B. ist der *Zugang* zum Operationsgebiet immer gesondert, mit einem Kode aus 5-010 oder 5-011, zu verschlüsseln. Die Kodierung von Operationen an Schädel und Gehirn stellt somit eine Ausnahme zur üblichen Prozedurenkodierung mit dem OPS-301 dar, bei der im Allgemeinen sämtliche Prozedurenkomponenten in einem Kode abgebildet sind.

Kodierung:

Der OPS-301 stellt für die Schädelbasis-Chirurgie zum Beispiel folgende Kodes zur Verfügung:

5-016.0 *Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Schädelknochen, Schädelbasis, Tumorgewebe*

5-016.1 *Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Schädelknochen, Schädelbasis, sonstiges erkranktes Gewebe*

wobei an 6. Stelle die genaue Lokalisation zu kodieren ist.

Zusätzlich zu verschlüsseln ist der operative **Zugang** mit einem Kode aus

5-010 *Schädeleröffnung über die Kalotte*

5-011 *Zugang durch die Schädelbasis*

Beispiel 1

Ein Patient mit Meningeom des Dorsum sellae (präpontan bis zum kraniozervikalen Übergang) wird zur Operation aufgenommen.

Prozedur(en):	5-011.5	<i>Zugang durch die Schädelbasis, transoral mit Spaltung des weichen und harten Gaumens</i>
	5-015.4	<i>Exzision und Destruktion von erkranktem intrakraniellen Gewebe (Hirnhäute), Tumorgewebe, mit Präparation von infiltriertem Nachbargewebe</i>
	5-020.4	<i>Kranioplastik, Schädelbasis</i>

0608a Intrakranielle stereotaktische Bestrahlung

Eine stereotaktische Strahlentherapie geht immer die Bestrahlungsplanung voraus.

Die Bestrahlungsplanung ist gesondert mit einem Kode aus

8-529 *Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie* zu verschlüsseln.

Eine stereotaktische Strahlenbehandlung beginnt mit der stereotaktischen Lokalisierung; diese umfasst mehrere Komponenten, insbesondere die Anbringung eines Kopfrahmens durch den Neurochirurgen. Lokalisierung und Zieldefinition werden unter Einsatz bildgebender diagnostischer Verfahren (CT, MRT, Angiographie, Myelographie, Ventrikulographie) mit computerunterstützter Bestimmung der Koordinaten durchgeführt.

Bei allen OPS-301-Kodes für stereotaktische Prozeduren sind die stereotaktische Lokalisierung **und** der Zugang im Kode enthalten und nicht gesondert zu kodieren.

Stereotaktische Radiochirurgie

Die einmalige Applikation einer großen Dosis von Röntgenstrahlen ist wie folgt zu kodieren:

8-523.0 *Stereotaktische Bestrahlung, einzeitig*

oder

8-523.2 *Gamma-Knife-Bestrahlung*

Stereotaktische Radiotherapie

Die fraktionierte Therapie ist wie folgt zu kodieren:

8-523.1 *Stereotaktische Bestrahlung, fraktioniert*

Hinweis: Jede Fraktion ist einzeln zu kodieren.

Stereotaktische Brachytherapie

Stereotaktische Brachytherapie ist mit

5-014.6 *Stereotaktische Operationen: Implantation von radioaktivem Material als selbständiger Eingriff*

zu kodieren.

Beispiel 1

Stereotaktische Brachytherapie mit komplexer Bestrahlungsplanung zur Therapie eines malignen Glioms

Prozedur(en):	8-529.6	<i>Bestrahlungsplanung für die Brachytherapie, komplex</i>
	5-014.6	<i>Stereotaktische Operationen: Implantation von radioaktivem Material als selbständiger Eingriff</i>

0609a Intrakranielle stereotaktische Neurochirurgie

Der stereotaktischen neurochirurgischen Operation (z.B. Pallidotomie, Thalamotomie oder Cingulotomie) geht die intrakranielle stereotaktische Lokalisierung (s.o.) voraus. Diese ist bei allen Prozeduren im Kode enthalten. Ebenso ist der Zugang im Kode enthalten und daher nicht gesondert zu kodieren.

Stereotaktische Operationen an intrakraniellm Gewebe

Die stereotaktischen Operationen sind mit einem Kode aus

5-014 *Stereotaktische Operationen*

zu kodieren.

Beispiel 1

Stereotaktische Pallidotomie zur Behandlung des Morbus Parkinson

Prozedur(en): 5-014.4 *Stereotaktische Operationen: Unterbrechung von Bahnsystemen*

Weitere Beispiele für intrakranielle stereotaktische chirurgische Eingriffe sind die Elektroden-Implantation bei Epilepsie oder die Insertion eines Rickham-Reservoirs.

Stereotaktische Biopsie an intrakraniellm Gewebe

Eine stereotaktisch durchgeführte Biopsie an intrakraniellm Gewebe ist mit einem Kode aus

1-511 *Stereotaktische Biopsie an intrakraniellm Gewebe*

zu verschlüsseln.

Beispiel 2

Stereotaktisch geleitete Großhirn-Biopsie

Prozedur(en): 1-511.0 *Stereotaktische Biopsie an intrakraniellm Gewebe, Großhirn*

0610b Liquordrainage, Liquorshunt**Externe Liquordrainage**

Das **Legen** einer externen Ventrikeldrainage ist mit

5-022.00 *Anlegen einer externen Liquordrainage, ventrikulär*

zu verschlüsseln.

Für zisternale, subarachnoidale oder sonstige Liquordrainagen stehen unter

5-022.0 *Anlegen einer externen Liquordrainage*

weitere Kodes zur Verfügung. An 6. Stelle ist die genaue Lokalisation der Drainage zu kodieren.

Wird die Drainage in den **Canalis spinalis** der Lumbalregion eingesetzt, ist

5-038.0 *Anlegen einer [spinalen] externen Liquordrainage*

zu kodieren.

Der **Zugang** ist beim Legen einer Drainage jeweils gesondert zu kodieren.

Die **Entfernung** einer externen Liquordrainage wird kodiert mit:

5-024.7 *Entfernung einer externen Liquordrainage oder*

5-038.9 *Entfernung einer [spinalen] externen Liquordrainage*

Liquorshunt

Das **Legen** eines Liquorshunts ist mit einem Kode aus

5-023 *Anlegen eines Liquorshuntes (Shunt-Implantation)*

zu verschlüsseln. Die 5. Stelle dieses Kodes gibt an, ob der Liquor in den Herzvorhof, in den Peritonealraum oder in den Pleuraspalt abgeleitet wird; die 6. Stelle gibt die genaue Lokalisation der Drainage (ventrikulär, zisternal etc.) an.

Gelegentlich wird ein Liquorshunt in den **lumbalen** Subarachnoidalraum eingesetzt, in den häufigsten Fällen, um Liquor in den Peritonealraum abzuleiten. In diesem Fall ist

5-038.1 *Operationen am spinalen Liquorsystem, Anlegen eines Shuntes*

zuzuweisen.

Der **Zugang** ist beim Legen eines Liquorshunts jeweils gesondert zu kodieren.

Ein Liquorshunt kann endoskopisch eingesetzt werden; in diesem Fall ist der Kode für die Insertion des Shunts sowie der Zusatzkode

5-986 *Minimalinvasive Technik*

anzugeben.

Bei **Revision** oder **Entfernung** eines Liquorshunts ist der passende Kode aus

5-024 *Revision und Entfernung von Liquorableitungen*

zuzuordnen.

Bei Revision/Entfernung eines **spinalen** Liquorshunts ist

5-038.5 *Operationen am spinalen Liquorsystem, Revision eines Shuntes bzw.*

5-038.a *Operationen am spinalen Liquorsystem, Entfernung eines Shuntes*

zuzuweisen.

7 KRANKHEITEN DES AUGES UND DER AUGENANHANGSGBILDE

0701a Diabetische Katarakte

Wenn eine Katarakt als **diabetische** Katarakt spezifiziert ist, ist

- der passende Diabetes-Kode (E10†-E14†, vierte Stelle „3“) und
- H28.0* *Diabetische Katarakt*

zuzuweisen.

S.a. DKR 0401b *Diabetes mellitus* (Seite 87)

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.

0703a Reihenfolge der Angabe von Glaukom und Katarakt

Sofern während derselben Operation eine Behandlung des Glaukoms und der Katarakt vorgenommen wird, sind die Diagnosen- und Prozedurenkodes des Glaukoms vor den Codes, die die Katarakt betreffen, anzugeben.

Sofern der Patient zur Behandlung beider Krankheiten aufgenommen wurde und die Operationen getrennt ausgeführt wurden, ist analog zu kodieren.

0704a Abstoßung oder Versagen eines Kornea-Transplantats

Kornea-Transplantationen, die aus **anderen** Gründen als Entzündung oder Infektion fehlgeschlagen, sowie die Abstoßung eines Transplantats sind zu kodieren mit

T85.3 *Mechanische Komplikation durch sonstige Augenprothesen, -implantate oder -transplantate.*

Dem Versagen eines Kornea-Transplantats aufgrund einer Entzündung oder Infektion ist der Kode

T85.78 *Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate*

zuzuweisen.

Nebendiagnosen im Zusammenhang mit der Abstoßung oder dem Versagen eines Kornea-Transplantats werden zusätzlich zu T85.3 und T85.78 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*

0705a Strabismus (Schielen)

Die Verschlüsselung einer „Strabismus-Korrektur“ besteht in der Kodierung der einzelnen Teilprozeduren dieser Korrektur, also in der Kodierung der Maßnahmen an den einzelnen betroffenen Muskeln, mit Schlüsseln aus

5-10 *Operationen an den Augenmuskeln.*

0706a Kontaktlinsen-Intoleranz

Kontaktlinsen-Intoleranz wird kodiert als

H18.8 *Sonstige näher bezeichnete Affektionen der Hornhaut,*

wenn nicht eine der folgenden, näher bezeichneten Krankheiten vorliegt:

Keratitis H16.8

Chronische Konjunktivitis H10.4

Hornhautödem H18.2

0707a Verblitzung der Schweißser

Die Verblitzung der Schweißser ist zu kodieren mit

H16.1 *Sonstige oberflächliche Keratitis ohne Konjunktivitis.*

0708a Rost-Ring der Kornea

Ein Rost-Ring der Kornea ist zu kodieren mit

H18.0 *Hornhautpigmentierungen und -einlagerungen*

und

T90.4 *Folgen einer Verletzung des Auges und der Orbita.*

0709a Kearns-Sayre-Syndrom

Das Kearns-Sayre-Syndrom wird kodiert mit

G31.81 *Mitochondriale Zytopathie*

und zusätzlichen Codes für die Manifestationen, wie zum Beispiel:

H49.8 *Sonstiger Strabismus paralyticus*
(Inkl.: *Kearns-Sayre-Syndrom*)

H49.4 *Ophthalmoplegia progressiva externa*

H36.8* *Sonstige Affektionen der Netzhaut bei anderenorts klassifizierten Krankheiten*

Manifestationen des Kearns-Sayre-Syndroms an anderen Organen sind zum Beispiel:

I44.- *Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock*

I45.- *Sonstige kardiale Erregungsleitungsstörungen*

S.a. DKR 0606a *Mitochondriale Zytopathie* (Seite 106)

Anmerkung: Liegt bei einem Patienten mit Kearns-Sayre-Syndrom eine mit H36.8* zu kodierende Manifestation vor, wird G31.81 als dazu gehöriger Ätiologiekode durch ein Kreuz gekennzeichnet (G31.81†). Der Stern-Kode ist unmittelbar nach dem Kreuz-Kode anzugeben.

0710a Postoperatives Hyphäma

Ein Hyphäma tritt zumeist nach einem Trauma auf, es kann jedoch ebenso postoperativ auftreten.

H21.0 *Hyphäma*

ist auch bei allen Fällen des postoperativen Hyphäma zuzuweisen.

0711a Trabekulektomie

Eine Trabekulektomie ist eine beim Glaukom durchgeführte Prozedur, bei der durch Ableitung der Augenflüssigkeit über eine Sklerafistel der Augeninnendruck gesenkt wird. Die Sklerafistelung und eine periphere Iridektomie sind definitionsgemäß **Bestandteile** der Prozedur Trabekulektomie.

Nur ein Kode aus

5-131.0 *Trabekulektomie*

ist notwendig.

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 zugrundeliegende 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

0802a Leimohr

Wenn „Leimohr“ die (einzige) Diagnose ist, ist

H65.3 *Chronische muköse Otitis media*

zu kodieren.

Wird außerdem eine seröse Otitis media diagnostiziert, ist **ausschließlich**

H65.9 *Nichteitrige Otitis media, nicht näher bezeichnet*

zu kodieren.

Falls das Ohr zum Zeitpunkt der Operation (Prozedur) trocken ist, ist nach wie vor einer dieser Kodes anzugeben.

0803a Entfernung von Paukenröhrchen

Die operative Entfernung eines Tympanotomie-Röhrchen wird kodiert mit der entsprechenden Schlüsselnummer aus

5-201 *Entfernung einer Paukendrainage.*

Bei Patienten, die **nur** zur Entfernung eines in situ verbliebenen Tympanotomie-Röhrchens aufgenommen wurden, ist

H72.9 *Trommelfellperforation, nicht näher bezeichnet*

als Hauptdiagnose zuzuweisen.

9 KRANKHEITEN DES KREISLAUFSYSTEMS

0901a Ischämische Herzkrankheit

Kodierung

Ischämische Herzerkrankungen sind in den Kategorien I20.- bis I25.- wie folgt klassifiziert:

<i>Angina pectoris</i>	(I20.-)
<i>Akuter Myokardinfarkt</i>	(I21.-)
<i>Rezidivierender Myokardinfarkt</i>	(I22.-)
<i>Bestimmte akute Komplikationen nach akutem Myokardinfarkt</i>	(I23.-)
<i>Sonstige akute ischämische Herzkrankheit</i>	(I24.-)
<i>Chronische ischämische Herzkrankheit</i>	(I25.-)

ANGINA PECTORIS (I20.-)

Kodierung

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

Fälle, bei denen eine ischämische Herzerkrankung mit Angina pectoris vorliegt, können z.B. mit

I20.9 *Angina pectoris, nicht näher bezeichnet* **und**

I25.9 *Chronische ischämische Herzkrankheit*

kodiert werden.

Patienten können eine Erkrankung der Koronararterien haben, ohne die Symptome einer Angina pectoris zu zeigen. In diesem Fall ist „Angina pectoris“ nicht zu kodieren.

Instabile Angina pectoris (I20.0)

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.-)

Kodierung

Ein als akut bezeichneter oder bis zu vier Wochen zurückliegender Myokardinfarkt ist mit einem Code aus

I21.- *Akuter Myokardinfarkt*

zu verschlüsseln.

Die Codes I21.0 bis I21.3 bezeichnen *transmurale* Infarkte.

Ein *subendokardialer* Infarkt ist mit I21.4 zu kodieren. Information zur betroffenen Stelle (Wand) enthält der Code nicht.

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 eine Infarzierung zu kodieren, die innerhalb von **vier Wochen** (28 Tagen) **nach** einem vorangegangenen Infarkt auftritt.

ANDERE AKUTE ODER SUBAKUTE FORMEN EINER ISCHÄMISCHEN HERZKRANKHEIT (I24.-)

Koronarthrombose ohne nachfolgenden Myokardinfarkt (I24.0)

Es kann, zum Beispiel durch eine kurzfristige thrombolytische Therapie und/oder einen Eingriff verhindert werden, dass eine Okklusion oder eine Thrombose der Arterie zu einem Infarkt führt.

CHRONISCHE ISCHÄMISCHE HERZKRANKHEIT (I25.-)

Atherosklerotische Herzkrankheit (I25.1)

Kodierung

An fünfter Stelle ist in der Kategorie I25.1 **die Art der betroffenen Arterie** zu verschlüsseln. Wenn der Patient bisher nicht mit einem Bypass versorgt wurde, handelt es sich in jedem Fall um eine natürliche Koronararterie. Dies ist mit

I25.11 *Atherosklerotische Herzkrankheit, natürliche Koronararterie*

zu kodieren.

Atherosklerose eines Koronarbypasses ist zu kodieren als

I25.12 *Atherosklerotische Herzkrankheit, autologer Venenbypass* **oder**

I25.13 *Atherosklerotische Herzkrankheit, nicht-autologer biologischer Bypass.*

Embolie oder nicht-atherosklerotische Okklusion eines Koronarbypasses wird kodiert als

T82.8 *Sonstige Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen.*

Alter (verheilte) 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.

Ischämische Kardiomyopathie (I25.5)

Die **ischämische** Kardiomyopathie ist mit I25.5 zu verschlüsseln.

Andere Formen der Kardiomyopathie werden mit Codes aus

I42.- *Kardiomyopathie* und

I43.-* *Kardiomyopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten*

verschlüsselt.

Andere Formen einer 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. Dieser Code beinhaltet die folgenden kardialen Krankheiten:

- Aneurysma einer Koronarvene
- Koronararterienarteriitis
- sonstige Herzkrankheit, a.n.k.
- Koronarinsuffizienz, chronisch oder mit einer angegebenen Dauer über vier Wochen

Chronische ischämische Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet (I25.9)

Dieser Code wird als „letzte Kodiermöglichkeit“ gebraucht (siehe Punkt 3).

- 1) Wenn während des aktuellen Krankenhausaufenthaltes eine ischämische Herzkrankheit behandelt wird, aber aktuell keine Eingriffe (wie z.B. Angiographie, PTCA mit oder ohne Stentimplantation oder ACBs) durchgeführt wurden, kann diese mit einem Diagnosekode aus

I25.1 *Atherosklerotische Herzkrankheit*

verschlüsselt werden, der z.B. aufgrund eines früheren Eingriffs zugeordnet wurde.

- 2) Wenn während des aktuellen Krankenhausaufenthaltes eine ischämische Herzkrankheit behandelt wird, die früher chirurgisch behandelt wurde, ist es möglich beides anzugeben: den passenden Kode aus

I25.1 *Atherosklerotische Herzkrankheit*

und entweder

Z95.1 *Vorhandensein eines aortokoronaren Bypasses* oder

Z95.5 *Vorhandensein eines Implantates oder Transplantates nach koronarer Gefäßplastik.*

Die Zuweisung eines Kodes aus I25.1 setzt in diesem Fall voraus, dass ausreichend detaillierte Angaben über den Zustand der früher eingesetzten Transplantate und der natürlichen Gefäße vorliegen.

- 3) Wenn es hierzu keine detaillierten Angaben gibt, aber die ischämische Herzkrankheit während des Krankenhausaufenthaltes behandelt wird, können

I25.9 *Chronische ischämische Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet* und

Z95.1 *Vorhandensein eines aortokoronaren Bypasses*

beide angegeben werden.

Voraussetzung für die Zuweisung der Kodes

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 Koronararterienbypass oder eine frühere Koronarangioplastie, dass diese Angaben für die aktuelle Krankenhausbehandlung **von Bedeutung** sind (siehe DKR D003b *Nebendiagnosen* (Seite 11)).

Anmerkung: Für die Abrechnung von Fallpauschalen und Sonderentgelten sind bei der Zuweisung dieser Diagnosekodes die *Übergangsregelungen* (siehe dort unter Nebendiagnosen (Seite XXII)) zu beachten.

0902a Akutes Lungenödem

Wenn ein „akutes Lungenödem“ diagnostiziert wird, ist nach der zugrundeliegenden Ursache zu kodieren. Zum Beispiel ist ein akutes kardiales Lungenödem mit

I50.1 *Linksherzinsuffizienz*

zu verschlüsseln.

S.a. die Hinweise und Exklusiva zu

J81 *Akutes Lungenödem*

in der ICD-10-SGB-V.

0903a Herzstillstand

Herzstillstand oder Herz- und Atemstillstand (I46.- *Herzstillstand*) sind **nur** zu kodieren, wenn Wiederbelebensmaßnahmen ergriffen werden, unabhängig vom Ergebnis für den Patienten.

Die verfügbaren Kodes sind:

I46.0 *Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung*

I46.1 *Plötzlicher Herztod, so beschrieben*

I46.9 *Herzstillstand, nicht näher bezeichnet*

Der Herzstillstand (I46.- *Herzstillstand*) ist **nicht** als Hauptdiagnose anzugeben, wenn die zugrundeliegende Ursache bekannt ist.

Bei Reanimation im Rahmen eines Herzstillstandes ist außerdem

8-771 *Kardiale Reanimation*

zuzuweisen.

0904a Hypertensive Herzkrankheit (I11.-)

Die folgenden Erkrankungen

I50.- *Herzinsuffizienz*

I51.5 *Myokarddegeneration*

I51.6 *Herz-Kreislauf-Krankheit, nicht näher bezeichnet*

I51.7 *Kardiomegalie*

I51.8 *Sonstige ungenau bezeichnete Herzkrankheiten*

I51.9 *Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet*

sind mit einem Kode der Kategorie I11.- *Hypertensive Herzkrankheit* zu verschlüsseln, wenn ein **kausaler Zusammenhang** zur Hypertonie besteht. In diesen Fällen ist **nur** der Kode aus der Kategorie I11.- anzugeben.

Liegen die oben genannten Erkrankungen mit Hypertonie, aber *ohne* kausale Beziehung vor, werden Hypertonie und Herzkrankheit einzeln kodiert. Die Hauptdiagnose ist entsprechend DKR D002b *Hauptdiagnose* (Seite 4) festzulegen.

0905a Hypertensive Nierenerkrankung (I12.-)

Die folgenden Erkrankungen

- N18.- *Chronische Niereninsuffizienz*
 N19 *Nicht näher bezeichnete Niereninsuffizienz oder*
 N26 *Schrumpfniere, nicht näher bezeichnet*

sind mit einem Kode der Kategorie

I12.- *Hypertensive Nierenkrankheit*

zu verschlüsseln, wenn ein **kausaler Zusammenhang** zur Hypertonie besteht. In diesen Fällen ist **nur** der Kode aus der Kategorie I12.- anzugeben.

Liegen die oben genannten Erkrankungen mit Hypertonie, aber *ohne* kausale Beziehung vor, werden Hypertonie und Nierenkrankheit einzeln kodiert. Die Hauptdiagnose ist entsprechend DKR D002b *Hauptdiagnose* (Seite 4) festzulegen.

0906a Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit (I13.-)

Die Codes der kombinierten Kategorie

I13.- *Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit*

sind zuzuordnen, wenn sowohl *hypertensive Herzkrankheit* (I11.-) als auch *hypertensive Nierenkrankheit* (I12.-) vorliegen.

0907a Sekundäre Hypertonie (I15.-)

Diese Codes sind zu verwenden, wenn eine Hypertonie bezeichnet wird als „sekundär“ oder „aufgrund“ einer anderen Erkrankung, so z.B. bei Stenose einer Nierenarterie (I15.0 *Renovaskuläre Hypertonie*) oder Phäochromozytom (I15.2 *Hypertonie als Folge von endokrinen Krankheiten*).

0908a Koronararterienbypass

Zur Kodierung der Diagnosen siehe DKR 0901a *Ischämische Herzkrankheit* (Seite 117).

Kodierung der Prozeduren

Basis der Kodierung eines Koronararterienbypass ist die **Anzahl der versorgten Koronararterien** und der **Typ des Bypassmaterials** (Graft) (z.B. die Vena saphena, die A. mammaria interna oder anderes Material). Es ist nicht notwendig, die Entnahme des Gefäßes zu kodieren, da diese im Prozedurenkode für den Bypass eingeschlossen ist.

Im OPS-301 stehen zur Verschlüsselung die Viersteller

- 5-361 *Anlegen eines aortokoronaren Bypass* und
 5-362 *Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik*

zur Verfügung.

Die Codes aus 5-361 verschlüsseln an 5. Stelle die Anzahl der Bypässe, die Codes aus 5-362 sowohl die Anzahl der Bypässe als auch den Zugang.

An 6. Stelle wird bei **beiden** Vierstellern die Art des Transplantates kodiert.

Sofern ein Patient mit einer Kombination aus arteriellen und venösen Bypässen versorgt wird, sind die entsprechenden Einzelkodes zu verwenden (siehe Beispiel 2).

Sequential (Skip-) Bypass

Hierbei wird ein Bypassgefäß benutzt, um mehrere Koronargefäße zu versorgen (siehe Beispiel 1).

Beispiel 1

Die Koronarrevaskularisation wird erreicht mit vier V. saphena Grafts; Aorta zum Diagonalast der linken Koronararterie und in aufeinanderfolgender Weise zur marginalen Verzweigung des R. circumflexus, zur rechten Koronararterie und zur linken absteigenden Koronararterie.

Diese Operation kann auch so dokumentiert werden:

ACBx4
 SVG → D1
 SVG → OM1 → RCA → LAD

Prozedur(en): 5-361.31 *Anlegen eines aortokoronaren Bypass, Bypass vierfach, mit autogenen Venen*

Beispiel 2

Die linke A. mammaria interna wurde zur LAD geführt und V. saphena Grafts wurden verwendet, um Blut von der Aorta zur marginalen Verzweigung des Ramus circumflexus und zum Diagonalast zu bringen.

ACBx3
 LIMA → LAD
 SVG: Ao → OM1
 Ao → D1

Prozedur(en): 5-361.03 *Anlegen eines aortokoronaren Bypass, Bypass einfach, mit autogenen Arterien*

5-361.11 *Anlegen eines aortokoronaren Bypass, Bypass zweifach, mit autogenen Venen*

Bypassoperationen in minimal-invasiver Technik

Die Bezeichnung minimal invasive Herzchirurgie bezieht sich einerseits auf einen kleineren Zugang als der standardgemäßen medianen Sternotomie und andererseits auf den Verzicht des HLM-Einsatzes.

Das Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik ist mit der zutreffenden Schlüsselnummer aus

5-362 *Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik* zu kodieren.

Falls bei einem Eingriff dieses Typs die Herz-Lungen-Maschine verwendet wird, ist dies gesondert zu kodieren.

Zusätzliche Prozeduren im Zusammenhang mit Bypassoperationen

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-301 gekennzeichnet. Wenn die Anwendung der Herz-Lungen-Maschine **nicht** im Operationskode enthalten ist, ist sie mit der passenden Schlüsselnummer aus

8-851 *Operativer äußerer Kreislauf (bei Anwendung der Herz-Lungen-Maschine)*

zu kodieren.

Die Anwendung der HLM mit Hypothermie ist zu verschlüsseln, wenn sie nicht im Prozedurenkode enthalten ist:

8-851.1 *Operativer äußerer Kreislauf (bei Anwendung der Herz-Lungen-Maschine) mit milder Hypothermie* oder

8-851.2 *Operativer äußerer Kreislauf (bei Anwendung der Herz-Lungen-Maschine) mit tiefer Hypothermie*

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 0911b *Schrittmacher/Defibrillatoren* (Seite 125)).

ACBs: Reoperation

Kodierung der Diagnosen

Als Hauptdiagnose ist die Herzerkrankung oder die Ursache für die Reoperation anzugeben (s.a. DKR 0909a *Revisionen oder Reoperationen* (Seite 124)).

Beispiel 3

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):	I25.12	<i>Atherosklerotische Herzkrankheit: Autologer Venenbypass</i>

Die Codes

I25.12 *Atherosklerotische Herzkrankheit, autologer Venenbypass*

oder

I25.13 *Atherosklerotische Herzkrankheit, nicht-autologer biologischer Bypass*

sind **nur** zu verwenden, wenn der Bypass selbst betroffen ist. In diesem Fall ist es **nicht** erforderlich,

Z95.1 *Vorhandensein eines aortokoronaren Bypasses*

als Zusatzdiagnose anzugeben.

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

I25.11 *Atherosklerotische Herzkrankheit, natürliche Koronararterie*

zusammen mit

Z95.1 *Vorhandensein eines aortokoronaren Bypasses*

zu kodieren.

Anmerkung: Für die Abrechnung von Fallpauschalen und Sonderentgelten sind bei der Zuweisung des Diagnosekodes Z95.1 *Vorhandensein eines aortokoronaren Bypasses* die *Übergangsregelungen* (siehe dort unter Nebendiagnosen (Seite XXII)) zu beachten.

Kodierung der Prozeduren

Die Reoperation ist ein erneuter Eingriff nach vorausgegangener Herzoperation mit Eröffnung des Perikards oder offener Operation an Herzklappen.

Reoperationen sind komplexer und mit größeren technischen Schwierigkeiten verbunden als die ursprüngliche Herzoperation. Daraus resultiert ein deutlicher Mehrverbrauch an Ressourcen.

Grundsätzlich ist bei jeder Bypass-Reoperation zusätzlich zu den spezifischen Bypasskodes (5-361 oder 5-362) der Kode

5-379.5 *Andere Operationen an Herz und Perikard: Reoperation*

anzugeben. Diese Kodieranweisung stellt somit eine Ausnahme zu DKR P013b *Wiedereröffnung eines Operationsgebietes/Reoperation* (Seite 53) dar (s.a. DKR 0909a *Revisionen oder Reoperationen* (Seite 124))

Wird ein vorhandener Bypass revidiert oder neu angelegt, sind zusätzlich die Codes

5-363.1 *Koronararterienbypass-Revision*

oder

5-363.2 *Koronararterienbypass-Neuanlage*

zuzuweisen.

Wenn bei Operationen, bei denen dies nicht grundsätzlich der Fall ist (5-362), eine Herz-Lungen-Maschine benutzt wurde, ist zusätzlich ein Kode aus

8-851 *Operativer äußerer Kreislauf (bei Anwendung der Herz-Lungen-Maschine)*

anzugeben.

0909a Revisionen oder Reoperationen

Die Reoperation ist ein erneuter Eingriff nach vorausgegangener Herzoperation mit Eröffnung des Perikards oder offener Operation an Herzklappen.

Reoperationen sind komplexer und mit größeren technischen Schwierigkeiten verbunden als die ursprüngliche Herzoperation. Daraus resultiert ein deutlicher Mehrverbrauch an Ressourcen.

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. Diese Kodieranweisung stellt somit eine Ausnahme zur DKR P013b *Wiedereröffnung eines Operationsgebietes/Reoperation* (Seite 53) dar. Bei Bypass-Reoperationen siehe DKR 0908a *Koronararterienbypass* (Seite 121).

Beispielcodes

für Reoperationen/Revisionen sind:

5-363.1 *Koronararterienbypass–Revision*
5-394.7 *Ersatz eines kardialen Conduit*

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*

0910a Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO)

Jede Anwendung der ECMO ist mit

8-852 *Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO)*
zu kodieren.

0911b Schrittmacher/Defibrillatoren

Kodierung

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

Die Codes für die **Implantation** eines Schrittmachers sind:

- 5-377.1 *Implantation eines Herzschrittmachers, Einkammersystem (Vorhof oder Ventrikel)*
- 5-377.2 *Implantation eines Herzschrittmachers, Zweikammersystem, mit einer Schrittmacher-sonde (Vorhof oder Ventrikel)*
- 5-377.3 *Implantation eines Herzschrittmachers, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmacher-sonden (Vorhof oder Ventrikel)*
- 5-377.4 *Implantation eines Herzschrittmachers, Dreikammersystem (biventrikuläre Stimulation)*
- 5-377.0 *Implantation eines Herzschrittmachers, n.n.bez.*

Die Implantation der Sonden ist in diesen Codes enthalten.

Wenn eine **temporäre Sonde entfernt wird und ein permanenter Schrittmacher implantiert wird**, ist der permanente Schrittmacher als Erstimplantation zu kodieren, nicht als Ersatz.

Das Einsetzen einer VDD-Elektrode zum atrialen Sensing und ventrikulärem Sensing und Pacing (Stimulation) wird mit

- 5-377.2 *Implantation eines Herzschrittmachers, Zweikammersystem mit einer Schrittmacher-sonde (Vorhof oder Ventrikel)*

kodiert.

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. In diesem Kode ist die **Reprogrammierung** eines permanenten Schrittmachers (Frequenzanpassung, Wechsel des Modus) mit eingeschlossen.

Die operative Systemumstellung eines permanenten Schrittmachers/Defibrillators ist zu kodieren mit dem passenden Schlüssel aus

- 5-378.9 *Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators, Systemumstellung.*

Der Ersatz eines permanenten Schrittmachers/Defibrillators ist mit dem passenden Kode aus

- 5-378 *Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators*
zu verschlüsseln.

Bei **Aufnahme zum Aggregatwechsel** eines Herzschrittmachers ist

Z45.0 *Anpassung und Handhabung eines künstlichen Herzschrittmachers*
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.*

Das **Schrittmachersyndrom** wird kodiert mit:

I97.1 *Sonstige Funktionsstörungen nach kardiochirurgischem Eingriff.*

Einem **Patienten mit Schrittmacher** ist der Kode

Z95.0 *Vorhandensein eines künstlichen Herzschrittmachers*

zuzuweisen, mit Ausnahme der Fälle, bei denen der Schrittmacher während des Krankenhausaufenthaltes justiert wird.

Temporäre Schrittmacher

Die Anwendung eines temporären Schrittmachers ist zu verschlüsseln mit:

- 8-641 *Temporäre externe elektrische Stimulation des Herzrhythmus*
8-642 *Temporäre interne elektrische Stimulation des Herzrhythmus*

Die Implantation von temporären Schrittmacherelektroden sowie das Justieren, die Repositionierung, Manipulation oder Entfernung einer temporären Schrittmacherelektrode wird nicht kodiert, da dies bereits durch die Anwendung abgebildet ist.

8-643 *Elektrische Stimulation des Herzrhythmus, intraoperativ*

ist nur bei solchen Operationen gesondert zu kodieren, bei denen die elektrische Stimulation des Herzens üblicherweise **nicht** durchgeführt wird.

Defibrillatoren

Implantation eines Defibrillators

- 5-377.5 *Implantation eines Defibrillators mit Einkammer-Stimulation*
5-377.6 *Implantation eines Defibrillators mit Zweikammer-Stimulation*
5-377.7 *Implantation eines Defibrillators mit Dreikammer-Stimulation (biventrikulär)*

Überprüfung eines Defibrillators

1-266.1 *Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt, bei implantiertem Kardioverter/Defibrillator (ICD)*

Aufnahme zum Aggregatwechsel eines Defibrillators

Z45.0 *Anpassung und Handhabung eines künstlichen Herzschrittmachers*

Hinweis: In der nächsten Ausgabe der ICD-10-SGB-V wird der Kode Z45.0 angepasst und ein entsprechendes Inklusivum enthalten.

Nebendiagnosekode bei Aufnahmen, die nicht im Zusammenhang mit dem Defibrillator stehen:

Z95.8 *Vorhandensein von sonstigen kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten*

0912a Chirurgisch angelegte arteriovenöse Fistel/Shunt

Arteriovenöse Fistel (bzw. interner arteriovenöser Shunt):

Für die Herstellung einer AV-Fistel ist der passende Kode aus

5-392 *Anlegen eines arteriovenösen Shuntes*

anzugeben.

Externer arteriovenöser Shunt:

Für das Einsetzen eines AV-Shunts ist

5-392.0 *Anlegen eines arteriovenösen Shuntes, äußerer AV-Shunt*

anzugeben.

Behandlung einer AV-Fistel- oder Shunt-Thrombose

Thrombosierte AV-Fisteln und Shunts können operativ oder selektiv intravasal dekoaguliert werden.

Die **operative Methode** umfasst das Öffnen der Fistel oder des Shunts und das Beseitigen des Blutgerinnsels (Thrombektomie).

Der Kode hierfür ist

5-394.5 *Revision eines arteriovenösen Shuntes.*

Selektiv intravasale Methoden sind die selektive Thrombolyse und die Ballonangioplastie.

- Die Behandlung einer AV-Fistel- oder einer Shunt-Thrombose unter Verabreichung eines thrombolytischen Mittels ist mit
8-836.7e *Perkutan-transluminale selektive Thrombolyse künstlicher Gefäße*
zu verschlüsseln.
- Die Behandlung einer AV-Fistel-Thrombose mittels der Ballonangioplastie ist mit
8-836.0e *Perkutan-transluminale Ballonangioplastie künstlicher Gefäße*
zu verschlüsseln.

Korrektur einer Stenose einer AV-Fistel

Die Beseitigung einer Stenose an einer arteriovenösen Fistel erfolgt entweder durch die Dilatation der Stenose mittels Ballonangioplastie

8-836.0e *Perkutan-transluminale Ballonangioplastie künstlicher Gefäße*

oder durch Revision der Stenose durch Inzision, Abbinden oder Reanastomose der Fistel

5-394.5 *Revision eines arteriovenösen Shuntes.*

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 Shuntes.*

10 KRANKHEITEN DES ATMUNGSSYSTEMS

1001b 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.

Bei **Neugeborenen** sind darüber hinaus auch andere atmungsunterstützende Maßnahmen zu verschlüsseln (siehe Punkt 3).

Kodierung

Wenn eine maschinelle Beatmung die obige Definition erfüllt, ist

1) zunächst die **Dauer** der künstliche Beatmung zu kodieren:

8-718.0	Dauer der maschinellen Beatmung bis 24 Stunden
8-718.1	Dauer der maschinellen Beatmung über 24 bis unter 96 Stunden
8-718.2	Dauer der maschinellen Beatmung 96 Stunden bis unter 11 Tage
8-718.3	Dauer der maschinellen Beatmung 11 Tage und mehr
8-718.y	Dauer der maschinellen Beatmung, n.n.bez.

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 Code 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 Code aus

8-711	Maschinelle Beatmung bei Neugeborenen
-------	---------------------------------------

anzugeben.

Anmerkung: Bei Neugeborenen sind darüber hinaus auch andere atmungsunterstützende Maßnahmen wie z.B. Sauerstoffzufuhr (8-720) zu verschlüsseln, soweit nicht eine maschinelle Beatmung erfolgt. Hier ist die Beatmungsdauer nicht zu kodieren (s.a. „Sauerstofftherapie“ in DKR 1603a *Besondere Maßnahmen für das kranke Neugeborene* (Seite 169))

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 und dann entsprechend mit **einem** Code aus 8-718 zu kodieren. Als Bezugsdatum ist der Tag der ersten Leistung zu wählen (s.a. DKR P012a *Prozeduren, unterschieden auf der Basis von Größe, Zeit oder Anzahl* (Seite 52) und DKR P005b *Multiple/Bilaterale Prozeduren* (Seite 45)).

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 (Seite 133)).

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 (Seite 133)).

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.

Nachfolgende Perioden der maschinellen Beatmung

Nachdem die maschinelle Beatmung beendet wurde, kann sich der Zustand des Patienten verschlechtern und eine neuerliche Beatmungsperiode während desselben Krankenhausaufenthaltes erfordern. In diesen Fällen sind die Beatmungszeiten zunächst zu erfassen, bei Entlassung zu addieren und **die Summe zur nächsten ganzen Stunde aufgerundet einmal für den gesamten Aufenthalt zu kodieren**. Als Bezugsdatum ist der Tag der ersten Leistung zu wählen (s.a. DKR P012a *Prozeduren, unterschieden auf der Basis von Größe, Zeit oder Anzahl* (Seite 52) und DKR P005b *Multiple/Bilaterale Prozeduren* (Seite 45)).

Verlegte Patienten**Beatmete und/oder intubierte Patienten**

Wenn ein **beatmeter** Patient verlegt wird, finden die folgenden Grundregeln Anwendung:

Das verlegende Krankenhaus gibt die zutreffenden Codes an:

- für die Beatmungsdauer (8-718)
- 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 kodiert die Dauer der Beatmung (8-718), 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 die Anwendung von CPAP sowie die Beatmungsdauer **nicht** zu verschlüsseln.

Wenn CPAP als Entwöhnungsmethode von der Beatmung verwendet wird, ist 8-711.0 **nicht zu verwenden**; die Beatmungsdauer ist hingegen zu berücksichtigen (s.o.). In diesen Fällen ist die Anwendung der Prozedur mit 8-718 zu kodieren, d.h. zur gesamten Beatmungsdauer dazuzurechnen (s.o.: Definition der „maschinellen Beatmung“; „Methode der Entwöhnung“; „Dauer der Entwöhnung“).

1002a Asthma bronchiale**Kodierung**

- a) Ein Kode aus der Kategorie

J45.- *Asthma bronchiale*

*Exkl.: Akutes schweres Asthma bronchiale (J46)
Chronische asthmatische (obstruktive) Bronchitis (J44.-)
Chronisches obstruktives Asthma bronchiale (J44.-)
Eosinophiles Lungeninfiltrat mit Asthma bronchiale (J82)
Lungenkrankheiten durch exogene Substanzen (J60-J70)
Status asthmaticus (J46)*

wird zugewiesen bei Diagnosen wie „Asthma“, „schweres Asthma“, „akutes Asthma“, d.h. bei anfallsweisem Auftreten von Atemnot durch eine *vollständig reversible* Bronchialverengung.

- b) Die Schlüsselnummer

J46 *Status asthmaticus [Akutes schweres Asthma bronchiale]*

wird bei einem „akuten schweren“ oder „therapierefraktären“ Asthma bronchiale zugewiesen.

c) Ein Kode aus der Kategorie

J44.- *Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung*

wird zugewiesen bei Asthma, das als **chronisch obstruktiv** beschrieben wird, oder bei Asthma mit COLD. Ein Kode aus der Kategorie J45.- *Asthma bronchiale* ist in solchen Fällen **nicht** zu verwenden, wie die Exklusiva bei J45.- (s.o.) anzeigen.

1003a Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COLD)

Asthma, das als „chronisch obstruktiv“ bezeichnet wird, oder „Asthma mit COLD“

ist mit einem Kode aus

J44.- *Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung*

zu verschlüsseln.

Ein Kode aus J45.- *Asthma bronchiale* ist in solchen Fällen nicht zu verwenden, wie die Ausschlusshinweise bei J45.- anzeigen. (s.a. DKR 1002a *Asthma bronchiale* (Seite 134)).

Die **akute Exazerbation** einer COLD ist mit

J44.1 *Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet*

zu kodieren. Eine getrennte Kodierung der akuten und der chronischen Komponente ist nicht erforderlich.

Eine **infektiöse Verschlechterung** der COLD ist mit

J44.0 *Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Infektion der unteren Atemwege*

zu verschlüsseln, es sei denn, der infektiöse Zustand stellt ein eigenes Krankheitsbild dar, wie z.B. eine Pneumonie. In diesem Fall ist die Pneumonie als Nebendiagnose zu kodieren.

Anmerkung: Wenn Emphysem und COLD vorliegen, ist nur ein Kode aus der Kategorie

J44.- *Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung*

anzugeben.

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.

1104a Helicobacter/Campylobacter

Diese Begriffe bezeichnen **unterschiedliche Erreger**, die verschiedene Erkrankungen verursachen und demzufolge unterschiedlich kodiert werden.

Helicobacter pylori (*H. pylori*) wird dann kodiert, wenn die nachgewiesene Erkrankung mit *H. pylori* assoziiert ist.

Beispiel 1

Der Patient wird zu einer Endoskopie des oberen Gastrointestinaltraktes aufgenommen. Eine Biopsie wird im Magen entnommen.

Befund: chronisches Magenulkus mit positivem Test auf *H. pylori*.

Hauptdiagnose: K25.7 *Ulcus ventriculi, chronisch ohne Blutung oder Perforation*

Nebendiagnose(n): B96.81! *Helicobacter pylori [H.pylori] als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind*

Prozedur(en): 1-632 *Diagnostische Ösophagogastrroduodenoskopie*
1-440.1 *Endoskopische Biopsie am Magen*

Eine **Campylobacter**-Infektion im Gastrointestinaltrakt ist mit

A04.5 *Enteritis durch Campylobacter*

zu kodieren.

Eine Campylobacter-Infektion kann (selten) **außerhalb** des Gastrointestinaltraktes auftreten, besonders in den Meningen, der Gallenblase, als Gefäßinfektion, Bakteriämie oder Abszess, und kann bei Patienten mit chronischem Nierenversagen oder Nierendialyse eine Peritonitis verursachen. In solchen Fällen wird die **Erkrankung** (z.B. bakterielle Meningitis) kodiert.

1105a 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.

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 Codes mit der Modifikation „mit einer Blutung“ aus, auch nicht die Zuweisung eines Codes der Kategorie K92.- (*Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems*) in den Fällen, in denen der Grund für die vorher stattgefundene Blutung nicht bestimmt werden konnte.

1106a Peranale Blutung

Wenn eine Untersuchung die aktuelle Blutungsquelle **nicht** bestimmen kann oder die Untersuchung nicht durchgeführt wurde, ist eine „Peranale Blutung“ als

K92.2 *Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet*

zu kodieren.

K62.5 *Hämorrhagie des Anus und des Rektums*

ist in diesem Fall **nicht** zuzuweisen.

1107a Dehydratation bei Gastroenteritis

Bei Einweisungen zur Behandlung von Gastroenteritis mit Dehydratation wird die Gastroenteritis als Hauptdiagnose und „Dehydratation“ (E86 *Volumenmangel*) als Nebendiagnose angegeben.

12 KRANKHEITEN DER HAUT UND DER UNTERHAUT

1201a Phlegmone

Wenn eine Phlegmone zusammen mit einer offenen Wunde oder einem Hautgeschwür auftritt, ist die komplikationsauslösende Wunde bzw. das Hautgeschwür (Ulkus) **vor** Phlegmone zu kodieren, wenn die Wunde oder das Ulkus behandelt wird.

Wird aktuell die Phlegmone behandelt, ist Phlegmone **vor** der komplikationsauslösenden Wunde zu kodieren.

Phlegmone im Orbita- oder Periorbitalbereich

Es ist zwischen periorbitaler und orbitaler Phlegmone zu differenzieren, da diese Krankheitszustände unterschiedlich kodiert werden.

Der Ausdruck „Phlegmone im Periorbitalbereich“ wird üblicherweise benutzt, wenn die Infektion nur das Gewebe um das Auge herum betrifft; das Augenlid kann mitbetroffen sein, das Auge selbst aber nicht. „Phlegmone im Periorbitalbereich“ ist mit

L03.2 *Phlegmone im Gesicht*

zu kodieren. Zusätzlich ist

H00.0 *Hordeolum und sonstige tiefe Entzündung des Augenlides*

anzugeben, wenn das Augenlid mitbetroffen ist (in Kategorie L03 *Phlegmone* ist die Entzündung des Augenlides ausgeschlossen).

Die Diagnose einer „Phlegmone im Orbitabereich“ wird gestellt, wenn eine akute Entzündung der Weichteile der Augenhöhle vorliegt, die sich auf das Auge ausweiten kann. Sie ist mit

H05.0 *Akute Entzündung der Orbita*

zu kodieren.

1202a Versorgung einer Verletzung der Haut und des subkutanen Gewebes

Die Versorgung einer Verletzung der Haut (oberflächlich oder tief) durch Wundnaht wird kodiert mit einer Schlüsselnummer aus

5-900 *Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut.*

Für die Verschlüsselung der Lokalisation an 6. Stelle steht die Liste unter 5-90 zur Verfügung.

Handelt es sich um Verletzungen der Weichteile im Gesicht, wird ein Kode aus

5-778 *Rekonstruktion der Weichteile im Gesicht*

zugewiesen. Diese Kategorie enthält Codes, die zwischen oberflächlicher (Naht, einschichtig) und tieferer Wundversorgung (Naht, mehrschichtig) unterscheiden.

Zur detaillierten Kodierung von Verletzungen siehe Kapitel 19 *Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen* (Seite 177).

1203a Destruktion/Exzision einer Neubildung der Haut

Multiple Exzisionen von Hautläsionen sind nur **einmal** während einer **Sitzung** zu kodieren, wenn diese bezüglich der Lokalisation an gleicher Stelle kodierbar sind (siehe DKR P005b *Multiple/Bilaterale Prozeduren* (Seite 45), Beispiel 1).

1204a Kraniofaziale Eingriffe

Der Begriff **Resektion** in den Vierstellern

5-772 *Partielle und totale Resektion der Mandibula*

und

5-771 *Partielle und totale Resektion eines Gesichtschädelknochens* (u.a. Maxilla)

bezieht sich in erster Linie auf die Exzision von Tumoren einschließlich der umgebenden Weichteile.

Eine **Rekonstruktion**, die zusammen mit der Resektion durchgeführt wird, wird in der 6. Stelle kodiert.

Werden Resektionen von Gesichtsknochen im Rahmen von komplexen Weichteilresektionen und Rekonstruktionen im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich durchgeführt, sind sie teilweise als Kombinationskodes in den Kapiteln für die Weichteiloperationen enthalten, zum Beispiel

5-278.2 *Resektion der Wange mit plastischer Rekonstruktion, mit partieller Resektion der Mandibula.*

Knochentransplantationen, bei denen der Knochen an der betroffenen Lokalisation im Gesicht gewonnen wird, sind jeweils im Kode für die Rekonstruktion enthalten. Für Knochen- und Kiefertransplantate, 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.

1205a Plastische Chirurgie

Der Einsatz plastischer Chirurgie kann aus kosmetischen oder medizinischen Gründen erfolgen. Bei Operationen aus medizinischen Gründen ist der Krankheitszustand, der Grund für den Eingriff war, als Hauptdiagnose zu kodieren. Ein zusätzlicher „Z-Kode“ kann als Nebendiagnose angegeben werden, um den elektiven Charakter des Eingriffs anzuzeigen.

Die folgenden Beispiele beschreiben Fälle der plastischen Chirurgie, bei denen der Grund für den Eingriff rein kosmetisch sein kann (dann ist ein „Z-Kode“ die Hauptdiagnose) und solche Fälle, die aus medizinischen Gründen durchgeführt werden. Hier ist der Kode für den krankhaften Zustand (z.B. Narbenschmerzen) oder den Risikofaktor (z.B. bösartige Neubildung in der Familienanamnese) als Hauptdiagnose anzugeben.

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.**

Nur wenn eine konkrete Diagnose fehlt, ist

Z40.00 *Prophylaktische Operation wegen Risikofaktoren in Verbindung mit bösartigen Neubildungen, Brustdrüse[Mamma]*

oder

Z40.8 *Sonstige prophylaktische Operation*

als Hauptdiagnose zuzuweisen.

1206a Blepharoplastik

Eine kosmetische Blepharoplastik ist mit dem passenden Kode aus

5-097 *Blepharoplastik*

zu verschlüsseln.

Wenn der Ausdruck „Blepharoplastik“ benutzt wird, um „Rekonstruktion“ eines Augenlides/ der Augenlider zu bezeichnen, ist auf den entsprechenden Eintrag unter

5-09 *Operationen an den Augenlidern*

zurückzugreifen. Für die Festlegung der Hauptdiagnose gilt DKR 1205a *Plastische Chirurgie* (Seite 142).

1207b Hauttransplantation

Bei Hauttransplantationen ist der Kode für die **Entnahme des Transplantates** nur anzugeben, wenn dieser Eingriff in einer **gesonderten Sitzung** erfolgt. Dies betrifft die OPS-Kodes:

5-901 *Freie Hauttransplantation, Entnahmestelle*

5-904 *Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Entnahmestelle*

5-924 *Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen, Entnahmestelle*

Hinweis: Diese Kodierrichtlinie modifiziert die Hinweise des OPS-301 „Entnahme- und Empfängerstelle sind gesondert zu kodieren“ in den Gruppen 5-90 *Operative Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut* und 5-92 *Operationen an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen*.

13 KRANKHEITEN DES MUSKEL-SKELETT-SYSTEMS UND DES BINDEGEWEBES

1301a Chronischer Kreuzschmerz

Wenn die zugrundeliegende Ursache bekannt ist, ist **nur diese** zu kodieren. Wenn die zugrundeliegende Ursache nicht bekannt ist, wird in Abhängigkeit vom klinischen Bild (Schmerzlokalisation)

M54.5 *Kreuzschmerz*

oder

M54.4 *Lumboischialgie*

zugewiesen.

1302a Bandscheibenprolaps

Wenn die Diagnose „Bandscheibenprolaps“ (d.h. Dislokation der Zwischenwirbelscheibe oder Vorfall) als Folge einer akuten Verletzung gestellt wird, ist ein Kode aus einer der Kategorien anzugeben, die die Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern betreffen:

S13.- *Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Halshöhe*

S23.- *Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern im Bereich des Thorax*

S33.- *Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern im Bereich der Lendenwirbelsäule und des Beckens.*

Wenn die Diagnose nicht auf eine frische Verletzung zurückgeführt wird, wird ein Kode aus

M50.0† *Zervikaler Bandscheibenschaden mit Myelopathie (G99.2*)*

M50.1 *Zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie*

M50.2 *Sonstige zervikale Bandscheibenverlagerung*

oder

M51.0† *Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Myelopathie (G99.2*)*

M51.1 *Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie*

M51.2 *Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung*

verwendet.

Gegebenenfalls sind Codes für Spätfolgen anzugeben. Da es häufig schwierig ist, einen „Bandscheibenvorfall“ mit einer bestimmten Verletzung in Zusammenhang zu bringen, sind die meisten Fälle mit M50.0, .1, .2 oder M51.0, .1, .2 zu kodieren.

1303a Bandscheibenläsion

Die Kategorie

M51.9 *Bandscheibenschaden, n.n.bez.*

ist nach Möglichkeit **nicht** zu verwenden, sondern durch eine spezifische Diagnose aus den Kategorien M50.- oder M51.- zu ersetzen.

1304a Retrolisthese

Die Retrolisthese (die seltene Verschiebung eines Wirbelkörpers nach hinten) ist mit

M43.1 *Spondylolisthesis*
[0-9]

und Lokalisation an 5. Stelle

oder mit

Q76.21 *Angeborene Spondylolisthesis*

zu verschlüsseln.

1305a Spondylodese

Eine Spondylodese kann mit oder ohne innere Fixierung durchgeführt werden. Für diese Prozedur stehen Schlüsselnummern aus

5-836 *Spondylodese*

zur Verfügung.

Es ist wichtig zu berücksichtigen, dass es gesonderte Codes für Spondylodese bei Skoliose und Kyphose gibt:

5-837 *Wirbelkörperersatz und komplexe Rekonstruktion der Wirbelsäule (z.B. bei Kyphose)*

5-838 *Andere komplexe Rekonstruktionen der Wirbelsäule (z.B. bei Skoliose)*

Eine durchgeführte Osteosynthese („innere Fixierung“) ist zusätzlich zu kodieren mit dem passenden Kode aus

5-835 *Osteosynthese an der Wirbelsäule.*

Hinweis: Laut OPS-301 ist für sämtliche Codes aus 5-83 *Operationen an der Wirbelsäule* der Zugang gesondert zu kodieren (5-030 ff.).

1306a Luxation einer Hüftendoprothese

Der Fall eines Patienten mit traumatisch ausgerenkter Hüftendoprothese ist mit einem Kode aus

S73.0 *Luxation der Hüfte*

zu kodieren mit

Z96.6 *Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten*

als Nebendiagnose.

Die **geschlossene** Reposition einer ausgerenkten Hüftendoprothese ist mit
8-201.g *Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese, Hüftgelenk*
zu verschlüsseln.

Eine **offene** Reposition ist mit einem Kode aus
5-79b *Offene Reposition einer Gelenkluxation*
zu verschlüsseln.

Ein Kode der Kategorie

T84 *Komplikation durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate*
ist unter den folgenden Umständen zu verwenden:

- wenn ein mechanisches Versagen auf Grund von fehlerhaften Prothesekomponenten bzw. zu straffen oder zu losen Bändern vorliegt.
- wenn der Grund für die Aufnahme eine Revision des Hüftersatzes ist.

1307a Meniskus-/Bänderriss

Bei den Diagnosen Meniskusriss oder Bänderriss hängt die Kodierung davon ab, ob es sich um eine akute oder alte Verletzung handelt. Ein akuter Riss z.B. des Meniskus ist mit

S83.2 *Akuter Meniskusriss,*

eine alte Verletzung dagegen mit einem Kode aus

M23.2 *Meniskusschädigung durch alten Riss oder alte Verletzung*
[0-6,9]

oder

M23.3 *Sonstige Meniskusschädigungen*
[0-6,9]

zu kodieren.

1308a Weichteilverletzungen

Eine Diagnose wie „Verletzung der Weichteile“ ist ungenau und sollte näher spezifiziert werden.

Kapitel XIX der ICD-10-SGB-V klassifiziert Verletzungen nach der Lokalisation und der Art der Verletzung (z.B. offene Wunde, Fraktur oder Zerrung). Wenn die Art der Verletzung der Weichteile nicht geklärt werden kann, ist sie als „oberflächliche Verletzung“ nach ihrer Lokalisation zu kodieren und **nicht als** „offene Wunde“.

1309a Kompartmentsyndrom

Das Kompartmentsyndrom ist eine Erkrankung der Muskelloggen, die sowohl mit als auch ohne Verletzung vorkommen kann. Der Kode

T79.6 *Traumatische Muskelischämie*

ist bei einer traumatischen Ursache zuzuordnen. Hingegen ist ein Kode aus

M62.8 *Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten*
[0-9]

bei nichttraumatischen Ursachen unter Angabe der Lokalisation an 5. Stelle zu kodieren.

14 KRANKHEITEN DES UROGENITALSYSTEMS

1401a 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 darauffolgenden Tag) hat die Hauptdiagnose

Z49.1 *Extrakorporale Dialyse.*

Als Nebendiagnose ist außerdem die zugrundeliegende 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* ist als Nebendiagnose anzugeben, wenn es sich um eine Aufnahme speziell zur Dialyse handelt.

Prozeduren

Für die Nierendialyse ist/sind der/die zutreffende(n) Prozedurenkode(s) aus

8-853 *Hämofiltration*

8-854 *Hämodialyse*

8-855 *Hämodiafiltration*

8-857 *Peritonealdialyse*

anzugeben, und zwar so oft, wie diese Prozeduren während des stationären Aufenthaltes durchgeführt wurden.

1402a Hydrozele

Hydrozelen, die bei Geburt vorhanden sind, sind als „kongenital“ zu kodieren:

P83.5 *Angeborene Hydrozele*

Hydrozelen, die erst im späteren Alter auftreten, sind mit dem entsprechenden Kode aus der Kategorie

N43 *Hydrozele und Spermatozele*

zu verschlüsseln.

Operation einer Hydrozele

Bei **Kindern** besteht die Operation im Verschließen des offenen Ganges (wie bei einem indirekten Leistenbruch); sie ist als einseitige Leistenbruchoperation zu kodieren mit einem Kode aus

5-530 *Verschluss einer Hernia inguinalis.*

Bei **Erwachsenen** kommunizieren die Hydrozelen in der Regel nicht mit dem Bauchraum, und die Operation der Hydrozele kann entweder den Samenstrang oder die Tunica vaginalis betreffen. In diesem Fall ist

5-611 *Operation einer Hydrocele testis*

zuzuweisen.

1403a Humanes Papilloma Virus (HPV)

1. HPV-Infektion mit anderen Manifestationen als Warzen

Wenn eine HPV-Infektion mit einer anderen Krankheit als Warzen verbunden ist, ist der spezifische Kode für die vorliegende Krankheit **vor** dem Kode

B97.7! *Papillomaviren als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind*

anzugeben.

Beispiel 1

Eine Patientin kommt zur Abklärung eines suspekten Zervixbefundes. Zervixbiopsie und Diathermie wurden durchgeführt mit dem histologischen Ergebnis: Dysplasie 1. Grades mit HPV-Beteiligung.

Hauptdiagnose:	N87.0	<i>Niedriggradige Dysplasie der Cervix uteri</i>
Nebendiagnose(n):	B97.7!	<i>Papillomaviren als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind</i>
Prozedur(en):	5-672.10 1-571.1	<i>Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri, Destruktion, Kauterisation Biopsie an Cervix uteri durch Inzision</i>

2. HPV-Infektion mit Warzen

Aufnahmen zur Behandlung von **anogenitalen Lokalisationen** 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. Der Kode B97.7! (*Papillomaviren als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind*) ist nicht anzugeben.

1404a Young-Syndrom

Die Kodes für die Komponenten des Young-Syndroms sind in folgender Reihenfolge anzugeben:

N46 *Sterilität beim Mann*

J98.4 *Sonstige Veränderungen der Lunge*

J47 *Bronchiektasen*

1405a Klinische gynäkologische Untersuchung unter Anästhesie

Im Rahmen fast jeder gynäkologischen Prozedur unter Anästhesie wird auch eine Tastuntersuchung vorgenommen. Eine gynäkologische Tastuntersuchung unter Anästhesie wird nur kodiert, wenn sie nicht in Kombination mit einer anderen diagnostischen oder therapeutischen Prozedur durchgeführt wird. In diesem Fall ist zu verschlüsseln wie in folgendem Beispiel:

Beispiel 1

Eine gynäkologische Untersuchung unter intravenöser Allgemeinanästhesie wird als alleinige Maßnahme durchgeführt.

Prozedur(en): 1-100 *Klinische Untersuchung in Allgemeinanästhesie*

(S.a. DKR P009a *Allgemeinanästhesie* (Seite 50) und DKR P008a *Klinische Untersuchung in Allgemeinanästhesie* (Seite 50))

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 verstorbene 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 Personenstandsbüchern nicht beurkundet.²

(ICD-10 Band II, Regelwerk, Kapitel 5.7.1)

1502a Blasenmole

Eine Blasenmole kann zu einem spontanen Abort führen. Der post abortum durchgeführte Eingriff ist zu kodieren mit

5-690.0 *Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri] ohne lokale Medikamentenapplikation.*

Die operative Behandlung einer Blasenmole, die nicht zu einem Abort führt, wird mit

5-690.1 *Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri] mit lokaler Medikamentenapplikation*

kodiert.

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).

1503a Abortivei

Wenn die Diagnose „Abortivei“ ist, ist der Kode

O02.0 *Abortivei und sonstige Molen*

zuzuweisen, auch wenn kein histopathologischer Nachweis vorliegt.

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 (siehe Beispiel 1).

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 (siehe Beispiel 2).

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) (siehe Beispiel 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 *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 *Vorzeitige Entbindung,*

O09.-! *Schwangerschaftsdauer*

und

Z37.0! *Lebendgeborener Einling (bzw. der analoge Kode bei Mehrlingen)*

zuzuweisen.

(S.a. DKR 1522a *Geburtseinleitung* (Seite 163) 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.

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.

1508b Dauer der Schwangerschaft

Ein Kode aus

O09.-! *Schwangerschaftsdauer*

ist zum Zeitpunkt der Aufnahme für die Schwangerschaftsdauer bis zur 36. Woche anzugeben (in den Basisdaten der Mutter).

O09.0! *weniger als 5 vollendete Wochen*
 O09.1! *5-13 vollendete Wochen*
 O09.2! *14-19 vollendete Wochen*
 O09.3! *20-25 vollendete Wochen*
 O09.4! *26-33 vollendete Wochen*
 O09.5! *34-36 vollendete Wochen*
 O09.9! *Nicht näher bezeichnete Schwangerschaftsdauer*

Ein Kode aus O09.-! ist als Nebendiagnose anzugeben bei Fällen mit:

- O00-O07 *Schwangerschaft mit abortivem Ausgang*
- O20.0 *Drohender Abort*
- O42.- *Vorzeitiger Blasensprung*
- O47.0 *Frustrane Kontraktionen vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche (siehe auch DKR 1519b Frühgeburt (Seite 162))*
- O60 *Vorzeitige Entbindung (siehe auch DKR 1519b Frühgeburt (Seite 162))*

Bei Aufnahme zur Behandlung von Komplikationen nach zuvor behandeltem Abort wird die Schwangerschaftsdauer **nicht** kodiert (siehe auch DKR 1504b *Komplikationen nach Abort, Extrateringravidität und Molenschwangerschaft (O08.-)*, Beispiel 1 und 3 (Seite 154))

Hinweis: Zur Zeit ist die Anwendung der Kategorie O09.- nur bis einschließlich der 36. Schwangerschaftswoche möglich. In der nächsten Ausgabe der ICD-10-SGB-V wird die Schwangerschaftsdauer auch für mehr als 36 vollendete Schwangerschaftswochen verschlüsselbar sein.

1509a Mehrlingsgeburt

Wenn eine Mehrlingsschwangerschaft zur spontanen Geburt von z.B. Zwillingen führt, werden die Kodes

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 Zwillingsschwangerschaft 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	<i>Geburtshindernis durch sonstige Lage-, Haltungs- und Einstellungsanomalien</i>
Nebendiagnose(n):	O32.5	<i>Betreuung der Mutter bei Mehrlingsschwangerschaft mit Lage- und Einstellungsanomalie eines oder mehrerer Feten</i>
	O30.0	<i>Zwillingsschwangerschaft</i>
	O60	<i>Vorzeitige Entbindung</i>
	O09.5!	<i>Schwangerschaftsdauer, 34-36 vollendete Wochen</i>
	Z37.2!	<i>Zwillinge, beide lebendgeboren</i>
Prozedur(en):	5-727.1	<i>Spontane und vaginale operative Entbindung bei Beckenendlage, Assistierte Entbindung mit Spezialhandgriffen</i>
	5-740.1	<i>Klassische Sectio caesarea, sekundär</i>

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 Kodes aus O20-O29 verschlüsselt werden (siehe Beispiel 1).

Beispiel 1

Eine Patientin wird zur Behandlung eines Karpaltunnelsyndroms, das sich durch die Schwangerschaft verschlimmerte, aufgenommen.

Hauptdiagnose: O26.82 *Karpaltunnelsyndrom während der Schwangerschaft*

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-SGB-V 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 schwangere Patientin 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*

Schwangerschaft als Nebenbefund

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 schwangere Frau wird mit Mittelhandfraktur aufgenommen.

Hauptdiagnose: S62.32 *Fraktur eines sonstigen Mittelhandknochens, Schaft*

Nebendiagnose(n): Z34.- *Überwachung einer normalen Schwangerschaft*

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.

1512a Abnorme Kindslagen und -einstellungen

Kindliche Lage-, Handlungs- und Einstellungsanomalien sind zu kodieren, wenn sie **bei der Geburt** vorliegen.

Hinterhauptslagen wie die vordere, hintere, seitliche oder diagonale Hinterhauptslage werden nur dann kodiert, wenn ein Eingriff erfolgt.

Bei der Verschlüsselung mit Kodes aus

O32.- *Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Lage- und Einstellungsanomalie des Feten*

oder

O64.- *Geburtshindernis durch Lage-, Handlungs- und Einstellungsanomalien des Feten*

sind die Inklusiva und Exklusiva zu beachten.

Der Kode O80 (*Spontangeburt eines Einlings*) wird **nicht** angegeben.

1513a Beckenendlagegeburt und Extraktion des Kindes

Bei Geburt aus Beckenendlage ist **nicht** O80, sondern 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*.

S.a. DKR 1512a *Abnorme Kindslagen und -einstellungen* (Seite 160)

1514a Verminderte Kindsbewegungen

Z36.- *Pränatales Screening*

ist bei Aufnahmen mit der Diagnose „verminderte fetale Bewegungen“ zu kodieren, wenn die zugrundeliegende Ursache nicht bekannt ist und die Patientin ohne Entbindung nach Hause entlassen wird.

O36.8 *Betreuung der Mutter wegen sonstiger näher bezeichneter Komplikationen beim Feten*

wird bei Patientinnen kodiert, die mit der Diagnose „verminderte fetale Bewegungen“ aufgenommen werden, wenn die zugrundeliegende Ursache nicht bekannt ist und die Patientin während des Krankenhausaufenthaltes entbunden wird.

Wenn eine zugrundeliegende Ursache für die verminderten fetalen Bewegungen bekannt ist, ist diese Ursache zu kodieren, unabhängig davon, ob die Patientin während des Krankenhausaufenthaltes entbunden wird oder nicht. O36.8 oder Z36.- sind in diesen Fällen 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 Schnittentbindung*

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.- *Überwachung einer Risikoschwangerschaft.*

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.- *Überwachung einer Risikoschwangerschaft.*

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.

1519b Frühgeburt

Eine Entbindung (spontan, eingeleitet oder durch Kaiserschnitt) vor der abgeschlossenen 37. Schwangerschaftswoche wird mit

O60 *Vorzeitige Entbindung*

kodiert.

Wenn der Grund für die Frühgeburt bekannt ist, ist dieser Grund als Hauptdiagnose zu verschlüsseln, gefolgt von O60 als Nebendiagnosekode. Wenn kein Grund dokumentiert ist, ist O60 der Hauptdiagnosekode.

Außerdem ist als Nebendiagnose ein Kode aus

O09.-! *Schwangerschaftsdauer*

zuzuordnen.

Vorzeitige Wehen, vor der abgeschlossenen 37. Schwangerschaftswoche, die **nicht** zu einer Geburt beim selben Krankenhausaufenthalt führen, werden mit

O47.0 *Frustrane Kontraktionen vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche*

kodiert.

Wenn der Grund für die vorzeitigen Wehen bekannt ist, ist dieser Grund als Hauptdiagnose zu verschlüsseln, gefolgt von O47.0 als Nebendiagnosekode. Wenn kein Grund dokumentiert ist, ist O47.0 der Hauptdiagnosekode.

Außerdem ist als Nebendiagnose ein Kode aus

O09.-! *Schwangerschaftsdauer*

zuzuordnen.

Hinweis: Zur Zeit ist die Anwendung der Kategorie O09.- nur bis einschließlich der 36. Schwangerschaftswoche möglich. In der nächsten Ausgabe der ICD-10-SGB-V wird die Schwangerschaftsdauer auch für mehr als 36 vollendete Schwangerschaftswochen verschlüsselt sein.

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*

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 *Übertragene Schwangerschaft*

Nebendiagnose(n): Z37.0! *Lebendgeborener Einling*

Prozedur(en): 9-261 *Überwachung und Leitung einer Risikogeburt*

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 Codes

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 intrauterinen Fruchttod aufgenommen. Die Geburt wird mittels Amniotomie eingeleitet.

Hauptdiagnose: O36.4 *Betreuung der Mutter wegen intrauterinen Fruchttodes*

Nebendiagnose(n): Z37.1! *Totgeborener Einling*

Prozedur(en): 5-730 *Künstliche Fruchtblasensprengung [Amniotomie]*

9-261 *Überwachung und Leitung einer Risikogeburt*

1523a Selektiver Fetozid

Der Kode für den selektiven Fetozid lautet

5-753.2 *Fetozid durch therapeutische Amniozentese [Amnionpunktion].*

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.

1525a 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.

1526a Manuelle Plazentalösung

Eine manuelle Plazentalösung kann nicht nur wegen Retention der Plazenta (O73.- *Retention der Plazenta und der Eihäute ohne Blutung*), sondern auch aus anderen Gründen durchgeführt worden sein. Deshalb kann nicht in allen Fällen, bei denen eine manuelle Plazentalösung durchgeführt wurde, eine Plazentarention vorausgesetzt werden. Kodiert wird mit dem passenden Kode aus

5-756 *Entfernung zurückgebliebener Plazenta (postpartal).*

Die manuelle Plazentalösung ist ein Routineverfahren bei einem Kaiserschnitt und ist hierbei nicht separat zu kodieren.

1527a Definition des Puerperiums (Wochenbetts)

Unter Puerperium (Wochenbett) versteht man den Zeitraum von 42 Tagen nach der Geburt. Aufnahmen wegen Problemen beim Stillen, die über diesen Zeitraum von 42 Tagen hinaus gehen, sind ebenfalls als „puerperal“ zu kodieren. Jenseits von zwölf Monaten nach der Geburt sollten Zustände mit Bezug zur Laktation einem Kode außerhalb des Kapitels XV *Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett* für diesen Zustand zugeordnet werden. Zum Beispiel ist bei stillenden Müttern Mastitis, die 18 Monate nach der Geburt auftritt, mit N61 *Entzündliche Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]* zu kodieren.

1528a Nachgeburtliche Stillhindernisse

Gründe für nachgeburtliche Stillhindernisse können sowohl bei der Mutter als auch beim Kind liegen.

Liegen die Ursachen für die Stillhindernisse bei der **Mutter**, sind die spezifischen Erkrankungen möglichst zu verschlüsseln. Ansonsten ist der Kode

Z39.1 *Betreuung und Untersuchung der stillenden Mutter*

anzugeben.

Liegen die Ursachen für die Stillhindernisse bei dem **Kind** sind die spezifischen Erkrankungen, gefolgt von einem Kode aus

P92.- *Ernährungsprobleme beim Neugeborenen*

anzugeben.

1529a Hemmung der Laktation

Die physiologische Hemmung der Laktation (Versagen der Laktation) wird mit

O92.3 *Agalaktie*

kodiert.

Der Kode

O92.5 *Hemmung der Laktation*

ist für die therapeutische Hemmung **vor oder nach** Einsetzen derselben zu kodieren. Diese kann bei Patientinnen mit Zuständen wie Epilepsie und manisch - depressiver Erkrankung angewendet werden, bei denen Stillen wegen der laufenden Medikation kontraindiziert ist.

Anmerkung: Die elektive Hemmung (d.h. die Mutter wünscht nicht zu stillen) ist nicht zu kodieren.

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

- im Krankenhaus geboren wurden
- 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*

Ein krankhafter Zustand, der während des stationären Aufenthaltes auftritt, ist **vor** einem Kode aus Z38.- *Lebendgeborene nach dem Geburtsort* zu kodieren (siehe Beispiel 2).

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*

Für Frühgeborene und bereits bei Geburt erkrankte Neugeborene werden die Kodes für die krankhaften Zustände **vor** einem Kode aus Z38.- *Lebendgeborene nach dem Geburtsort* angegeben (siehe Beispiel 3 und 4).

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:	P07.1	<i>Neugeborenes mit sonstigem niedrigem Geburtsgewicht</i>
Nebendiagnose(n):	P21.1	<i>Leichte oder mäßige Asphyxie unter der Geburt</i>
	Z38.0	<i>Einling, Geburt im Krankenhaus</i>

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	<i>Atemnotsyndrom [Respiratory distress] des Neugeborenen</i>
----------------	-------	---

Nebendiagnose(n):	P25.1	<i>Pneumothorax mit Ursprung in der Perinatalperiode</i>
	Z38.0	<i>Einling, Geburt im Krankenhaus</i>

Krankenhaus B:

Hauptdiagnose:	P22.0	<i>Atemnotsyndrom [Respiratory distress] des Neugeborenen</i>
----------------	-------	---

Nebendiagnose(n):	P25.1	<i>Pneumothorax mit Ursprung in der Perinatalperiode</i>
-------------------	-------	--

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	<i>Neugeborenenikterus, nicht näher bezeichnet</i>
----------------	-------	--

Prozedur(en):	8-560.2	<i>Lichttherapie des Neugeborenen (bei Hyperbilirubinämie)</i>
---------------	---------	--

Anmerkung: Für die Abrechnung der Fallpauschalen und Sonderentgelte sind bei der Festlegung der Haupt- und Nebendiagnosen die Übergangsregelungen (siehe Seite XIX) 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-SGB-V 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 zurück geführt. Die aufnehmende Kinderklinik kodiert wie folgt:

Hauptdiagnose: P28.0 *Primäre Atektase 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 entsprechendem Kapitel der ICD-10-SGB-V **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

Enterale Ernährung

Ein Kode aus

8-015 *Enterale Ernährung als medizinische Hauptbehandlung*

ist **nur** zu kodieren, wenn die enterale Ernährung die **Hauptleistung** des Krankenhausaufenthaltes darstellt.

Sauerstofftherapie

8-720 *Sauerstoffzufuhr bei Neugeborenen*

ist nur zu kodieren, wenn die Sauerstofftherapie (mittels Inkubator, Headbox, Maske oder Tubus) **mehr als vier Stunden** durchgeführt wurde (s.a. den Abschnitt *Neugeborene* in DKR 1001b *Maschinelle Beatmung* (Seite 131)). Diagnosen, die eine Sauerstofftherapie erforderlich machen, sind zum Beispiel

P22.1 *Transitorische Tachypnoe beim Neugeborenen* oder

P22.8 *Sonstige Atemnot [Respiratory distress] beim Neugeborenen*.

Parenterale Therapie

Ein Kode aus

8-010 *Applikation von Medikamenten und Elektrolytlösungen über das Gefäßsystem bei Neugeborenen*

wird zugewiesen, wenn

1. **parenterale Flüssigkeitszufuhr** zur Behandlung mit Kohlenhydraten, zur Hydratation oder bei Elektrolytstörungen eingesetzt wird. Beispiele für Diagnosen, die eine parenterale Flüssigkeitstherapie erforderlich machen, sind eine neonatale Hypoglykämie (P70.- *Transitorische Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels, die für den Feten und das Neugeborene spezifisch sind*) oder sonstige vorübergehende neonatale Elektrolytstörungen (P74.- *Sonstige transitorische Störungen des Elektrolythaushaltes und des Stoffwechsels beim Neugeborenen*). Gleiches gilt für die präventive parenterale Flüssigkeitszufuhr bei Frühgeborenen unter 2000 g, die erfolgt, um einer Hypoglykämie oder Elektrolytentgleisung vorzubeugen.

2. **Medikamente länger als 24 Stunden** über das Gefäßsystem verabreicht wurden. Beispiele für Diagnosen, die eine solche Behandlung erforderlich machen, sind eine perinatale Infektion (P39.8 *Sonstige näher bezeichnete Infektionen, die für die Perinatalperiode spezifisch sind*) oder eine neonatale Sepsis (P36.- *Bakterielle Sepsis beim Neugeborenen*).

Lichttherapie

Ein Kode für die Lichttherapie eines Neugeborenen ist **nur** zuzuordnen, wenn eine anhaltende Lichttherapie (**über 12 Stunden**) für die Behandlung einer Neugeborenenengelbsucht erforderlich ist. Der Prozedurenkode lautet

8-560.2 *Lichttherapie des Neugeborenen (bei Hyperbilirubinämie)*.

Auch ein Diagnosekode für Neugeborenenengelbsucht wird **nur** zugeordnet, wenn eine Lichttherapie **länger als zwölf Stunden** durchgeführt wurde.

Transfusionen

Kodes aus

8-800 *Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat*8-802 *Transfusion von Leukozyten*8-810 *Transfusionen von Plasma und Plasmabestandteilen*8-811 *Infusion von Volumenersatzmitteln bei Neugeborenen*

sind zuzuordnen, wenn diese Maßnahmen bei Neugeborenen durchgeführt wurden.

Wenn diese Verfahren allerdings als Komponente anderer Prozeduren erfolgten, sind sie **nicht** gesondert zu kodieren (s. a. DKR 0302a *Bluttransfusionen* (Seite 84)).

Beispiele für Diagnosen, die Transfusionen erforderlich machen können, sind:

P50.- *Fetaler Blutverlust*P61.3 *Angeborene Anämie durch fetalen Blutverlust*P61.4 *Sonstige angeborene Anämien, anderenorts nicht klassifiziert*P61.1 *Polyglobulie beim Neugeborenen*P61.2 *Anämie bei Prä maturität*R57.9 *Schock, nicht näher bezeichnet*P74.1 *Dehydratation beim Neugeborenen***1604a Atemnotsyndrom des Neugeborenen/Hyaline Membranenkrankheit/Surfactantmangel****Kodierung**

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

Nicht näher bezeichnete Atemnot

„Nicht näher bezeichnete Atemnot“ (P22.9) ist möglichst nicht zu kodieren, da dieser Begriff als Symptom und nicht als Diagnose angesehen wird.

1605a Massives Aspirationssyndrom und transitorische Tachypnoe beim Neugeborenen**Kodierung**

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)**Definition**

Dieses Krankheitsbild ist die Folge einer schwerwiegenden perinatalen hypoxisch-ischämischen Schädigung. Die 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.

Kodierung

Die ICD-10-SGB-V 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

1801a Befunde und Symptome

Obwohl Symptome im Allgemeinen nicht kodiert werden, wenn eine definitive Diagnose existiert, gibt es Fälle, bei denen die Symptome zu kodieren sind.

Die Anmerkungen zu Beginn von Kapitel XVIII in der ICD-10-SGB-V helfen bei der Bestimmung, wann Schlüsselnummern aus den Kategorien R00-R99 dennoch anzugeben sind.

Die unter den Kategorien R00-R99 klassifizierten Zustände und Symptome betreffen:

- Patienten, bei denen keine genauere Diagnose gestellt werden kann, obwohl alle für den Krankheitsfall bedeutungsvollen Fakten untersucht worden sind;*
- zum Zeitpunkt der Erstkonsultation vorhandene Symptome, die sich als vorübergehend erwiesen haben und deren Ursachen nicht festgestellt werden konnten;*
- vorläufige Diagnosen bei einem Patienten, der zur weiteren Diagnostik oder Behandlung nicht erschienen ist;*
- Patienten, die vor Abschluss der Diagnostik an eine andere Stelle zur Untersuchung oder zur Behandlung überwiesen wurden;*
- Patienten, bei denen aus irgendeinem anderen Grunde keine genauere Diagnose gestellt wurde;*
- bestimmte Symptome, zu denen zwar ergänzende Informationen vorliegen, die jedoch eigenständige, wichtige Probleme für die medizinische Betreuung darstellen.*

Der letzte Punkt ist von besonderer Bedeutung, da einige "Symptome" aufgrund ihrer klinisch therapeutischen Relevanz ebenso wie die zugrundeliegende Krankheit eine Kodierung erfordern. Wird ausschließlich das Symptom behandelt (vgl. DKR D002b *Hauptdiagnose* (Seite 4), Beispiel 3), so wird das Symptom sogar zur Hauptdiagnose.

1802a Ataxie

R27.0 *Ataxie, nicht näher bezeichnet*

ist nur zu kodieren, wenn die genaue Form der Ataxie nicht bekannt ist und deshalb keine spezifischere Diagnose gestellt werden kann.

1803a Stürze

R29.81 *Stürze*

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* nicht zu kodieren.

1804a 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 Codes für Urin- oder Stuhlinkontinenz

R32 *Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz,*

R15 *Stuhlinkontinenz*

sind nur anzugeben, wenn die Inkontinenz bei der Entlassung besteht oder mindestens sieben Kalendertage lang andauert (s.a. DKR 0601a *Schlaganfall* (Seite 103)).

1805a Fieberkrämpfe

R56.0 *Fieberkrämpfe*

wird nur dann als Hauptdiagnosecode angegeben, wenn es sich um „einfache“ Fieberkrämpfe handelt; das heißt, dass keine auslösenden Erkrankungen wie Pneumonie, Meningitis oder andere Infektionsherde vorliegen. Ist eine zugrundeliegende Ursache bekannt, wird diese als Hauptdiagnose angegeben und R56.0 *Fieberkrämpfe* wird als Nebendiagnose zusätzlich kodiert.

1806a 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.

Unter diesen Umständen ist R52.0 *Akuter Schmerz* nicht zu kodieren (s.a. DKR D002b *Hauptdiagnose* (Seite 4) und DKR 1801a *Befunde und Symptome* (Seite 173)).

Die Ausschlussliste bei

R52.- *Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert*

ist zu beachten. Sie schließt die Verwendung der Codes dieser Kategorie dann aus, wenn die Lokalisation/Art des Schmerzes bekannt ist, und **verweist** auf die in diesen Fällen zu verwendenden (lokalisationsbezogenen) Schlüsselnummern.

R52.0 *Akuter Schmerz*

wird demnach nur dann zugeordnet, wenn Lokalisation oder Ursache des akuten Schmerzes nicht bekannt sind.

Nichtoperative Analgesieverfahren für akuten Schmerz sind anzugeben, wenn sie als alleinige Maßnahme durchgeführt werden. Sie sind mit einem Kode aus 8-91 zu verschlüsseln, z.B.

- 8-910 *Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie*
 8-914 *Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie*
 8-918 *Multimodale Schmerztherapie*

Chronischer/therapieresistenter Schmerz

Chronischer Schmerz wird nur dann als Hauptdiagnose angegeben, wenn der Patient speziell zur Schmerzbehandlung aufgenommen wird. Der Kode für die Lokalisation des Schmerzes wird als Hauptdiagnose angegeben.

Übliche Schmerzbehandlungsverfahren sind im OPS-301 zu finden, z.B.:

- 8-91 *Schmerztherapie*
 5-038 *Operationen am spinalen Liquorsystem*
 5-039 *Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen*
 5-043 *Sympathektomie*
 5-059 *Andere Operationen an Nerven und Ganglien*

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 1

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.

Beispiel 2

Ein Patient wird zur Behandlung chronischer, therapieresistenter Schmerzen in der Kreuzgegend aufgenommen. Dem Patienten wird ein Rückenmarkstimulator (Einzelelektrodensystem) implantiert.

Hauptdiagnose:	M54.5	<i>Kreuzschmerz</i>
Prozedur(en):	5-039.20	<i>Implantation und Wechsel eines Rückenmarkstimulators, Einzelelektrodensystem</i>
	5-039.30	<i>Implantation einer epiduralen Elektrode, unilateral</i>

Beispiel 3

Bei einem Patienten, der zur Behandlung eines bösartigen Lungentumors im Oberlappen aufgenommen wurde, wird während des Krankenhausaufenthaltes festgestellt, dass er an schweren Knochenschmerzen (aufgrund von Knochenmetastasen) leidet. Der Patient erhält Morphium, um den Schmerz zu kontrollieren.

Hauptdiagnose:	C34.1	<i>Bösartige Neubildungen der Bronchien und der Lunge, Oberlappen (-Bronchus)</i>
Nebendiagnose(n):	C79.5	<i>Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes</i>

19 VERLETZUNGEN, VERGIFTUNGEN UND BESTIMMTE ANDERE FOLGEN ÄUSSERER URSACHEN

1901a Verstauchungen und Zerrungen

Kodierung

Die ICD-10-SGB-V unterteilt Zerrungen und Verstauchungen entsprechend den Körperregionen in zwei Bereiche:

1. Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern
2. Verletzung von Muskeln und Sehnen

Bei der Kodierung von **Zerrungen von Muskeln und Sehnen** ist zu beachten, dass diese **nicht** unter den Oberbegriff „Dislokation, Verstauchung und Verrenkung von *Gelenken und Bändern*“ fallen, sondern als „Verletzung von Muskeln und Sehnen“ der betroffenen Lokalisation zu kodieren sind.

Beispiel 1

Ein Patient kommt zur Behandlung einer schweren Zerrung des Kreuzbandes.

Hauptdiagnose: S83.50 *Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes mit Beteiligung des (vorderen) (hinteren) Kreuzbandes, nicht näher bezeichnetes Kreuzband*

Beispiel 2

Ein Patient kommt zur Behandlung einer Zerrung des Quadrizeps.

Hauptdiagnose: S76.1 *Verletzung des Muskel und der Sehne des M. quadriceps femoris*

1902a Oberflächliche Verletzungen

Kodierung

In den Dreistellern S00 (*Oberflächliche Verletzung des Kopfes*), S10 (*Oberflächliche Verletzung des Halses*), S20 (*Oberflächliche Verletzung des Thorax*) und S30 (*Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens*) basiert die Einteilung der oberflächlichen Verletzungen *zunächst* auf der Lokalisation, während bei allen anderen oberflächlichen Verletzungen die Einteilung auf der Art der Verletzung basiert. Dies ist insbesondere beim Kodieren von „anderen“ und „nicht näher bezeichneten“ oberflächlichen Verletzungen zu beachten.

Wenn mit der oberflächlichen Verletzung eine Infektion mit einem bekannten Erreger verbunden ist, wird der Erreger mit einem Zusatzkode aus B95! bis B97! verschlüsselt.

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 D003b *Nebendiagnosen* (Seite 11)).

Beispiel 1

Ein Patient kommt zur Behandlung einer suprakondylären Humerusfraktur, einer Abschürfung 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 Abschürfung und die Prellung des Ellbogens nicht zu kodieren.

1903b Fraktur und Luxation

Kodierung

Zur Kodierung von Wirbelfrakturen/Luxationen s.a. DKR 1910a *Verletzung des Rückenmarks* (Seite 184).

Offene Fraktur und Luxation

Zwei Kodes werden benötigt, um **offene** Frakturen und Luxationen zu kodieren. Zuerst ist der Kode der Fraktur oder der Kode der Dislokation anzugeben, und danach der entsprechende Kode für die offene Wunde, die mit einer Fraktur/Luxation in Verbindung steht.

Beispiel 1

Ein Patient wird mit einer offenen Oberschenkelfraktur aufgenommen.

Hauptdiagnose: S72.3 *Fraktur des Femurschaftes*
Nebendiagnose(n): S71.81! *Offene Wunde (jeder Teil der Hüfte und des Oberschenkels) mit Verbindung zu einer Fraktur*

Beispiel 2

Ein Patient wird zur Behandlung einer offenen Schulterluxation mit Verlagerung des Humerus nach vorne aufgenommen.

Hauptdiagnose: S43.01 *Luxation des Humerus nach vorne*
Nebendiagnose(n): S41.82! *Offene Wunde (jeder Teil der Schulter und des Oberarmes) mit Verbindung zu einer Luxation*

Liegen sowohl eine offene Fraktur als auch eine offene Luxation der selben Lokalisation vor, ist für die offene Verletzung nur der Kode „offene Wunde **mit Verbindung zu einer Fraktur**“ zuzuweisen (siehe unten, Beispiel 3). In diesen Fällen wird der Kode für eine „offene Wunde“ nicht für beide Verletzungen (an der gleichen Lokalisation) zugeordnet.

Beispiel 3

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

Hauptdiagnose:	S42.21	<i>Fraktur des proximalen Endes des Humerus, Kopf</i>
Nebendiagnose(n):	S41.81!	<i>Offene Wunde (jeder Teil der Schulter und des Oberarms) mit Verbindung zu einer Fraktur</i>
	S43.01	<i>Luxation des Humerus nach vorne</i>

In den Fällen, in denen verschiedene Verletzungen auftreten, von denen jedoch nur eine offen ist, ist immer der Kode für die offene Wunde nach dem Kode der damit verbundenen Fraktur oder Luxation anzugeben.

Luxationsfraktur

In diesen Fällen ist sowohl für die Fraktur als auch für die Luxation ein Kode zuzuweisen; der erste Kode für die Fraktur. In bestimmten Fällen sieht die ICD-10-SGB-V 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*).

Knochenkontusion

Eine Knochenkontusion („bone bruise“, radiologischer Nachweis einer Fraktur der Spongiosa bei intakter Kortikalis) wird wie eine Luxation an entsprechender Lokalisation kodiert.

Hinweis: Die nächste Ausgabe der ICD-10-SGB-V wird zu Beginn des Kapitels XIX unter Luxation ein entsprechendes Inklusivum enthalten.

1904a Zerquetschung**Kodierung**

Wenn eine Zerquetschung vorliegt, ist die Art der Verletzung zu kodieren.

Beispiel 1

Ein Patient wird mit schwerer Quetschverletzung am Fuß mit Fraktur des zweiten, dritten und fünften Metatarsalknochens aufgenommen. Die Fraktur des fünften Metatarsalknochens ist offen.

Hauptdiagnose:	S92.3	<i>Fraktur der Mittelfußknochen</i>
Nebendiagnose(n):	S91.81!	<i>Offene Wunde (jeder Teil des Knöchelregion und des Fußes) mit Verbindung zu einer Fraktur</i>

Zu jeder Lokalisation findet sich in der ICD-10-SGB-V auch eine Kategorie „Zerquetschung“, die aber **nur dann** zur Kodierung zu verwenden ist, wenn die Art der Verletzung nicht bekannt ist.

Crush-Syndrom

Gegebenenfalls ist zusätzlich der Kode für das Crush-Syndrom (T79.5 *Traumatische Anurie*) zuzuweisen.

1905a Offene Wunden**Kodierung**

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 1903b *Fraktur und Luxation* (Seite 178), DKR 1907a *Offene intrakranielle Verletzung* (Seite 181) und DKR 1908a *Offene intrathorakale/intraabdominale Verletzung* (Seite 181).

Komplikationen offener Wunden

Liegt eine offene Wunde mit Komplikation vor, ist der Kode für die offene Wunde anzugeben, gefolgt von einem Kode aus

T89.0 *Komplikationen einer offenen Wunde.*

Eine (infizierte) offene Wunde mit Fremdkörper ist z.B. mit

T89.01 *Komplikationen einer offenen Wunde, Fremdkörper (mit oder ohne Infektion)*

zu kodieren.

Wenn der Infektionserreger bekannt ist, wird er mit einer zusätzlichen Schlüsselnummer aus B95! bis B97! angegeben.

Beispiel 1

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>

1906a Offene Verletzungen mit Gefäß-, Nerven- und Sehnenbeteiligung

Im Falle von Verletzungen, die Gefäß-, Nerven- und Sehenschäden einschließen, ist folgendermaßen zu kodieren:

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 Nervs,
- 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.

1907a Offene intrakranielle Verletzung

Wenn eine offene intrakranielle Verletzung vorliegt, ist zuerst der Code für die intrakranielle Verletzung anzugeben, gefolgt vom Code für die offene Wunde.

Beispiel 1

Ein Patient wird mit offener Verletzung des Großhirns und ausgedehnter intrazerebraler Blutung aufgenommen.

Hauptdiagnose:	S06.33	Intrakranielle Verletzung, umschriebenes zerebrales Hämatom
Nebendiagnose(n):	S01.83!	Offene Wunde (jeder Teil des Kopfes) mit Verbindung zu einer intrakraniellen Verletzung

Offene Fraktur mit intrakranieller Verletzung

Wo eine offene Schädelfraktur verbunden mit einer intrakraniellen Verletzung vorliegt, ist

- ein Code für die intrakranielle Verletzung anzugeben,
- ein Code für die Fraktur **und**
- S01.83! *Offene Wunde (jeder Teil des Kopfes) mit Verbindung zu einer intrakraniellen Verletzung.*

In diesen Fällen ist der Code S01.81! *Offene Wunde (jeder Teil des Kopfes) mit Verbindung zu einer Fraktur* **nicht** anzugeben, weil die Tatsache, dass es sich um eine offene Fraktur handelt, durch die Codes für die intrakranielle Verletzung wiedergegeben wird.

1908a Offene intrathorakale/intraabdominale Verletzung

Kodierung

Wenn eine offene intrathorakale Verletzung vorliegt, ist zuerst der Code für diese intrathorakale Verletzung anzugeben, und danach der Code

S21.83! *Offene Wunde (jeder Teil des Thorax) mit Verbindung zu einer intrathorakalen Verletzung.*

Beispiel 1

Ein Patient wird zur Behandlung einer Wunde an der Brustwand aufgenommen, die mit einem Einstich in die Lunge verbunden ist.

Hauptdiagnose:	S27.38	Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen der Lunge
Nebendiagnose(n):	S21.83!	Offene Wunde (jeder Teil des Thorax) mit Verbindung zu einer intrathorakalen Verletzung

Wenn eine offene intraabdominale Verletzung beschrieben wird, ist zuerst der Code für diese intraabdominale Verletzung anzugeben, gefolgt von einem Code für die offene Wunde.

Beispiel 2

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

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

Offene Fraktur, verbunden mit intrathorakaler und intraabdominaler Verletzung

In den Fällen, in denen eine offene Fraktur des Rumpfes zusammen mit einer intrakavitären Verletzung auftritt, ist

- der Code für die intrakavitäre Verletzung anzugeben,
 - die Codes für die Fraktur
- und
- einer der folgenden Codes:
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.*

In diesen Fällen ist der Code für „Offene Wunde (...) mit Verbindung zu einer Fraktur“ **nicht** anzugeben.

1909a Geschlossene Kopfverletzungen/Bewusstlosigkeit/Gehirnerschütterung

Kodierung

Bei einer komplexen Kopfverletzung sind alle vorliegenden Verletzungen, z.B. Frakturen, intrakranielle Verletzungen und/oder Bewusstlosigkeit zu verschlüsseln.

Zur Reihenfolge der anzugebenden Codes s.a. DKR 1911a *Mehrfachverletzungen* (Seite 189).

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 S06.03	<i>Schädelbasisfraktur</i> <i>Mittellange Bewusstlosigkeit [30 Minuten bis 24 Stunden]</i>
Prozedur(en):	3-200	<i>Native Computertomographie des Schädels</i>

Bewusstlosigkeit im Zusammenhang mit einer Kopfverletzung

Wenn ein Verlust des Bewusstseins im Zusammenhang mit einer anderen kraniellen oder intrakraniellen Verletzung aufgetreten ist, ist die Art der Verletzung vor einem Kode aus S06.01-S06.05 für die Dauer der Bewusstlosigkeit anzugeben.

Beispiel 2

Ein Patient wird mit einer geschlossenen Kopfverletzung aufgenommen. Er war drei Stunden bewusstlos. Ein CT des Kopfes zeigte eine intrazerebrale Blutung.

Hauptdiagnose:	S06.33	<i>Umschriebenes zerebrales Hämatom</i>
Nebendiagnose(n):	S06.03	<i>Mittellange Bewusstlosigkeit [30 Minuten bis 24 Stunden]</i>
Prozedur(en):	3-200	<i>Native Computertomographie des Schädels</i>

Wenn ein Schädel-Trauma ohne weitere Schädigungen mit Bewusstlosigkeit einhergeht, dann ist **nur die Bewusstlosigkeit** mit dem entsprechenden Kode aus S06.01-S06.05 *Dauer der Bewusstlosigkeit* zu kodieren.

Beispiel 3

Ein Patient war zwei Stunden bewusstlos und wird mit V.a. eine geschlossene Kopfverletzung aufgenommen.

Hauptdiagnose:	S06.03	<i>Mittellange Bewusstlosigkeit [30 Minuten bis 24 Stunden]</i>
----------------	--------	---

Nicht im Zusammenhang mit einer Kopfverletzung stehende Bewusstlosigkeit

Die folgenden Codes sind zu verwenden, sofern bei einem bewusstlosen Patienten **keine Kopfverletzung** besteht:

R40.0	<i>Somnolenz</i>
R40.1	<i>Stupor</i>
R40.2	<i>Koma, nicht näher bezeichnet</i>

1910a Verletzung des Rückenmarks (mit traumatischer Paraplegie und Tetraplegie)

Kodierung

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 erstmalig 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 Kode anzugeben (komplette oder inkomplette Querschnittverletzung). Siehe „Art der Rückenmarksläsion“ (Seite 186)
2. Die funktionale Höhe (Ebene) der Rückenmarksläsion ist zu verschlüsseln. Siehe „Funktionale Höhe der Rückenmarksläsion“ (Seite 187)

Patienten mit Rückenmarksverletzungen haben mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Wirbelfraktur 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.

Zu 3. und 4. siehe „Kodierung von Wirbelfrakturen und -dislokationen“ (Seite 187)

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	<i>Inkomplette Querschnittverletzung des thorakalen Rückenmarkes</i>
Nebendiagnose(n):	S34.72! S22.06	<i>Verletzung des lumbalen Rückenmarkes, funktionale Höhe L2</i> <i>Fraktur eines Brustwirbels, Höhe T11 und T12</i>

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 Kode für die Art der Verletzung als Hauptdiagnose anzugeben und der entsprechende Kode 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 incompletter Querschnitt unterhalb T8. Nach Stabilisierung im Krankenhaus A wird der Patient ins Krankenhaus B verlegt, in dem eine ventrale Spondylodese durchgeführt wird.

Krankenhaus A

Hauptdiagnose:	S24.12	<i>Inkomplette Querschnittsverletzung des thorakalen Rückenmarkes</i>
Nebendiagnose(n):	S24.75!	<i>Funktionelle Höhe einer Verletzung des thorakalen Rückenmarkes, T8/T9</i>
	S23.14	<i>Luxation eines Brustwirbels, Höhe T7/8 und T8/9</i>
Prozedur(en):	3-203	<i>Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark</i>

Krankenhaus B

Hauptdiagnose:	S24.12	<i>Inkomplette Querschnittsverletzung des thorakalen Rückenmarkes</i>
Nebendiagnose(n):	S24.75!	<i>Funktionelle Höhe einer Verletzung des thorakalen Rückenmarkes, T8/T9</i>
	S23.14	<i>Luxation eines Brustwirbels, Höhe T7/8 und T8/9</i>
Prozedur(en):	5-836.1	<i>Bisegmentale Spondylodese</i>
	5-835.3	<i>Osteosynthese durch ventrales Schrauben/Plattensystem</i>

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 Kode der Kategorie

G82.- *Paraplegie und Tetraplegie*

anzugeben sowie andere vorliegende Erkrankungen. Die Reihenfolge dieser Diagnosen muss sich an der Definition der Hauptdiagnose orientieren.

Die Kodes 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 schlaffe Paraplegie auf Höhe von L2, ein Cauda- (equina-) Syndrom und eine neurogene Blasenentleerungsstörung.

Hauptdiagnose:	N39.0	<i>Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet</i>
Nebendiagnose(n):	G82.06	<i>Schlaffe Paraplegie, lumbal, inkomplett lumbosakral</i>
	G83.4	<i>Cauda- (equina-) Syndrom</i>

Anmerkung: Die neurogene Blasenentleerungsstörung ist laut ICD-10-SGB-V im Kode G83.4 *Cauda- (equina-) Syndrom* als Inklusivum enthalten.

Art der Rückenmarksläsion

Wenn ein Patient eine Verletzung des Rückenmarks aufweist, ist zunächst die Art der Rückenmarksläsion (d.h. vollständig oder unvollständig) zu kodieren. Wenn keine Information vorhanden ist, wird immer die Kategorie für eine nicht näher bezeichnete Verletzung zugeordnet.

S14.1	<i>Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen des zervikalen Rückenmarkes</i>
S24.1	<i>Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen des thorakalen Rückenmarkes</i>
S34.1	<i>Sonstige Verletzung des lumbalen Rückenmarkes</i>

S14.1 und S24.1 bieten an 5.Stelle die Möglichkeit anzugeben, ob es sich bei der Läsion um eine **komplette** oder **inkomplette** Querschnittsverletzung handelt.

Ist ein Patient mit zervikaler oder thorakaler Rückenmarksverletzung aufgrund der Rückenmarksverletzung beatmungspflichtig, so ist Z99.1 *Abhängigkeit vom Respirator* als zusätzliche Schlüsselnummer zu den Beatmungskodes (siehe DKR 1001b *Maschinelle Beatmung* (Seite 131)) anzugeben.

Wenn eine Kontusion oder ein Ödem des Rückenmarkes ohne Ausfälle vorliegt, ist einer der folgenden Kodes zu verwenden:

S14.0	<i>Kontusion und Ödem des zervikalen Rückenmarks</i>
S24.0	<i>Kontusion und Ödem des thorakalen Rückenmarks</i>
S34.0	<i>Kontusion und Ödem des lumbalen Rückenmarks [Conus medullaris]</i>

Beispiel 4

Ein Patient wird aufgenommen mit einer Fraktur des vierten Zervikalwirbels mit Verschiebung des 4./5. Halswirbelkörpers und incompletter Querschnittslähmung bei Kontusion des Rückenmarks auf Höhe von C5. Neurologisch zeigt sich ein incompletter Querschnitt unterhalb C5.

Hauptdiagnose:	S14.13	<i>Sonstige inkomplette Querschnittsverletzung des zervikalen Rückenmarkes</i>
Nebendiagnose(n):	S14.75!	<i>Funktionale Höhe einer Verletzung des zervikalen Rückenmarkes, C5</i>
	S12.22	<i>Fraktur des 4. Halswirbels</i>
	S13.14	<i>Luxation eines Halswirbels, C4/C5</i>

Funktionale Höhe der Rückenmarksverletzung

Die funktionale Höhe der Rückenmarksverletzung ist mit

S14.7!, S24.7!, S34.7! *Funktionale Höhe der zervikalen, thorakalen und lumbalen Rückenmarksverletzung*

als Nebendiagnose zu kodieren und **nach** der Art der Verletzung anzugeben. Es ist also immer in der folgenden Reihenfolge zu verschlüsseln:

- Art der Rückenmarksläsion
- funktionale Höhe der Rückenmarksverletzung
- Fraktur/Luxation, sofern vorhanden

Für die Höhenangabe der funktionalen Höhe sind die Hinweise bei S14.7!, S24.7! und S34.7! in der ICD-10-SGB-V zu beachten, z.B. für S24.7!:

„Unter der funktionalen Höhe einer Rückenmarksverletzung wird das unterste intakte Rückenmarkssegment verstanden (so bedeutet z.B. „komplette T4-Läsion des Rückenmarks“, daß die Funktionen des 4. und der höheren Thorakalnerven intakt sind und daß unterhalb T4 keine Funktion mehr vorhanden ist).“

Wenn die funktionale Höhe der Rückenmarksverletzung nicht genau lokalisiert werden kann, ist die Schlüsselnummer für „nicht näher bezeichnete“ Höhe aus der entsprechenden Kategorie (S14.- zervikales, S24.- thorakales oder S34.- lumbales Rückenmark) zu verwenden.

Beispiel 5

Ein Patient wird zur Behandlung einer Fraktur des vierten Halswirbels mit einer unvollständigen Läsion des Rückenmarks in Höhe C5 aufgenommen.

Hauptdiagnose:	S14.13	<i>Sonstige inkomplette Querschnittverletzung des zervikalen Rückenmarkes</i>
Nebendiagnose(n):	S14.70!	<i>Funktionale Höhe einer Verletzung des zervikalen Rückenmarkes, Höhe nicht näher bezeichnet</i>
	S12.22	<i>Fraktur des 4. Halswirbels</i>

Kodierung von Wirbelfrakturen und -dislokationen

Wenn eine Verletzung des Rückenmarks vorliegt, sind immer die Codes für die Rückenmarksverletzung vor der Fraktur oder der Dislokation anzugeben.

Wenn eine Dislokation der Wirbelsäule aufgetreten ist ohne Angabe beider verschobener Stellen (z.B. Luxation des T5), ist die angegebene Höhe und die Höhe unmittelbar unter der angegebenen Höhe (z.B. T5/T6) zu kodieren, um die Dislokation zu beschreiben.

Beispiel 6

Ein Patient wird mit Frakturen des zweiten, dritten und vierten Brustwirbels mit Dislokation in Höhe T2/3 und T3/4 aufgenommen. Das Rückenmark ist in Höhe T3 vollständig durchtrennt. 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>
	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>

Für offene/komplizierte Frakturen der Wirbelsäule ist ein zusätzlicher Code für die offene Wunde anzugeben (s.a. DKR 1905a *Offene Wunden* (Seite 180)). Im Falle von komplizierten Frakturen mehrerer Wirbel ist nur ein Code für eine offene Wunde zuzuordnen.

Bei Mehrfachfrakturen oder -luxationen wird jede Höhe einzeln angegeben. Wenn eine Luxationsfraktur als offen/kompliziert beschrieben wird, ist der Code für die offene Wunde „mit Verbindung zu einer Fraktur“ zuzuordnen. Die Angabe des Codes für die offene Wunde „mit Verbindung zu einer Luxation“ erfolgt nicht.

Beispiel 7

Ein Patient wird mit einer komplizierten offenen Fraktur 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>
	S21.81!	<i>Offene Wunde (jeder Teile des Thorax) mit Verbindung zu einer Fraktur</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.

Kombinationskategorien 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 D012a *Mehrfachkodierung* (Seite 22)).

Hinweis: Der ICD-10-Diagnosenthesaurus schlägt für eine „Mehrfachverletzung“ oder ein „Polytrauma“ den Kode T07 (*Nicht näher bezeichnete multiple Verletzungen*) vor. Dieser Kode 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):	S06.02	<i>Kurze Bewusstlosigkeit, [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 **Zusatzkode**

5-981 *Versorgung bei Mehrfachverletzung*

bzw. aus

5-982 *Versorgung bei Polytrauma*

anzugeben.

1912a Akute und alte Verletzungen

Eine **akute Verletzung** ist eine Verletzung, deren Versorgung noch erfolgen oder noch vollendet werden muss. Für die initiale und nachfolgende Behandlung der aktuellen Verletzung ist der Kode für die Verletzung (weiterhin) als Hauptdiagnose zu verwenden. (S.a. „*Wiederweisung zur Behandlung von Verbrennungen*“ in DKR 1914a *Verbrennungen* (Seite 194)).

Eine **alte Verletzung** ist eine Verletzung, deren Versorgung abgeschlossen ist. Im Rahmen der initialen Versorgung der Verletzung ist die normale Funktion nicht wiederhergestellt worden, so dass eine Fortsetzung der Behandlung erforderlich ist.

Kodiert wird in diesen Fällen nach der Richtlinie für Spätfolgen DKR 1913a *Folgeerscheinungen von Verletzungen, Vergiftung, toxischen Wirkungen und anderen äußeren Ursachen* (Seite 190).

1913a Folgeerscheinungen von Verletzungen, Vergiftungen, toxischen Wirkungen und anderen äußeren Ursachen

(S.a. DKR D005a *Folgezustände* (Seite 14))

Kodierung

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 Auswirkung einer Krankheit wird als Spätfolge betrachtet, wenn sie in der Diagnose ausgewiesen wird als:

- spät (Folge von)
- alt
- Folgeerscheinung von
- aufgrund einer Vorkrankheit
- als Folge einer Vorkrankheit

Sofern der zugrundeliegende Krankheitsprozess nicht mehr aktiv ist, wird die Schlüsselnummer für die akute Form dieser Krankheit nicht kodiert, sondern der Folgezustand mit den entsprechenden spezifischen ICD-Kodes.

Die Kodierung der Folgezustände von Krankheiten erfordert zwei Schlüsselnummern:

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

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

Die Diagnosecodes für Folgen von Verletzungen, Vergiftungen, toxischen Wirkungen und anderen äußeren Ursachen finden sich in folgenden Kategorien:

T90.- Folgen von Verletzungen des Kopfes

T91.- Folgen von Verletzungen des Halses und des Rumpfes

T92.- Folgen von Verletzungen der oberen Extremität

T93.- Folgen von Verletzungen der unteren Extremität

T94.- Folgen von Verletzungen mehrere oder nicht näher bezeichnete Körperregionen

T95.- Folgen von Verbrennungen, Verätzungen und Erfrierungen

T96.- Folgen einer Vergiftung durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen

T97.- Folgen toxischer Wirkung von vorwiegend nicht medizinisch verwendeten Substanzen

T98.- Folgen sonstiger und nicht näher bezeichneter Wirkungen äußerer Ursachen

Beispiel 1

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.

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 1). 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 (siehe Beispiel 2 und DKR D002b Hauptdiagnose, geplanter Folgeeingriff, (Seite 9)).

Beispiel 2

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*

1914a Verbrennungen

Kodierung

Sonnenbrand wird kodiert mit Codes aus Kapitel XII (*Krankheiten der Haut und der Unterhaut*):

L55.0 *Dermatitis solaris acuta 1. Grades*

L55.1 *Dermatitis solaris acuta 2. Grades*

L55.2 *Dermatitis solaris acuta 3. Grades*

Sonstige Verbrennungen sind mit dem passenden Code aus T20-T31 (*Verbrennungen oder Verätzungen*) zu verschlüsseln.

Reihenfolge der Codes

Das Gebiet mit der schwersten Verbrennung ist zuerst anzugeben. Eine Verbrennung 3. Grades ist demnach **vor** einer Verbrennung 2. Grades anzugeben, auch dann, wenn die Verbrennung 2. Grades einen größeren Teil der Körperoberfläche betrifft.

Verbrennungen desselben Gebietes, aber unterschiedlichen Grades sind als Verbrennungen des höchsten vorkommenden Grades zu kodieren.

Beispiel 1

Eine Verbrennung 2. und 3. Grades des Knöchels ist zu kodieren mit

Hauptdiagnose: T25.3 *Verbrennung oder Verätzung 3. Grades der Knöchelregion und des Fußes.*

Verbrennungen, die eine Hauttransplantation erfordern, sind immer **vor** denjenigen anzugeben, die keine Hauttransplantation erfordern.

Wenn mehrere Verbrennungen **selben Grades** existieren, dann wird das Gebiet mit der größten betroffenen Körperoberfläche zuerst angegeben. Alle weiteren Verbrennungen 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 oder Verätzung 2. Grades des Rumpfes, Bauchdecke*

Nebendiagnose(n): T21.25 *Verbrennung oder Verätzung 2. Grades des Rumpfes, (äußeres) Genitale*

Wenn die Anzahl der Codes für einen stationären Fall die maximale Zahl der übermittelbaren Diagnosen übersteigt, ist es sinnvoll, die Codes für mehrfache Verbrennungen (T29.-*Verbrennungen oder Verätzungen mehrerer Körperregionen*) zu benutzen. Bei Verbrennungen 3. Grades sind immer die differenzierten Codes zu verwenden. Wenn Mehrfachcodes erforderlich sind, werden diese für Verbrennungen 2. Grades benutzt.

Körperoberfläche (KOF)

Jeder Verbrennungsfall ist **zusätzlich** mit einem Kode aus

T31.-! *Verbrennungen oder 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, angegeben in Prozent der Körperoberfläche.

Die fünfte Stelle „0“ zeigt an, dass

- es sich um eine Verbrennung 3. Grades von weniger als 10% KOF handelt (das kann auch heißen, dass keine Verbrennung 3. Grades vorliegt!) oder
- der Anteil an Verbrennungen 3. Grades nicht näher bezeichnet ist.

Ein Kode aus T31.-! ist nur einmal nach dem letzten Kode für die betroffenen Gebiete anzugeben.

Inhalationsverbrennungen

Jede Inhalationskomponente der Verbrennung ist mit einem Kode aus der Kategorie

T27.- *Verbrennung oder Verätzung der Atemwege*

zu kodieren.

T31.-! *Verbrennungen oder Verätzungen, klassifiziert nach dem Ausmaß der betroffenen Körperoberfläche,*

ist nur zu verwenden, wenn zusätzliche Verbrennungen der Körperoberfläche vorliegen. Die schwerwiegendere Verbrennung ist zuerst anzugeben.

Verbinden von Verbrennungen

Mehrfaches Verbinden von Verbrennungen ist **nur einmal pro Aufenthalt** mit dem entsprechenden Kode aus

5-92a *Verband bei Verbrennungen*

zu kodieren (s. a. DKR P005b *Multiple/Bilaterale Prozeduren* (Seite 45)).

Wiedereinweisung zur Behandlung von Verbrennungen

Folgeeinweisungen zur Transplantation und zum Débridement von Verbrennungen sind mit dem entsprechenden Kode für die Verbrennung als Hauptdiagnose zu verschlüsseln, es sei denn, die Einweisung erfolgt zur Behandlung einer Komplikation oder Spätfolge. In diesem Fall ist die Art der Komplikation oder der Folgeerscheinung als Hauptdiagnose (z.B. Narbenkontrakturen) zu kodieren.

1915a Missbrauch/Misshandlung von Erwachsenen und Kindern**Kodierung**

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.

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. Diese Codes beschreiben die Art des Wirkstoffs, der Ursache der Vergiftung war.

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).

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 0401b *Diabetes mellitus* (Seite 87)).

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*

1917a Unerwünschte Nebenwirkungen von Arzneimitteln (bei Einnahme gemäß Verordnung)

Unerwünschte Nebenwirkungen indikationsgerechter Arzneimittel bei Einnahme gemäß **Verordnung** werden wie folgt kodiert:

ein oder mehrere Codes 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	<i>Akute hämorrhagische Gastritis</i>
Nebendiagnose, optional:	Y57.9!	<i>Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen</i>

Beispiel 2

Ein Patient wird im Koma durch in Kombination eingenommenes Antihistaminikum und Barbiturat (beide verordnet) aufgenommen.

Hauptdiagnose:	R40.2	<i>Koma, nicht näher bezeichnet</i>
Nebendiagnose, optional:	Y57.9!	<i>Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen</i>

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 Medikaments, 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	<i>Vergiftung durch Antiepileptika, Sedativa, Hypnotika und Antiparkinsonmittel, Barbiturate</i>
Nebendiagnose(n):	G93.8 T51.0	<i>Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Gehirns Toxische Wirkungen von Alkohol, Äthanol</i>
optional:	X49.9!	<i>Akzidentelle Vergiftung</i>

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	<i>Vergiftung durch Salizylate</i>
Nebendiagnose(n):	K92.0 T45.5	<i>Hämatemesis Vergiftung durch primär systemisch und auf das Blut wirkende Mittel, anderenorts nicht klassifiziert, Antikoagulanzen</i>
optional:	X49.9!	<i>Akzidentelle Vergiftung</i>

1919a Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung

Die Kategorien

T80-T88 *Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert*

in Kapitel XIX der ICD-10-SGB-V stehen zur Kodierung bestimmter Komplikationen zur Verfügung, die in Zusammenhang mit Operationen und anderen Eingriffen auftreten, zum Beispiel Infektionen von Operationswunden, mechanische Komplikationen von Implantaten, Schock usw.

Diese Kategorien sind nur dann zu verwenden, wenn kein spezifischer Code aus einem anderen Kapitel der ICD-10-SGB-V zur Verfügung steht.

Die meisten anderen Kapitel der ICD-10-SGB-V enthalten Kategorien für Zustände, die entweder als Folge bestimmter Prozeduren oder als Folge der Entfernung eines Organs auftreten (z.B. Lymphödem nach Mastektomie oder Hypothyreose nach Strahlentherapie). Die Ausschlusshinweise zu T80-T88 listen häufig vorkommende Komplikationen auf, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind; es sind die Ausschlusshinweise sowohl am Anfang der Gruppe und der Kategorien als auch die Exklusiva unter den verschiedenen Subkategorien zu beachten.

Kodes für die spezifische Verschlüsselung von Komplikationen nach medizinischen Maßnahmen finden sich in den folgenden Kategorien:

- 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*

Einige Zustände (z.B. Pneumonie), die postoperativ auftreten können, sind nicht eindeutig als postoperative Komplikation anzusehen und werden deshalb wie üblich kodiert (z.B. mit J15.8 *Sonstige bakterielle Pneumonie*).

Ein zusätzlicher Kode

Y82.8! *Zwischenfälle durch medizintechnische Geräte und Produkte oder*

Y84.9! *Zwischenfälle durch medizinische Maßnahmen, nicht näher bezeichnet*

kann zugewiesen werden, um den Zusammenhang mit einer Prozedur anzuzeigen.

Beispiele

Funktionsstörung nach Kolostomie

K91.4 *Funktionsstörung nach Kolostomie oder Enterostomie*

Hypothyreose nach Thyreoidektomie vor einem Jahr

E89.0 *Hypothyreose nach medizinischen Maßnahmen*

Starke Blutung nach Zahnextraktion

T81.0 *Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert*

Y84.9!
(optional) *Zwischenfälle durch medizinische Maßnahmen, nicht näher bezeichnet*

Postoperative organische Psychose nach plastischer Chirurgie

F09 *Nicht näher bezeichnete organische oder symptomatische psychische Störung*

Y84.9!
(optional) *Zwischenfälle durch medizinische Maßnahmen, nicht näher bezeichnet*

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 2003 gegenüber der Vorversion 2002

Arbeitsschritte

Zur Erstellung der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) Version 2003 wurden folgende Arbeitsschritte durchgeführt (s.a. Einleitung Version 2003):

- Das Manuskript der Version 2002 wurde redaktionell überarbeitet. Dabei wurden insbesondere inhaltliche und sprachliche Fehler beseitigt.
- Die Textpassagen für die veraltete Version 2.0 des OPS-301 wurden gelöscht. Danach wurden die verbleibenden Textpassagen und Beispiele für die Version 2.1 des OPS-301 angepasst.

Anschließend wurden folgende Punkte bearbeitet:

- Für Beispiele mit unspezifischen Diagnosenkodes wurden Verbesserungsvorschläge ausgearbeitet. Diese wurden, wo es sinnvoll war, in die Beispiele eingearbeitet. Dazu wurden sowohl Änderungen im Beispieltext als auch bei den Codes vorgenommen.
- Zur Klarstellung von häufig gestellten Fragen aus der Praxis wurden eine Reihe von Änderungen erarbeitet, inhaltlich abgestimmt und eingearbeitet. Näheres wird nachfolgend beschrieben.
- Als Ergebnis des Mappings musste die DKR 1207b *Hauttransplantation* aufgenommen werden.
- Nach Vorliegen der Abrechnungsbestimmungen gemäß der Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (KFPV) wurden entsprechende Abschnitte für interne Verlegungen zwischen Abteilungen nach KHEntG und BpflV sowie für Rückverlegungen aufgenommen (siehe DKR D002b *Hauptdiagnose*).
- Geänderte Textpassagen und Beispiele wurden durch Balken am rechten Seitenrand gekennzeichnet. Geringfügige redaktionelle Änderungen und Streichungen von Textpassagen zum OPS-301 Version 2.0 sind nicht markiert.
- Kodierrichtlinien, bei denen sich inhaltliche Änderungen ergeben haben, wurden in der fortlaufenden Nummerierung am Ende mit „b“ bezeichnet.

Nachfolgend sind die wesentlichen Änderungen in den einzelnen Abschnitten und für die verschiedenen Kodierrichtlinien kurz dargestellt.

Wesentliche Änderungen

Übergangsregelungen

Die bisherigen Übergangsregelungen wurden um einen Abschnitt für die Nebendiagnosen (Z48.-, Z95.- und Z96.-) zur Abrechnung der B-Fallpauschalen nach BpflV für die Gruppen 9 und 17 ergänzt. Es wird darauf hingewiesen, dass diese Nebendiagnosen trotz anders lautender spezieller DKR (z.B. DKR 0901a *Ischämische Herzkrankheiten*) anzugeben sind (Seite XXII).

Redaktionelle Hinweise

Im Abschnitt III. Fallbeispiele wurde ein Unterabschnitt an die überarbeiteten Fallbeispiele angepasst und ein zusätzlicher Hinweis aufgenommen, dass in den Fallbeispielen auf die Angabe der optionalen Zusatzkennzeichen für die Seitenangabe bei den Diagnosenkodes verzichtet wurde (Seite XXV).

Allgemeine Kodierrichtlinien für Krankheiten

D002b Hauptdiagnose

Beispiel 1 wurde verbessert, um die Bedeutung der Umstände der Aufnahme für die Auswahl der Hauptdiagnose zu verdeutlichen (Seite 5).

Der Abschnitt „Zuweisung der zugrundeliegende Krankheit als Hauptdiagnose“ wurde überarbeitet, um klarzustellen, wann die zugrundeliegende Krankheit bzw. ein Symptom als Hauptdiagnose kodiert wird. Die Beispiele wurden entsprechend modifiziert (Seite 5).

Der neue Abschnitt „Geplanter Folgeeingriff“ definiert die Auswahl der Haupt- und Nebendiagnosen für geplante Folgeeingriffe (z.B. Rückverlagerung eines Ileostomas) (Seite 9).

Im neuen Abschnitt „Tagesfall/mehrtägiger Aufenthalt“ wird die Kodierung für Tagesfälle, für die es keine speziellen DKR gibt, geklärt. In diesem Fall sind die allgemeinen Kodierrichtlinien anzuwenden (Seite 9).

Der neue Abschnitt „Interne Verlegungen zwischen Abteilungen nach BpflV und KHEntG“ regelt die Festlegung der Hauptdiagnose für Patienten mit krankenhausernen Verlegungen zwischen Abteilungen mit unterschiedlichen Vergütungsregelungen (z.B. Psychiatrie – Chirurgie) (Seite 10).

Der neue Abschnitt „Rückverlegungen aus anderen Krankenhäusern“ regelt die Festlegung der Haupt- und Nebendiagnosen bei externen Rückverlegungen (Seite 10).

D003b Nebendiagnosen

Der Satz „Einer oder mehrere der oben genannten Faktoren werden üblicherweise eine verlängerte Dauer des stationären Aufenthaltes zur Folge haben.“ wurde gestrichen.

Zur Verdeutlichung der Definition von Nebendiagnosen (mit Ressourcenverbrauch) und anamnestischen Diagnosen (ohne Ressourcenverbrauch) und deren Kodierung wurde Beispiel 1 eingefügt (Seite 12).

D008b Verdachtsdiagnosen

Eingefügt wurde die Definition „Verdachtsdiagnosen im Sinne dieser Kodierrichtlinie: Diagnosen, die am Ende des stationären Aufenthaltes weder sicher bestätigt noch sicher ausgeschlossen sind.“ (Seite 17).

Der Abschnitt „Entlassung nach Hause“ wurde überarbeitet. Beispiel 1 wurde inhaltlich überarbeitet, um zu veranschaulichen, wann ein Symptom bzw. eine Verdachtsdiagnose kodiert wird (Seite 18).

D012a Mehrfachkodierung

Es wurde der Gebrauch der Ausrufezeichenkodes klargestellt (Seite 26).

Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren**P005b Multiple/Bilaterale Prozeduren**

Die Tabelle 1 für Prozeduren, die nur einmal pro stationärem Aufenthalt zu kodieren sind, wurde um die Codes für die diagnostische und therapeutische Pleura- und Aszitespunktion sowie den Code für das Offenhalten der Atemwege erweitert (Seite 46).

P008a Klinische Untersuchung in Allgemeinanästhesie

Überschrift und Text wurden an den OPS-301-Kode 1-100 *Klinische Untersuchung in Allgemeinanästhesie* angepasst (Seite 50).

P009a Allgemeinanästhesie

Der Text wurde umformuliert, um klarzustellen, dass sich die Kodierung der Allgemeinanästhesie auf Ausnahmesituationen beschränken sollte (Seite 50).

P013b Wiedereröffnung eines Operationsgebietes/Reoperation

Die Überschrift und der erste Abschnitt wurden textlich an die Definition der Reoperation im OPS-301 angepasst und redaktionell überarbeitet (Seite 53).

P015a Organentnahme und Transplantation

In die Übersichtstabelle wurden für die Hauttransplantationen der OPS-Kode 5-904 *Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Entnahmestelle* und ein Hinweis auf die neue DKR 1207b *Hauttransplantation* aufgenommen (Seite 56).

Spezielle Kodierrichtlinien**Kapitel 2 Neubildungen****0201b Auswahl und Reihenfolge der Codes**

Der Text wurde durch Beispiele ergänzt, die die Auswahl und Reihenfolge der Codes bei der Behandlung von primären Malignomen, Metastasen und Rezidiven, bei Folgebehandlungen wie Chemo-/Strahlentherapie sowie Staging verdeutlichen (Seite 69).

0202b Komplikationen im Zusammenhang mit Neubildungen

Es wurde der Hinweis aufgenommen, dass eine Tumorkachexie mit R64 *Kachexie* verschlüsselt wird und dass das Exklusivum bei R64 in der nächsten Version der ICD-10-SGB-V entfällt (Seite 72).

0205b Malignomnachweis nur in der Biopsie

Die Kodierrichtlinie wurde verallgemeinert. Sie gilt nun für jedes Malignom, nicht nur für das Mamma-Karzinom (Seite 73).

0211b Chemotherapie bei Neubildungen

Es wurde der Hinweis aufgenommen, dass eine therapeutische Applikation von radioaktiven Substanzen auch mit Z51.0 *Strahlentherapie-Sitzung* kodiert wird. Die nächste Version der ICD-10-SGB-V wird bei Z51.0 ein entsprechendes Inklusivum enthalten (Seite 79).

0213b Strahlentherapie

Es wurde der Hinweis aufgenommen, dass eine therapeutische Applikation von radioaktiven Substanzen auch mit Z51.0 *Strahlentherapie-Sitzung* kodiert wird. Die nächste Version der ICD-10-SGB-V wird bei Z51.0 ein entsprechendes Inklusivum enthalten (Seite 80).

Kapitel 4 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten**0401b Diabetes mellitus**

Der Abschnitt „Entgleister Diabetes mellitus“ wurde ergänzt um die Kodieranweisung für einen entgleisten Diabetes mellitus mit **nur einer** Komplikation. Erfolgt die Aufnahme zur Einstellung der entgleisten Stoffwechsellage, wird mit „6“ „mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen“ an vierter Stelle kodiert, um eine korrekte DRG-Eingruppierung in die Diabetes-DRG zu erreichen (Seite 88).

Kapitel 5 Psychische und Verhaltensstörungen**0505a Nicht freiwillig aufgenommener Patient ohne Bestätigung einer psychischen Krankheit**

Die Kodierrichtlinie wurde gestrichen.

Kapitel 6 Krankheiten des Nervensystems

0601a Schlaganfall

Der zweite Absatz des Abschnitts „Unmittelbare Folgen eines Schlaganfalls (Folgestände)“ wurde neu formuliert, um eine fortgesetzte Behandlung für den akuten Schlaganfall und ihre Kodierung klarzustellen (Seite 103).

0607a Schädelbasis-Chirurgie

Das Beispiel 1 wurde fachlich korrigiert. (Seite 107).

0610b Liquordrainage, Liquorshunt

Der Satz „Eine externe Ventrikeldrainage wird häufig während einer intrakraniellen Operation eingesetzt ... nicht kodiert werden.“ wurde gelöscht, da das Legen einer Drainage meist über einen eigenen Zugang erfolgt und dann gesondert kodiert wird (Seite 110).

Kapitel 9 Krankheiten des Kreislaufsystems

0901a Ischämische Herzkrankheit

Für die Kodierung der Nebendiagnosen Z95.1 *Vorhandensein eines aortokoronaren Bypasses* und Z95.5 *Vorhandensein eines Implantates oder Transplantates nach koronarer Gefäßplastik* wurde die Anmerkung eingefügt, dass für die Abrechnung von Fallpauschalen und Sonderentgelten die Übergangsregelungen zu beachten sind (Seite 120).

0908a Koronararterienbypass

Unter den Abschnitt „ACBs: Reoperation, Kodierung der Diagnosen“ wurde für die Kodierung der Nebendiagnose Z95.1 *Vorhandensein eines aortokoronaren Bypasses* die Anmerkung eingefügt, dass für die Abrechnung von Fallpauschalen und Sonderentgelten die Übergangsregelungen zu beachten sind (Seite 124).

0911b Schrittmacher/Defibrillatoren

Im Abschnitt „Defibrillatoren“ hat sich die Kodierung für die Aufnahme zum Aggregatwechsel eines Defibrillators geändert. Diese wird nun auch mit dem Kode Z45.0 *Anpassung und Handhabung eines künstlichen Herzschrittmachers* kodiert. Der Hinweis, dass Z45.0 in der nächsten Ausgabe der ICD-10-SGB-V ein entsprechendes Inklusivum enthalten wird, wurde angefügt (Seite 127).

Kapitel 10 Krankheiten des Atmungssystems

1001b Maschinelle Beatmung

Der Abschnitt „Berechnung der Dauer der Beatmung“ wurde umformuliert, um klarzustellen, wann die maschinelle Beatmung im Rahmen einer Operation zur Gesamtbeatmungszeit zählt und wann nicht. Außerdem wird klargestellt, dass die Gesamtbeatmungszeit eines vorher schon beatmeten Patienten während einer Operation weiterläuft. Neu aufgenommen wurde die Rundungsregel „Die Gesamtbeatmungszeit ist zur nächsten ganzen Stunde aufzurunden.“ (Seite 132).

Kapitel 12 Krankheiten der Haut und der Unterhaut

1207b Hauttransplantation

Diese Kodierrichtlinie wurde neu aufgenommen. Sie regelt die Kodierung der Entnahme des Hauttransplantates. Die Entnahme wird nur kodiert, wenn sie in einer gesonderten Sitzung erfolgt (Seite 144).

Kapitel 13 Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems

1306a Luxation einer Hüftendoprothese

Die Kodierung von 5-79a *Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese* bei einer ausgerenkten Hüftendoprothese wurde gestrichen, da dies nicht vorkommt (Seite 147).

Kapitel 15 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett

1504b Komplikationen nach Abort, Extrauterin gravidität und Molenschwangerschaft (O08.-)

Der Text und die Beispiele wurden überarbeitet und an die WHO-Regeln für O08.- angepasst. Geändert wurde die Regel für die Angabe der Schwangerschaftsdauer bei einem inkompletten Abort, der zuvor behandelt worden ist. Die Schwangerschaftsdauer wird nun in diesem Fall nicht mehr angegeben (Seite 154).

1508b Dauer der Schwangerschaft

Die Kodierung der Schwangerschaftsdauer wurde an DKR 1504b angepasst: Sie wird bei einer Aufnahme zur Behandlung von Komplikationen nach zuvor behandeltem Abort nicht kodiert (Seite 157).

1510b Komplikationen in der Schwangerschaft

Es wurde die Kodieranweisung eingefügt, dass Beobachtungsfälle bei diffusen Beschwerden und bestehender Schwangerschaft mit O26.88 *Sonstige näher bezeichnete Zustände, die mit der Schwangerschaft verbunden sind* kodiert werden (Seite 158).

1519b Frühgeburt

Es wird klargestellt, wie vorzeitige Wehen vor der abgeschlossenen 37. Schwangerschaftswoche, die nicht zur Geburt führen, zu kodieren sind. Ist kein Grund bekannt, wird O47.0 *Frustrane Kontraktionen vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche* als Hauptdiagnose angegeben. Ist ein Grund bekannt, wird dieser als Hauptdiagnose kodiert und O47.0 als Nebendiagnose angegeben (Seite 162).

Kapitel 16 Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben**1601a Neugeborene**

Es wird klargestellt, dass bei krank geborenen Neugeborenen oder bei zunächst gesunden Neugeborenen, die im Krankenhaus krank werden, ein Kode aus Kapitel XVI *Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben* als Hauptdiagnose kodiert wird (Seite 167).

Kapitel 19 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen**1903b Fraktur und Luxation**

Am Ende der DKR wurde ein Abschnitt zur Kodierung der Knochenkontusion eingefügt: „Eine Knochenkontusion („Bone Bruise“) wird wie eine Luxation an entsprechender Lokalisation kodiert“ sowie ein Hinweis, dass die nächste Version der ICD-10-SGB-V einen entsprechendes Inklusivum zu Beginn des Kapitels XIX enthalten wird (Seite 179).

1910a Verletzung des Rückenmarks (mit traumatischer Paraplegie und Tetraplegie)

In dem Abschnitt „Funktionale Höhe der Rückenmarksverletzung“ ist die Definition für die funktionale Höhe einer Rückenmarksverletzung aus der ICD-10-SGB-V eingefügt worden (Seite 187).

1913a Folgeerscheinungen von Verletzungen, Vergiftungen, toxischen Wirkungen und anderen äußeren Ursachen

Der letzte Abschnitt zur Metallentfernung und anderen weiteren Behandlungen wurde überarbeitet und deutlicher herausgehoben. Die Kodierung einer Metallentfernung wird durch ein neues Beispiel verdeutlicht (Seite 191).

SCHLAGWORTVERZEICHNIS

<p>A</p> <p>Abhängigkeitssyndrom - Definition 97</p> <p>Abnorme - Kindslagen und -einstellungen 160</p> <p>Abort - bei Blasenmole 153 - bei vorzeitiger Beendigung der Schwangerschaft 155 - Definition 153 - drohend 4 - inkomplett 154 - Komplikation nach 154</p> <p>Abortivei 154</p> <p>Adhäsionen, abdominal 137</p> <p>Agranulozytose 66</p> <p>AIDS, s.a. HIV 59, 60</p> <p>Allgemeinanästhesie 50 - Klinische Untersuchung in 50</p> <p>Alzheimer-Krankheit 102</p> <p>Anästhesie - Klinische Untersuchung in Allgemeinanästhesie 50 - Untersuchung unter 151 - Allgemein 50</p> <p>Aneurysma - Koronarvene 119</p> <p>Angina pectoris 117 - instabil 117</p> <p>Angiopathie - diabetisch 92</p> <p>Aphasie/Dysphasie 105</p> <p>Apoplex, s.a. Schlaganfall 103</p> <p>Appendizitis 137</p> <p>Arteriitis - Koronararterie 119</p> <p>Arthroskopie 49</p> <p>Arzneimittel - Nebenwirkung 195 - Vergiftung 194, 195, 196</p> <p>Aspirationssyndrom beim Neugeborenen 171</p> <p>Asthma bronchiale 134 - akut 134 - akut schwer 134 - chronisch obstruktiv 135 - mit COLD 135</p> <p>Asymptomatischer HIV-Status 60</p> <p>Ataxie 173</p> <p>Atemnotsyndrom des Neugeborenen 171</p> <p>Atherosklerotische Herzkrankheit 118</p>	<p>Ä</p> <p>Ätiologie 5 - Kodierung 22, 23</p> <hr/> <p>A</p> <p>Aufenthalt - mehrtägig 9</p> <p>Aufnahme - zur Operation, Operation nicht durchgeführt 17</p> <p>Augenlid(er), Rekonstruktion 143</p> <p>Autonome Dysreflexie 106</p> <hr/> <p>B</p> <p>Bakteriämie 65</p> <p>Bänderriss 147</p> <p>Bandscheiben - prolaps 145 - schaden 146</p> <p>Beatmung, maschinell 41, 131 - Beginn (der Beatmungsdauer) 132 - bei Neugeborenen 131, 170 - Berechnung der Dauer 131 - Definition 131 - Ende (der Beatmungsdauer) 133 - Entwöhnung 133 - nachfolgende Perioden 133 - verletzte Patienten 133</p> <p>Beckenendlage 160</p> <p>Beendigung - der Schwangerschaft 155</p> <p>Befunde - abnorm 3 - abweichend von Dokumentation 3 - Kodierung 173</p> <p>Behandlungsplan - nicht ausgeführt -- Hauptdiagnose bei 9</p> <p>Benachbarte Gebiete - bekannte Primärlokalisation 73 - unbekannte Primärlokalisation 73 - ungenau/n.n.bez. Lokalisation 74</p> <p>Bewertung - Befunde 4</p> <p>Bewusstlosigkeit 182 - ohne Kopfverletzung 183</p> <p>Blasenmole 153</p> <p>Blepharoplastik 143</p> <p>Blutprodukte (Infusion) 84</p>
--	--

<p>Bluttransfusionen 84</p> <p>Blutung - gastrointestinal 138 - peranal 139</p> <p>Brachytherapie, stereotaktisch 108</p> <p>Brustamputation (subkutan), prophylaktisch 143</p> <p>Brustimplantat, Entfernung 143</p> <p>Bypass (aortokoronar), s.a. Koronararterienbypass 121</p> <hr/> <p>C</p> <p>Campylobacter 137</p> <p>Chemotherapie - bei HIV 63 - bei Neubildungen 78 - Instillation zytotoxischer Materialien in die Harnblase 80 - kombiniert mit Strahlentherapie 79</p> <p>Chronisch myeloische Leukämie 12</p> <p>Chronisch(er) - Kreuzschmerz 145 - progressive externe Ophthalmoplegie 106</p> <p>CML 12</p> <p>COLD 135 - akute Exazerbation 135 - infektiöse Verschlechterung 135 - und Emphysem 135</p> <p>Crush-Syndrom 180</p> <hr/> <p>D</p> <p>Dauer - Beatmung 41</p> <p>Defibrillatoren 125, 127</p> <p>Definition - Abhängigkeitssyndrom 97 - Abort 153 - akute Intoxikation [akuter Rausch] 97 - Hauptdiagnose 4 - Hauptprozedur 36 - Lebendgeburt, Lebendgeborenes 153 - Nebendiagnose 11 - Neonatalperiode, Neugeborenes 167 - Perinatalperiode 167, 169 - primärer/sekundärer Kaiserschnitt 164 - schädlicher Gebrauch psychotroper Substanzen 97 - signifikante Prozedur 35 - Totgeburt 153 - Vergiftung 194 - Wochenbett 164 - Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben 169</p> <p>Dehydratation - bei Gastroenteritis 139</p>	<p>Demenz - bei M. Alzheimer 102</p> <p>Diabetes - sekundär 95</p> <p>Diabetes mellitus 87 - diabetisches Fußsyndrom 93 - durch Fehl- oder Mangelernährung 95 - entgleist 87 - mit Katarakt 91, 111 - mit Komplikationen -- akut metabolisch 89 -- Augen- 91 -- multiple Komplikationen 89 -- neurologisch 92 -- renal 90 -- vaskulär 92 - Typen 87</p> <p>Diabetisches Fußsyndrom 93</p> <p>Diagnose - Haupt-, s.a. Hauptdiagnose 4 - Neben-, s.a. Nebendiagnose 11 - Verdachts- 17</p> <p>Dialyse 149</p> <p>Dislokation - Wirbel -- bei Verletzungen des Rückenmarks 187</p> <p>Doppelklassifizierung 24</p> <p>Drohend - Krankheit 4</p> <p>Dysphagie 104</p> <p>Dysreflexie (autonome) 106</p> <hr/> <p>E</p> <p>ECMO 125</p> <p>Eigenspende - Knochenmark 83, 84 - Stammzellen 83</p> <p>Eingriff - komplex 41</p> <p>Einling, spontane vaginale Entbindung 156</p> <p>Einstellungsanomalien (kindliche) 160</p> <p>Emphysem - bei COLD 135</p> <p>Endoskopie 49 - multiple Gebiete 50</p> <p>Entbindung - Hauptdiagnose 160 - Resultat 157 - vor der Aufnahme 161 - vorzeitig 162</p> <p>Entfernung - Tympanotomieröhrchen 115</p> <p>Enzephalopathie - hypoxisch - ischämische 172</p> <p>Epiduralanästhesie - in der Austreibungsphase 164</p> <p>Erstgebärende (ältere) 161</p>
--	--

Exklusiva
 - ICD-10-SGB-V 29
 - OPS-301 42
 Extrakorporale Membranoxygenation 125
 Extrauterin gravidität
 - Komplikation nach 154
 Exzision
 - Tumorgebiet 72

F

Familiäre adenomatöse Polyposis 82
 Fetozid (selektiv) 164
 Fieberkrämpfe 174
 Fistel
 - arteriovenös 128
 Folgeeingriff
 - geplant 9
 Folgezustände 14
 - akuter Schlaganfall 103
 - äußerer Ursachen 190
 - Definition 14
 - spezifische Codes 15
 Fraktur 178
 - Luxations- 179
 - mit intraabdominaler Verletzung 182
 - mit intrathorakaler Verletzung 182
 - Schädel 181, 182
 - Wirbel
 -- bei Verletzungen des Rückenmarks 187
 Frühgeborene
 - krank 167
 Frühgeburt 162

G

Gangrän
 - drohend 4
 Gastritis
 - bei Magenerkrankung 137
 Gastrointestinale Blutung 138
 Geburt
 - aus Beckenendlage 160
 - Einleitung 163
 - Einling 156
 - Mehrlinge 157
 - protrahiert 163
 Gehirnerschütterung 182
 Gesamtbeatmungszeit 132
 Gesundheitsberufe
 - Prozeduren 51
 Glaukom
 - Trabekulektomie 113
 - und Katarakt (Reihenfolge der Codes) 111

H

Harnwegsinfektion 67
 Hauptdiagnose 4
 - bei Entbindung 160
 - bei nicht ausgeführtem Behandlungsplan 9
 - gesunde Neugeborene 167
 Hauptprozedur 36
 Hauttransplantation 144
 Helicobacter (pylori) 137
 Hemmung der Laktation 165
 Hepatitis
 - Träger 65
 Hereditäres nichtpolypöses
 Kolonkarzinom 82
 Herz
 - stillstand 120
 - und Atemstillstand 120
 Herzkrankheit
 - atherosklerotisch 118
 - hypertensiv 120, 121
 - ischämisch 117
 Herzschrittmacher 125
 - permanent 126
 - temporär 127
 HIE 172
 HIV
 - akutes Infektionssyndrom 59
 - antiretrovirale Therapie (Nebenwirkungen) 62
 - Chemotherapie 63
 - Kaposisarkom 62
 - Codes 59
 - Komplikationen 59, 60
 - Krankheit (AIDS) 60
 -- Reihenfolge der Codes 60
 - Laborhinweis 59
 - Manifestation 60, 62
 - positiv, asymptomatisch 60
 - Symptome 59
 Hörverlust (plötzlicher) 115
 HPV 150
 Hüftendoprothese
 - Luxation 146
 Humanes Papilloma Virus 150
 Hyaline Membranerkrankung 171
 Hydrozelen 149
 Hyperglykämie
 - ohne Diabetes mellitus 96
 Hypertensive
 - Herz- und Nierenkrankheit 121
 - Herzkrankheit 120
 - Nierenkrankheit 121
 Hypertonie
 - sekundär 121
 Hyphäma, postoperativ 113
 Hypoxisch - ischämische
 Enzephalopathie 172

I

Infarkt
 - drohend 4
 Inklusiva
 - ICD-10-SGB-V 28
 - OPS-301 42
 Inkontinenz 104, 174
 Innere Fixierung 146
 Intoxikation, akut [akuter Rausch]
 - Definition 97
 - Kodierung 98
 Intraabdominale
 - Verletzung (offen) 182
 Intrakranielle
 - Verletzung (offen) 181
 Intrathorakale
 - Verletzung (offen) 181
 Ischämische
 - Enzephalopathie 172
 - Herzkrankheit 117
 - Kardiomyopathie 118

K

Kaiserschnitt 164
 Kaposisarkom 62
 Kardiomyopathie, ischämisch 118
 Katarakt
 - bei Diabetes 91, 111
 - sekundäre Linseninsertion 111
 - und Glaukom (Reihenfolge der Codes) 111
 Katheterisierung
 - der Tränenwege 113
 Kearns-Sayre-Syndrom 112
 Kindsbewegungen, vermindert 160
 Kindslagen
 - abnorm 160
 Knochenkontusion 179
 Knochenmark
 - Entnahme 83
 Codes
 - eingeschränkte Gültigkeit 41
 Kodierung
 - allgemein 3
 - Befunde 173
 - bei Kindern/ Neugeborenen 51
 - Doppelkodierung 21
 - Kombinationsschlüsselnummern 20
 - komplexe Eingriffe 41
 - Mehrfach 24
 - Mehrfachkodierung
 -- ICD-10-SGB-V 22
 -- OPS-301 40
 - Mehrfachverletzung 42
 - mikrochirurgische Technik 42
 - mit Restklassen 19, 31
 - pädiatrische Prozeduren 51

- Polytrauma 42
 - Prozeduren, allgemein 35
 - Prozedurenkomponenten 35
 - Standardmaßnahmen 54
 - Symptom 173
 - Symptom 5
 - Syndrome 13
 - Teilleistung 44
 Kombinationscodes
 - ICD-10-SGB-V 20
 - OPS-301 40
 Kompartmentsyndrom 147
 Komplikationen
 - bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer
 Behandlung 196
 - in der Schwangerschaft 158
 - nach Abort, Extrauterin gravidität und
 Molenschwangerschaft 154
 - offene Wunden 180
 Kontaktlinsenintoleranz 112
 Kontusion
 - Knochen- 179
 Kornea
 - Rost-Ring 112
 - Transplantatabstoßung 111
 Koronararterienbypass 121
 - mit/ohne Herz-Lungen-Maschine 123
 - Operation, minimalinvasiv 122
 - Reoperation 123
 - Sequential Bypass 122
 - temporärer Herzschrittmacher 123
 Koronar thrombose
 - ohne nachfolgenden Myokardinfarkt 118
 Kraniofaziale Eingriffe 142
 Krankheit
 - akut und chronisch 8, 16
 - drohend 4
 - sich anbahnend 4
 - zugrundeliegend 5
 - zwei oder mehr verwandte 8
 Kreuz - Stern - System 5, 22
 Kreuzschmerz
 - chronisch 145

L

Laktation (Hemmung/Versagen) 165
 Laparoskopie 49
 Lebendgeburt
 - bei vorzeitiger Beendigung der Schwangerschaft
 156
 - Definition 153
 Leimohr 115
 Lichttherapie
 - bei Neugeborenen 170
 Lippe
 - Malignom 81
 Liquordrainage, extern 109

- spinal 110
 - ventrikulär 109
 - Liquorshunt 110
 - spinal 110
 - Lumboischialgie 145
 - Lungenkrankheit
 - chronisch obstruktiv, s.a. GOLD 135
 - Lungenödem, akut 120
 - Luxation 178
 - Hüftendoprothese 146
 - Luxationsfraktur 179
 - Lymphangioides Carcinomatosa 81
 - Lymphom 81
-
- M**
- Magensonde (zur Ernährung)
 - bei Neugeborenen 170
 - Magenulkus
 - mit Gastritis 137
 - Makulaödem 91
 - Malignom
 - Anämie bei Neubildungen 72
 - der Haut, multipel 142
 - Folgebehandlungen 70
 - in der Eigenanamnese 76
 - Kolon 82
 - Komplikationen 71
 - Lippe 81
 - mehrere Lokalisationen 74
 - Morphologie 77
 - Nachuntersuchung
 - Reihenfolge der Kodes 76
 - Reihenfolge der Kodes 69
 - Rezidiv 71, 72
 - Staging 70
 - Tumorkachexie 72
 - Malignomnachweis
 - nur in der Biopsie 73
 - Manifestation 5
 - als Hauptdiagnose 23
 - Kodierung 22
 - Manuelle Plazentalösung 164
 - maschinelle Beatmung, s.a. Beatmung 41
 - Mehrfachverletzung 189
 - MELAS 106
 - Meniskusriss 147
 - MERRF 106
 - Metabolisches Syndrom 95
 - Metallentfernung 191
 - Metastasen
 - Reihenfolge der Kodes 69
 - Missbrauch 194
 - Misshandlung 194
 - Mitochondriale
 - Enzephalopathie, Laktatazidose- und schlaganfallähnliche Symptome 106
 - Myopathie 107
 - Zytopathie 106, 112
 - Molenschwangerschaft 153
 - Komplikation nach 154
 - Morbus Alzheimer 102
 - Morphologie (Kodierung) 77
 - Mukoviszidose 96
 - Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom 101
 - Myokardinfarkt
 - akut 117
 - alt 118
 - rezidivierend 118
 - Myoklonusepilepsie 106
-
- N**
- Narben
 - revision 142
 - Nebendiagnose 11
 - anamnestisch 11
 - Reihenfolge 13
 - Nebenwirkung
 - durch Arzneimittel
 - bei Einnahme gemäß Verordnung 195
 - Neonatalperiode
 - Definition 167
 - Nephropathie
 - diabetisch 90
 - Neubildungen, s.a. Malignom 69
 - Neugeborene
 - Aspirationssyndrom 171
 - Atemnotsyndrom 171
 - besondere Maßnahmen 170
 - gesunde 167
 - krank 167
 - Transitorische Tachypnoe 172
 - Neuropathie
 - diabetisch 92
 - Neutropenie 66
 - Nierenkrankheit
 - hypertensiv 121
 - Nikotinabusus 99
-
- O**
- Operation 9, 17
 - nicht durchgeführt 9, 17
 - Zusatzinformationen 42
 - Ophthalmoplegia progressiva externa 106, 112
 - OPS-301
 - Aufbau 37
 - Kombinationskodes 40
 - Osteosynthese
 - bei Spondylodese 146

-
- P**
- Panikattacken (mit Phobie) 100
 - Parenterale Therapie
 - bei Neugeborenen 170
 - Paukenröhrchen 115
 - Peranale Blutung 139
 - Perinatalperiode
 - Definition 169
 - Persönlichkeitsstörung 99
 - Phlegmone 141
 - Orbitabereich 141
 - Periorbitalbereich 141
 - Phobie (mit Panikattacken) 100
 - PIN-Grade 82
 - Plastische Chirurgie 142
 - Plazentalösung (manuell) 164
 - Prostata, intraepitheliale Neoplasie 82
 - Prozedur
 - bilateral 45, 47
 - bilateral, ein Zugang 49
 - Hauptprozedur 36
 - Kodierung allgemein 35
 - Komponenten
 - Kodierung 35
 - mehrfach durchgeführt 45
 - nicht vollendet 44
 - nicht zu verschlüsseln 53
 - pädiatrisch 51
 - Reihenfolge 35, 36
 - unterbrochen 44
 - Psychische Krankheit
 - als Komplikation einer Schwangerschaft 100
 - Psychische/Verhaltensstörung 97
 - durch Drogen/Medikamente/Alkohol/Nikotin 97
 - Puerperium, s.a. Wochenbett 164
-
- R**
- Radioaktive Substanzen
 - therapeutische Applikation 79
 - Radiochirurgie, stereotaktisch 108
 - Radiotherapie, stereotaktisch 108
 - Remission
 - Leukämie 75
 - maligne immunoproliferative Erkrankungen 75
 - Reoperation 53
 - Koronararterienbypass 123
 - nach Operation am Herzen 125
 - Resektion
 - kraniofazial 142
 - Resteklassen 19
 - a.n.k. 31
 - nicht näher bezeichnet 19
 - o.n.A. 31
 - sonstige 19
 - Retinopathie
 - diabetisch 91
 - mit Makulaödem 91
 - Retroliothese 146
 - Revision
 - nach Operation am Herzen 125
 - Narbe 142
 - Rezidiv
 - Malignom 71, 72
 - Rost-Ring (Kornea) 112
 - Rückenmark
 - Art der Verletzung 186
 - Funktionale Höhe 187
 - Verletzung
 - akute Phase 185
 - chronische Phase 185
 - Verletzung des Rückenmarks 184
 - Rückverlegung
 - aus anderen Krankenhäusern 10
-
- S**
- Sauerstoffzufuhr
 - bei Neugeborenen 131, 170
 - Schädelbasis-Chirurgie 107
 - Schädlicher Gebrauch (psychotroper Substanzen)
 - Definition 97
 - Kodierung 98
 - Schlaganfall 103
 - akut 103
 - Folgezustände 103
 - Aphasie/Dysphasie 105
 - Schweregrad 104
 - Schmerz
 - akut 174
 - Behandlung 174
 - chronisch 175
 - Schrittmacher
 - permanent 126
 - temporär 127
 - Schwangerschaft
 - als Nebenbefund 159
 - Beendigung, vorzeitig 155
 - Diffuse Beschwerden 158
 - Kodierung der Dauer 157
 - Komplikationen 158
 - psychische Krankheit 100
 - verlängerte Dauer 162
 - Schwerhörigkeit 115
 - Sectio 164
 - Sekundäre(r)
 - Diabetes 95
 - Linseninsertion (bei Katarakt) 111
 - Selektiver Fetozid 164
 - Sepsis 65
 - Harnwege 67
 - Shuddering Attacks 106
 - Shunt

- arteriovenös 128
- Liquor- 110
- Thrombose 128
- Sonnenbrand 192
- Spätfolgen s.a. Folgezustände 14
- Spender
 - Knochenmark/Stammzellen (allogen) 83
- Spondylodese 146
- Stammzellentnahme 83
- Standardmaßnahmen
 - Kodierung 54
- Stereotaktische
 - Bestrahlung 108
 - Biopsie, intrakranielles Gewebe 109
 - Neurochirurgie 109
- Stillhindernisse 165
- Strahlentherapie
 - Kodierung 80
 - kombiniert mit Chemotherapie 79
 - stereotaktisch 108
- Stürze 173
- Subkutane Brustamputation, prophylaktisch 143
- Surfactant-Mangel 171
- Symptom
 - als Hauptdiagnose 6, 18
 - als Nebendiagnose 7
 - Kodierung 173
- Syndrome 13
 - angeboren 14
 - Crush-Syndrom 180
 - diabetischer Fuß 93
 - Kompartment-S. 147
 - metabolisches S. 95
 - Münchhausen-Stellvertreter-S. 101
 - Reihenfolge der Kodes 13
 - Young-S. 151

 T

- Tagesfall 9
- Taubheit 115
- Teilleistung, Kodierung 44
- Tetraplegie/Paraplegie
 - nicht traumatisch 105
 - traumatisch 184
- Totgeburt
 - bei vorzeitiger Beendigung der Schwangerschaft 156
 - Definition 153
- Trabekulektomie 113
- Tränengänge
 - Katheterisierung 113
- Transfusionen
 - bei Neugeborenen 171
- Transitorische Tachypnoe beim Neugeborenen 172

- Transplantat
 - Entnahme 144
- Transplantation
 - Haut- 144
 - Knochenmark/Stammzellen 83
 - Kornea, Transplantatabstoßung 111
- Tumorkachexie 72
- Tympanotomieeröhrchen
 - Entfernung 115

 Ü

- Übergangsregelungen 5, 47
- Übertragung (Schwangerschaft) 162

 U

- Untersuchung, klinische
 - in Allgemeinanästhesie 50
- Urosepsis 67
- Uterusnarbe 161

 V

- Verblutung der Schweißdrüsen 112
- Verbrennungen
 - Folgeeinweisungen 194
 - Inhalations- 193
 - Körperoberfläche 193
 - Reihenfolge der Kodes 192
 - Verband bei - 193
- Verdachtsdiagnosen 17
 - bei Entlassung 18
 - bei Verlegung 18
 - Hauptdiagnose bei V.a. 8
- Vereinbarungen (formale)
 - Systematik ICD-10-SGB-V 28
- Vereinbarungen (formale)
 - Alphabetisches Verzeichnis 33
 - Diagnosenthesaurus 33
- Vergiftung
 - durch Arzneimittel/Drogen 194, 195, 196
 - Folgezustand 190
- Verlegung
 - mit Verdachtsdiagnose 18
 - intern 10
- Verletzung
 - Abdomen (offen) 182
 - akut/alt (Definition) 190
 - des Rückenmarks 184
 - akute Phase 184, 185
 - Art der Verletzung 186
 - chronische Phase 185
 - funktionale Höhe 187
 - Kodierung von Wirbelfrakturen und -dislokationen bei - 187
 - Folgezustand nach - 190

- Haut und subkutanes Gewebe 141
- Kopf (geschlossen) 182
- Kopf (offen) 181
- Mehrfach- 189
- mit Gefäß-, Nerven- und Sehnenschäden 180
- oberflächlich 177
- offene Wunden 180
- mit Gefäß- 189
- Thorax (offen) 181
- Weichteile 147
- Verminderte
 - Kindsbewegungen 160
- Verstauchung 177
- Vielgebärende 161

 W

- Warzen (HPV) 150
- Wehen
 - vorzeitig 162
- Weibliche Genitalmutilation (FGM), Rekonstruktionsoperation 151
- Weichteilverletzungen 147
- Wochenbett 164
- Wunde (offen) 180

 Y

- Young-Syndrom 151

 Z

- Zerquetschung 179
- Zerrung 177
- Zystische Fibrose 96

SCHLÜSSELNUMMERVERZEICHNIS**ICD-Kode-Index**

<u>ICD-Kode</u>	<u>DKR</u>	<u>Seite</u>	<u>ICD-Kode</u>	<u>DKR</u>	<u>Seite</u>
A04.5	1104a	138	B95-B97	D012a	24
A08.0	1602a	169	B96.81!	1104a	138
A17.0†	D012a	22	B97.7!	1403a	150, 151
A18.0†	D013a	32	C00.-	0217a	81
A18.1†	D012a	23	C00-C75	0203a	72
A22.8†	D013a	30	C02.8	0206a	73
A27.-†	D013a	30	C08.8	0206a	73
A30.-	D013a	30	C14.8	0206a	73
A31.0	0101a	64	C16.0	0206a	73
A32.1†	D013a	30	C16.2	0201b	71
A40.-	0103a	65	C18.-	0219a	82
	0104a	67	C18.4	0201b	69
A41.-	0103a	65, 66	C21.8	0206a	73
	0104a	67	C24.8	0206a	73
A41.9	0103a	65, 66	C26.8	0206a	73
A46	0401b	95	C34.1	1806a	176
	D013a	29, 30	C39.8	0206a	73
A49.9	0103a	65	C41.8	0206a	74
A54.2†	D012a	22	C43.7	0207a	75
A54.8	D012a	23	C44.0	0217a	81
A54.8†	D013a	30	C44.1	0601a	104
A63.0	1403a	151	C44.2	P005b	47
A70	D013a	32	C44.3	P005b	47
A87.8	0101a	60	C44.6	P005b	47
B00.4†	0101a	61	C46	0101a	62
B05.2	D013a	32	C46.0	0101a	61, 62, 64
B20	0101a	60, 61, 62, 64	C46.8	0101a	65
B20-B24	0101a	59, 60, 61, 62	C49.8	0206a	74
B21	0101a	60, 61, 62, 64, 65	C50.4	0201b	70
B22	0101a	60		0207a	75
B23.0	0101a	59		0211b	79
B23.8	0101a	60, 62		D012a	24
B24	0101a	60	C52	0206a	74
B25.8†	0101a	61, 62	C53.-	0206a	74
B37.0	0101a	61	C53.1	0206a	73
B59	D013a	32	C53.8	0206a	73
B90.-	D005a	15	C57.8	0206a	74
B90.0	D005a	16	C61	0201b	71
B91	D005a	15		0202b	72
B92	D005a	15		0211b	78
B94.-	D005a	15	C63.8	0206a	74
B94.0	D005a	15	C67.-	0212a	80
B94.1	D005a	16	C67.2	0209a	77
B94.8	D005a	16	C68.8	0206a	74
B95!-B97!	1905a	180	C71.1	0201b	69
B95.6!	1905a	180	C71.8	0202b	71, 72

ICD-Schlüsselnummerverzeichnis

C72.8	0206a	74	E16.9	0401b	95
C76.-	0206a	74	E64.-	D005a	16
C77.-	0216a	81	E64.3	D005a	16
C78.2	0215a	81	E68	D005a	16
C78.7	0201b	69	E84.-	0403a	96
C78.8	0216a	81	E84.0	0403a	96
C79.5	0201b	71	E84.8	0403a	96
	0216a	81	E86	1107a	139
	1806a	176	E89.-	1919a	196
C79.5†	0202b	72	E89.0	1919a	197
C80	0201b	69	E89.1	0401b	87
	0215a	81		0402a	96
C81.0	0201b	70	F00.-*	0508a	102
C81-C88	0216a	81	F00-F09	D012a	24
C88.-	0208a	75	F09	1919a	197
C90.-	0208a	75	F10.0	0501a	98
C91.-	0208a	75	F10.1	0501a	99
C91-C95	0208a	75	F10.2	0501a	98
C92.-	0208a	75	F10-F19	0501a	97, 98
C92.0	D006a	17	F17.2	0502a	99
C92.1	D006a	17	F32.2	0506a	101
C93.-	0208a	75	F40.-	0504a	100
C94.-	0208a	75	F40.0	0504a	100
C95.-	0208a	75	F40.00	0504a	100
C97	0207a	74, 75	F40.01	0504a	100
D07.5	0220a	82	F41.0	0504a	100
D12.6	0218a	82	F53.-	0506a	100
D50.9	1510b	159	F53.0	0506a	100, 101
D59.2	0101a	63	F60.-	0503a	99
D70	0103a	66	F68.1	0507a	101
E10.-	0401b	87	G00.-	D005a	16
E10.20†	0401b	90, 91	G01*	D013a	30
E10.30†	0401b	90	G01*-G02*	D005a	16
	D012a	25	G03.9	D008b	18
E10.50†	0401b	90, 93	G03-G04	D005a	16
	D012a	25	G04.9	0603a	105
E10.61	0401b	88	G05.-*	D005a	16
E10.61†	0401b	88	G05.0*	D013a	30
E10.71†	0401b	89, 95	G05.1*	0101a	61
	D012a	26	G06.-	D005a	16
E10.91	0401b	88	G07*	D005a	16
E10†-E14†	0401b	90, 91, 92	G08	D005a	16
	0701a	111	G09	D005a	16
E10-E14	0401b	87, 89, 93	G10	D013a	32
	1916a	194	G11.-	D013a	32
E11.-	0401b	87	G11.0	D013a	32
E12.-	0401b	87	G11.1	D013a	32
E13.-	0401b	87	G11.2	D013a	32
E14.-	0401b	87	G25.8	0605a	106
E16.-	0401b	95	G30.-†	0508a	102
E16.0	0401b	95	G31.81	0606a	106
E16.1	0401b	95		0709a	112
E16.2	0401b	95	G31.81†	0606a	106
E16.4	0401b	95		0709a	113
E16.8	0401b	95	G40.3	0606a	106

ICD-Schlüsselnummerverzeichnis

G59.0*	0401b	92	H90.-	0801a	115
G63.2*	0401b	92, 93, 94, 95	H91.-	0801a	115
G63.3*	D012a	23	H95.-	1919a	197
G71.3	0606a	107	I05.-	D013a	31
G73.0*	0401b	92	I05.0	D013a	31
G81.0	0601a	103	I05.1	D013a	31
G81.1	0601a	104	I05.2-I05.9	D013a	31
	D005a	15	I10	D013a	29
G82.-	0603a	105	I11.-	0904a	120
	1910a	185		0906a	121
G82.06	1910a	186	I12.-	0905a	121
G83.2	D005a	15		0906a	121
G90.8	0604a	106		D013a	29
G93.8	1918a	195	I13.-	0906a	121
G97.-	1919a	196	I15.-	0907a	121
G99.0*	0401b	94	I15.0	0907a	121
H00.0	1201a	141	I15.2	0907a	121
H02.8	D009a	20	I20.-	0901a	117
H02.9	D009a	20	I20.0	0901a	117
H05.0	1201a	141		0908a	123
H10.4	0706a	112		D001a	4
H16.-	0704a	112	I20.9	0901a	117
H16.1	0707a	112	I21.-	0901a	117, 118
H16.8	0706a	112	I21.0-I21.3	0901a	117
H18.-	0704a	112	I21.4	0901a	118
H18.0	0708a	112	I22.-	0901a	117, 118
H18.2	0706a	112	I23.-	0901a	117
H18.8	0706a	112	I24.-	0901a	117, 118
H20.-	0704a	112	I24.0	0901a	118
H21.0	0710a	113	I25.-	0901a	117
H25.-	0401b	91	I25.1	0901a	118, 119
H26.9	D009a	20	I25.11	0901a	118
H27.0	0702a	111		0908a	124
H28.0*	0401b	91	I25.12	0901a	118
	0701a	111		0908a	123, 124
H32.0*	0101a	61, 62	I25.13	0901a	118
H35.8	0401b	91		0908a	124
H36.0*	0401b	89, 90, 91	I25.2	0901a	118
	D012a	25, 26	I25.5	0901a	118
H36.8*	0606a	106	I25.8	0901a	119
	0709a	112, 113	I25.9	0901a	117, 119
H44.0	0704a	112	I34.-	D013a	31
H44.1	0704a	112	I42.-	0901a	119
H49.4	0606a	106	I43.-*	0901a	119
	0709a	112	I44.-	0606a	106
H49.8	0606a	106		0709a	113
	0709a	112	I45.-	0606a	106
H54.-	0401b	91		0709a	113
H54.4	D005a	15	I46.-	0903a	120
H57.9	D009a	20	I46.0	0903a	120
H59.-	1919a	196	I46.1	0903a	120
H65.3	0802a	115	I46.9	0903a	120
	D007a	17	I50.-	0904a	120
H65.9	0802a	115	I50.1	0902a	120
H72.9	0803a	115	I51.5	0904a	120

ICD-Schlüsselnummerverzeichnis

I51.6	0904a	120	J95.-	1919a	197
I51.7	0904a	120	J98.4	1404a	151
I51.8	0904a	120	K21.0	1105a	138
I51.9	0904a	120	K22.8	1105a	138
I60.-	0601a	103	K25.-	1103a	137
I60-I64	0606a	106	K25.0	1105a	138
I61.-	0601a	103	K25.7	1104a	138
I63.-	0601a	103	K29.-	1103a	137
I63.3	0601a	103	K29.0	1917a	195
I69.-	0601a	104	K31.-	D013a	28
	D005a	16	K31.0	D013a	28
I69.4	0601a	104	K31.1	D013a	28
	D005a	15	K35.-	M49.56*	137
I70.20	0401b	94	K36	1101a	137
	D010a	20		D013a	30
I70.21	0401b	94	K37	1101a	137
I70.22	0401b	90, 93, 94	K40.20	D011a	21
	D012a	25	K62.5	1106a	139
I70.23	0401b	94, 95	K62.8	1403a	150
	D001a	4	K66.0	1102a	137
I70.24	0401b	94	K67.1*	D012a	23
	D010a	20	K85	0501a	99
I79.2*	0401b	89, 90, 92, 93, 95		D006a	16
	D012a	25, 26	K86.1	D006a	16
I83.9	0502a	99	K91.-	1919a	197
I88.-	D013a	29	K91.4	1919a	197
I97.-	1919a	197	K92.-	1105a	138
I97.1	0911b	127	K92.0	1918a	196
J01.1	D007a	17	K92.2	1106a	139
J10-J15	D013a	32	L02.4	0401b	93
J15.8	1919a	197	L03	1201a	141
J16.-	D013a	32	L03.02	0401b	93
J16.0	D013a	32	L03.11	0401b	93
J16.8	D013a	32	L03.2	1201a	141
J17.0*	D012a	23	L50.-	D009a	19
J18.-	D013a	32	L50.0	D009a	19
J18.9	D013a	32	L50.1	D009a	19
J20.1	0403a	96	L50.2	D009a	19
J21.9	D006a	17	L50.3	D009a	19
J35.0	D007a	17	L50.4	D009a	19
J44.-	1002a	135	L50.5	D009a	19
	1003a	135	L50.6	D009a	19
J44.0	1003a	135	L50.8	D009a	19
J44.1	1003a	135	L50.9	D009a	19
	D006a	16	L55.0	1914a	192
J44.9	0502a	99	L55.1	1914a	192
J45.-	1002a	134, 135	L55.2	1914a	192
	1003a	135	L57.0	P005b	47
J45.0	1510b	159	L89	0401b	93
J46	1002a	134	L90.5	1205a	142
J47	1404a	151	L97	0401b	93
J60-J70	1002a	134	M20.1	0401b	94
J81	0902a	120		D002b	8
J82	1002a	134	M20.2	0401b	94
J91*	D012a	24	M20.3	0401b	94

ICD-Schlüsselnummerverzeichnis

M20.4	0401b	94	O00.1	1504b	154
	D002b	8	O00-O02	1504b	154
M20.5	0401b	94	O00-O07	1508b	157
M21.27	0401b	94	O02.0	1503a	154
M21.37	0401b	94	O03.1	1504b	155
M21.4	0401b	94	O03.3	1504b	155
M21.57	0401b	94	O03-O06	1504b	154
M21.67	0401b	94	O03-O07	0103a	66
M21.87	0401b	94	O04.-	1505a	155
M23.2	1307a	147	O08.-	1504b	154, 155
M23.3	1307a	147	O08.0	0103a	66
M43.1	1304a	146	O08.1	1504b	154
M49.56*	0202b	72	O08.3	1504b	154, 155
M50.-	1303a	146	O09!	1508b	157
M50.0†	1302a	145	O09.-!	1505a	156
M50.1	1302a	145		1508b	157
M50.2	1302a	145		1519b	162
M51.-	1303a	146	O09.0!	1508b	157
M51.2	1302a	145	O09.1!	1504b	154, 155
M51.9	1303a	146		1508b	157
M54.4	1301a	145	O09.2!	1508b	157
M54.5	1301a	145	O09.3!	1508b	157
	1806a	176	O09.4!	1508b	157
M62.8	1309a	147	O09.5!	1508b	157
M84.03	1913a	191		1509a	158
M96.-	1919a	197	O09.9!	1508b	157
N04.1	D004a	14	O20.0	1508b	157
N08.3*	0401b	88, 89, 90, 91		D001a	4
	D012a	26	O20-O29	1510b	158
N18.-	0905a	121	O24.0-O24.3	0401b	87
N18.0	0401b	91	O24.4	0401b	87
N19.-	0905a	121	O26.-	1510b	158
N26.-	0905a	121	O26.82	1510b	158
N29.1*	D012a	23	O26.88	1510b	158
N32.8	0209a	77	O30.0	1509a	157, 158
N33.0*	D012a	23	O32.-	1512a	160
N39.0	0104a	67	O32.1	1513a	160
	1910a	186	O32.5	1509a	158
N39.3	0601a	104	O34.2	1515a	161
N39.4	0601a	104	O35.0	1505a	155, 156
N40	0220a	82	O36.4	1522a	163
N43	1402a	149	O36.8	1514a	160
N46	1404a	151	O42.-	1508b	157
N48.8	1403a	150	O47.0	1508b	157
N51.-*	D012a	23		1519b	162
N51.1*	D012a	22	O48	1520a	162, 163
N61	1527a	164	O60	1505a	156
N74.0*	D012a	23		1508b	157
N74.1*	D012a	23		1509a	158
N87.0	1403a	150		1519b	162
N88.8	1403a	150	O63.-	1521a	163
N89.8	1403a	150	O64.-	1512a	160
N90.8	1403a	150	O64.1	1513a	160
	1406a	151	O64.8	1509a	158
N99.-	1919a	197	O71.6	D013a	31

O73.-	1526a	164	P91.5	1606a	172
O74.6	1524a	164	P92.-	1528a	165
O75.3	0103a	66	Q02	D004a	14
O75.5	1521a	163	Q21.0	D004a	13
O75.6	1521a	163	Q40.0	D013a	28
O75.7	1515a	161	Q40.1	D004a	14
O80	0506a	100	Q76.21	1304a	146
	1506a	156	Q87.-	D004a	14
	1512a	160	Q87.8	D004a	14
O85	0103a	66	Q90.0	D004a	13
O92.3	1529a	165	R00-R99	1801a	173
O92.5	1529a	165		D002b	7
O95-O99	1510b	158	R02	D010a	20
O97	D005a	16	R10.3	D008b	18
O98	1510b	159	R13	0601a	104
O98.4	0102a	65	R15	0601a	104
O99	1510b	159		1804a	174
O99.0	1510b	159	R27.0	1802a	173
O99.3	0506a	100, 101	R29.81	1803a	173
O99.5	1510b	159	R32	0601a	104
P01.1	1602a	169		1804a	174
P07.1	1601a	168	R40.0	1909a	183
P20.-	1606a	172	R40.1	1909a	183
P21.0	1606a	172	R40.2	1909a	183
P21.1	1601a	168		1916a	194
P22.0	1601a	168		1917a	195
	1604a	171	R47.0	0601a	103
P22.1	1603a	170		0602a	105
	1605a	172	R52	1806a	175
P22.8	1603a	170	R52.-	1806a	174
P22.9	1604a	171	R52.0	1806a	174
P23.-	D013a	32	R52.1	1806a	175
P24.-	1605a	171	R52.2	1806a	175
P25.1	1601a	168	R56.0	1805a	174
P28.0	1602a	169	R56.8	0202b	72
P36.-	0103a	66	R57.9	1603a	171
	1603a	170	R59.-	D013a	29
P39.8	1603a	170	R59.1	0101a	59
P50.-	1603a	171	R64	0101a	61, 62
P59.9	1601a	168		0202b	72
P61.1	1603a	171	R73.0	0401b	87
P61.2	1603a	171		0402a	96
P61.3	1603a	171	R73.9	0402a	96
P61.4	1603a	171	R75	0101a	59, 60
P70.-	1603a	170	S00	1902a	177
P70.0	0401b	87	S00.85	1911a	189
P70.1	0401b	87	S01.41	1911a	189
P70.2	0401b	87	S01.81!	1907a	181
P74.-	1603a	170	S01.83!	1907a	181
P74.1	1603a	171	S02.1	1909a	183
P83.5	1402a	149	S06.01-S06.05	1909a	183
P90	1601a	167	S06.02	1911a	189
	1606a	172	S06.03	1909a	183
P91.3	1606a	172	S06.31	1911a	189
P91.4	1606a	172	S06.33	1907a	181

				1909a	183			D012a	27
S06.5	1909a	183	S42.41	1902a	178			1903b	178, 179
S08.1	1911a	189	S43.01	1903b	179			D012a	27
S09.7	1911a	189		D012a	27			1903b	179
S10	1902a	177	S52.21	1903b	179			1913a	192
S10.0	1911a	189	S52.31	1913a	192			D011a	21
S12.22	1910a	186, 187	S52.51	D011a	21			1510b	159
S13.-	1302a	145	S62.32	1510b	159			1911a	189
S13.14	1910a	186	S71.1	1911a	189			1903b	178
S14.-	1910a	187	S71.81!	1903b	178			1903b	178
S14.0	1910a	186	S72.3	1903b	178			1306a	146
S14.1	1910a	186	S73.0	1306a	146			1901a	177
S14.13	1910a	186, 187	S76.1	1901a	177			1905a	180
S14.7!	1910a	187	S81.0	1905a	180			1307a	147
S14.70!	1910a	187	S83.2	1307a	147			1901a	177
S14.75!	1910a	186	S83.50	1901a	177			1904a	179
S21.81!	1910a	188	S91.81!	1904a	179			1904a	179
S21.83!	1908a	181, 182	S92.3	1904a	179			1911a	189
S22.01	1910a	188	T00-T07	1911a	189			1911a	189
S22.02	1910a	188	T01.8	1911a	189			1914a	192
S22.06	1910a	184	T07	1911a	189			1914a	193
S23.-	1302a	145	T20-T31	1914a	192			1914a	193
S23.11	1910a	188	T21.23	1914a	193			1914a	192
S23.12	1910a	188	T21.25	1914a	193			1914a	193
S23.14	1910a	185	T25.3	1914a	192			1914a	193
S24.-	1910a	187	T27.-	1914a	193			1914a	193
S24.0	1910a	186	T29.-	1914a	193			1914a	193
S24.1	1910a	186	T31.-!	1914a	193			1916a	194
S24.11	1910a	188	T36 – T50	1916a	194			1916a	194
S24.12	1910a	184, 185	T38.3	1916a	194			1918a	196
S24.7!	1910a	187	T39.0	1918a	196			1916a	194
S24.72!	1910a	188	T40.2	1916a	194			1918a	195
S24.75!	1910a	185	T42.3	1918a	195			1918a	196
S27.38	1908a	182	T45.5	1918a	196			1918a	195
S30	1902a	177	T51 – T65	1916a	194			1918a	195
S31.83!	1908a	182	T51.0	1918a	195			1915a	194
	D012a	27	T74.-	1915a	194			0507a	101
S33.-	1302a	145	T74.1	0507a	101			1904a	180
S34.-	1910a	187	T79.5	1904a	180			1309a	147
S34.0	1910a	186	T79.6	1309a	147			0103a	66
S34.1	1910a	186	T80.2	0103a	66			1919a	196
S34.7!	1910a	187	T80-T88	1919a	196			1919a	197
S34.72!	1910a	184	T81.0	1919a	197			0103a	66
S36.03	1908a	182	T81.4	0103a	66			0911b	127
	D012a	27	T82.1	0911b	127			0103a	66
S36.49	1908a	182	T82.6	0103a	66			0103a	66
	D012a	27	T82.7	0103a	66			0911b	127
S37.03	1908a	182	T82.8	0911b	127			0901a	118
	D012a	27		0901a	118			0911b	127
S40.0	1911a	189		0911b	127			0103a	66
S41.81!	1903b	179	T83.5	0103a	66			0103a	66
	D012a	27	T83.6	0103a	66			1306a	147
S41.82!	1903b	178	T84	1306a	147			0103a	66
S42.11	1902a	178	T84.5	0103a	66			0103a	66
S42.21	1903b	179	T84.6	0103a	66				

T84.7	0103a	66	Z40.00	1205a	143
T85.3	0704a	111	Z40.8	1205a	143
T85.4	1205a	143	Z42.-	1205a	143
T85.71	0103a	66	Z42.1	1205a	143
T85.78	0103a	66	Z45.0	0911b	127
	0704a	111	Z45.8	0911b	128
	1205a	143	Z47.0	1913a	192
T85.88	1205a	143	Z48.8	0712a	113
T89.0	1905a	180		0912a	129
T89.01	1905a	180		1518a	161
T90.-	1913a	191	Z49.1	1401a	149
T90.4	0708a	112	Z51.0	0201b	70
T91.-	1913a	191		0211b	79
T92.-	1913a	191		0213b	80
T92.1	1913a	191	Z51.1	0101a	63, 64, 65
T93.-	1913a	191		0211b	78, 79
T94.-	1913a	191		0212a	80
T95.-	1913a	191	Z51.2	0101a	63, 64
T96.-	1913a	191	Z51.81	0301a	83
T97.-	1913a	191	Z52.-	P015a	55
T98.-	1913a	191	Z52.0	0301a	83
X49.9!	1918a	195, 196		P015a	56
Y57.9!	1917a	195	Z52.1	P015a	56
Y82.8!	1919a	197	Z52.2	P015a	56
Y84.9!	1919a	197	Z52.3	0301a	83
Z00.5	P015a	55		P015a	56
Z02.-	D013a	32	Z52.4	P015a	56
Z03.-	D002b	8	Z52.5	P015a	56
Z03.0-Z03.9	D002b	8	Z52.6	P015a	56
Z08.-	0209a	76	Z52.8	P015a	56
Z08.1	0209a	77	Z53.-	D007a	17
Z12.-	D013a	32	Z80.0	0218a	82
Z21	0101a	59, 60, 63		0219a	82
Z22.5	0102a	65	Z83.7	0218a	82
Z34.-	1510b	159	Z85.-	0209a	76
Z35.-	1516a	161	Z85.5	0209a	77
	1517a	161	Z85.6	0208a	76
Z36.-	1514a	160	Z85.7	0208a	76
Z37.-!	1505a	156	Z86.7	0601a	103
	1507a	157	Z89.4	0401b	94
Z37.0!	0506a	100, 101	Z89.5	0401b	94
	1520a	162, 163	Z89.6	0401b	94
Z37.1!	1505a	156	Z89.7	0401b	94
	1522a	163	Z95.0	0911b	127
Z37.2!	1509a	157, 158	Z95.1	0901a	119
Z38.-	1601a	167, 168		0908a	124
Z38.0	1601a	167, 168	Z95.5	0901a	119
	1602a	169	Z95.8	0911b	128
Z38.1	1601a	167	Z96.1	0704a	112
Z39.-	1518a	161	Z96.6	1306a	146
Z39.1	1528a	165			

OPS-Kode-Index

<u>OPS-Kode</u>	<u>DKR</u>	<u>Seite</u>	<u>OPS-Kode</u>	<u>DKR</u>	<u>Seite</u>
1.511.0	0609a	109	5-039.30	1806a	176
1-100	1405a	151	5-043	1806a	175
	P008a	50	5-056.40	P004a	45
1-265	P005b	46	5-059	1806a	175
1-266.0	0911b	126	5-061	P003a	41
1-266.1	0911b	128	5-061.0	P003a	41
1-440.1	1104a	138	5-061.2	P003a	41
1-511	0609a	109	5-063.2	P003a	40
1-571.1	1403a	150	5-089.1	0712a	113
1-620.0	P007a	50	5-089.2	0712a	113
1-632	1104a	138	5-089.3	0712a	113
1-636	P007a	50	5-09	1206a	143
1-650.2	P007a	50	5-095.00	P005b	48
1-661	0209a	77	5-097	1206a	143
1-710	P014a	54	5-10	0705a	112
1-711	P014a	54	5-112	P015a	56
1-712	P014a	54	5-113.0	P015a	56
1-844	P005b	46	5-123.4	P015a	56
1-853.2	P005b	46	5-125	P015a	56
3-200	1909a	183	5-131.0	0711a	113
3-203	1910a	185	5-163.0	P015a	56
3-225	P001a	36	5-181.0	P005b	47
3-601	P005b	49	5-184.0	P005b	48
3-604	P005b	49	5-200.3	P005b	48
3-820	P009a	51	5-201	0803a	115
5-511.11	P006a	49	5-212.0	P005b	47
5-010	0607a	107	5-278.2	1204a	142
5-011	0607a	107	5-289.1	P013b	53
5-011.5	0607a	107	5-311	1001b	131, 133
5-014	0609a	109	5-312	1001b	131, 133
5-014.4	0609a	109	5-327.8	P015a	56
5-014.6	0608a	108	5-335	P015a	56
5-015.4	0607a	107	5-340.1	P004a	45
5-016.0	0607a	107	5-340.30	P013b	53
5-016.1	0607a	107	5-351	P003a	40
5-020.4	0607a	107	5-351.12	P003a	40
5-022.0	0610b	109	5-352.00	0909a	125
5-022.00	0610b	109		P013b	53
5-023	0610b	110	5-361	0908a	121, 124
5-023.00	P006a	49	5-361.03	0908a	122
5-024	0610b	110	5-361.11	0908a	122
5-024.7	0610b	110	5-361.31	0908a	122
5-038	1806a	175	5-362	0908a	121, 122, 124
5-038.0	0610b	110	5-363.1	0908a	124
5-038.1	0610b	110		0909a	125
5-038.5	0610b	110	5-363.2	0908a	124
5-038.9	0610b	110	5-375.0	P015a	56
5-038.a	0610b	110	5-375.1	P015a	56
5-039	1806a	175	5-375.2	P015a	56
5-039.20	1806a	176	5-377.0	0911b	126

OPS-Schlüsselnumerverzeichnis

5-377.1	0911b	126	5-448.y	P003a	39
5-377.2	0911b	126	5-449.3	P011a	51
5-377.3	0911b	126	5-455.64	P001a	36
5-377.4	0911b	126	5-468	P011a	51
5-377.5	0911b	127	5-469.1	1102a	137
5-377.6	0911b	127	5-469.2	1102a	137
5-377.7	0911b	127	5-503.0	P015a	56
5-378	0911b	126	5-503.3	P015a	56
5-378.9	0911b	126	5-504	P015a	56
5-379.2	P015a	56	5-511.02	P001a	36
5-379.3	P015a	56	5-525.4	P015a	56
5-379.4	P015a	56	5-528	P015a	56
5-379.5	0908a	124	5-53	P005b	48
	0909a	125	5-530	1402a	149
	P013b	53		P005b	48
5-392	0912a	128	5-530.0	P005b	48
5-392.0	0912a	128	5-530.00	P005b	48
5-393.42	0401b	90, 93	5-530.01	P005b	48
5-394.5	0912a	128, 129	5-530.02	P005b	48
5-394.6	0912a	129	5-530.0x	P005b	48
5-394.7	0909a	125	5-530.0y	P005b	48
5-403	P003a	41	5-530.31	D011a	21
5-403.11	P003a	41	5-541.0	P004a	45
5-403.31	P003a	41	5-554.8	P015a	56
5-410.0	0301a	83, 84	5-554.9	P015a	56
	P015a	56	5-555	P015a	56
5-410.1	0301a	83, 84	5-559.3	P013b	53
	P015a	56	5-580	P003a	43
5-411	0301a	84	5-580.0	P003a	43
	P015a	56	5-580.1	P003a	43
5-44	P003a	38	5-609.0	P013b	53
5-448	P003a	38	5-611	1402a	150
	P006a	49	5-651.22	P002a	37
5-448.0	P003a	38	5-672.10	1403a	150
	P006a	49	5-683.04	P004a	44
5-448.00	P003a	38	5-685.30	P001a	36
5-448.01	P003a	38	5-690.0	1502a	153
5-448.02	P003a	38	5-690.1	1502a	153
5-448.03	P003a	38	5-690.2	P002a	37
5-448.0x	P003a	38	5-702.1	P008a	50
5-448.0y	P003a	39	5-720.1	P001a	36
5-448.1	P003a	38, 39	5-727.1	1509a	158
	P006a	49	5-730	1506a	156
5-448.10	P003a	39		1522a	163
5-448.2	P003a	38	5-733	P004a	45
	P006a	49	5-738.1	1506a	156
5-448.3	P003a	38	5-74	1525a	164
	P006a	49	5-740.1	1509a	158
5-448.4	P003a	38	5-753.2	1523a	164
5-448.5	P003a	38	5-756	1526a	164
5-448.6	P003a	38	5-771	1204a	142
5-448.8	P003a	38	5-772	1204a	142
5-448.9	P003a	38	5-778	1202a	141
5-448.x	P003a	38, 39	5-783	1204a	142
5-448.x0	P003a	39		P015a	56

OPS-Schlüsselnumerverzeichnis

5-783.0	P003a	41	5-988	P003a	42
5-784	P003a	40	5-995	P003a	42
	P015a	56		P004a	44
5-784.0	P003a	41	8-01	P005b	46
5-786	P003a	40	8-010	1603a	170
5-787.35	1913a	192		P011a	51
5-790	P011a	51	8-015	1603a	170
5-790.16	D011a	21	8-100.b	P003a	43
	P005	48	8-152.1	P005b	46
5-79b	1306a	147	8-153	P005b	46
5-820	P003a	40	8-17	P005b	46
5-820.0	P003a	40	8-201.g	1306a	147
5-820.01	P003a	41	8-310	P014a	54
5-820.2	P003a	40	8-390	P005b	46
5-829.1	P003a	40	8-510.1	P004a	45
5-829a	P003a	40	8-52	0211b	79
5-835	1305a	146		0213b	81
5-836	1305a	146	8-523.0	0608a	108
5-836.1	1910a	185	8-523.1	0608a	108
5-837	1305a	146	8-523.2	0608a	108
5-838	1305a	146	8-529	0608a	108
5-838.0	P011a	51	8-529.6	0608a	108
5-850	P012a	52	8-53	0213b	81
5-864.8	P005b	48	8-54	0101a	63, 64
5-890	P012a	52		0211b	79
5-893	P012a	52		P005b	46
5-893.0	P012a	52	8-540.1	0101a	64, 65
5-893.1	P012a	52		0211b	78, 79
5-894.08	P005b	47	8-541.4	0212a	80
5-894.0a	P005b	47	8-55 bis 8-57	P005b	46
5-894.0f	P005b	47	8-560.2	1601a	168
5-90	1202a	141		1603a	170
	1207b	144		P011a	51
5-900	1202a	141	8-63 bis 8-65	P005b	46
5-901	1207b	144	8-641	0911b	127
	P015a	56	8-642	0911b	127
5-904	1207b	144	8-643	0911b	127
5-92	1207b	144	8-70	1001b	133
5-924	1207b	144	8-700	1001b	134
	P015a	56		P005b	46
5-92a	1914a	193	8-701	1001b	131, 134
	P005b	46	8-704	1001b	131
5-930.4	0401b	90, 93	8-706	1001b	131
5-981	1911a	190	8-71	P005b	46
	P003a	42	8-711	1001b	133
5-982	1911a	190		P011a	51
	P003a	42	8-711.0	1001b	131, 134
5-983	P003a	42	8-718	1001b	133, 134
	P013b	53		P003a	41
5-984	P003a	42		P012a	52
5-985	P003a	42	8-718.0	1001b	131
5-986	0610b	110		P012a	52
	P003a	42	8-718.1	1001b	131
	P006a	49		P012a	52
5-987	P003a	42	8-718.2	1001b	131

OPS-Schlüsselnumerverzeichnis

	P012a	52	8-851	0908a	123, 124
8-718.3	1001b	131	8-851.1	0908a	123
8-718.y	1001b	131	8-851.2	0908a	123
8-720	1001b	131	8-852	0910a	125
	1603a	170	8-853	1401a	149
	P005b	46	8-854	1401a	149
	P011a	51	8-855	1401a	149
8-771	0903a	120	8-857	1401a	149
8-800	0302a	84	8-900	P009a	51
	1603a	171	8-91	1806a	175
	P005b	46		P001a	36
	P012a	52		P005b	46
8-800.0	P012a	52	8-910	1506a	156
8-800.1	P012a	52		1806a	175
8-800.2	0302a	85		P001a	36
	P012a	52	8-914	1806a	175
8-800.3	P012a	52	8-918	1806a	175
8-802	P005b	46	8-92 bis 8-93	P005b	46
8-805	0301a	84	9-260	0506a	100
	P015a	56		1506a	156
8-81	P005b	46		1522a	163
8-810	0302a	84	9-261	0506a	101
	1603a	171		1506a	156
8-810.0	0302a	85		1509a	157
8-811	1603a	171		1520a	162, 163
	P011a	51		1522a	163
8-836.0e	0912a	128	9-30	P005b	46
8-836.7e	0912a	128	9-40	P005b	46