

DEUTSCHE KODIERRICHTLINIEN

Allgemeine und Spezielle Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren

Version 2004

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

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

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

EINLEITUNG

zu den Deutschen Kodierrichtlinien, Version 2004

Die Selbstverwaltungspartner (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherungen) und das Institut für das Engellsystem im Krankenhaus (InEK gGmbH) haben die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) für das Jahr 2004 angepasst. Aufgrund der umfangreichen Änderungen an dem G-DRG-System für 2004, deren Umsetzung bei den Anwendern mit einem deutlichen Aufwand einhergehen wird, wurden die Anpassungen in den Kodierrichtlinien auch in diesem Jahr auf zwingend notwendige Änderungen beschränkt.

In diesem Sinne wurden folgende Anpassungen vorgenommen:

- Redaktionelle Überarbeitung der Kodierrichtlinien, Fehlerbereinigung
- Anpassung an die ICD-10-GM Version 2004
- Anpassung an den OPS-301 Version 2004
- Anpassung an die G-DRG Klassifikation Version 2004
- Inhaltliche Klarstellung einzelner Kodierrichtlinien
- Neuaufnahme und Streichung von einzelnen Kodierrichtlinien zur Klarstellung von speziellen Fallkonstellationen

Die Deutschen Kodierrichtlinien Version 2004 beziehen sich ausschließlich auf Kodes des amtlichen OPS-301, Version 2004. Kodes des freiwillig anzuwendenden Erweiterungskataloges zum OPS-301 (auch optionaler OPS-301) werden hier nicht berücksichtigt. Die Übergangsregelungen für die Abrechnung gemäß der Bundespflegesatzverordnung (BPTV) wurden unverändert belassen. Bei Redaktionsschluss wurde davon ausgegangen, dass diese aufgrund der zeitlich versetzten Budget-Verhandlungen für das Jahr 2004 noch Anwendung finden werden. Es konnte allerdings zu diesem Zeitpunkt nicht ausgeschlossen werden, dass im Rahmen der Überarbeitung der Fallpauschalen-/Sonderentgelt-Kataloge noch Änderungsbedarf in Bezug auf die Übergangsregelungen besteht.

Um einen leichteren Überblick über die Änderungen zu ermöglichen, wurden diese in der vorliegenden Version 2004 am Rand durch Markierungen (senkrechte Balken) hervorgehoben. In den Fällen, in denen Inhalte des Regelwerkes eine Modifizierung oder Ergänzung erfahren haben, wurde in der fortlaufenden Nummerierung der Kodierrichtlinien der Buchstabe „a“ oder „b“ durch „c“ für die Version 2004 ersetzt. Die wesentlichen Änderungen im Vergleich zu den Vorversionen wurden in Form einer Zusammenfassung in den Anhang B der Kodierrichtlinien aufgenommen.

Danksagung

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

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

Stiegburg, 2003

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

Die australische Regierung hat ihre Kodierrichtlinien für die Anpassung in Deutschland zur Verfügung gestellt. Von der sprachlichen Übersetzung abgesehen, wurden Änderungen für Deutschland insbesondere immer dann vorgenommen, wenn die Erfahrungen in dem Regelwerk sich explizit auf die australischen Klassifikationssysteme bezogen – die sich von den deutschen unterscheiden – oder wenn unterschiedliche Versorgungs- oder Versorgungsstrukturen dies erforderten. Bei der Bearbeitung der Speziellen Kodierrichtlinien wurden darüber hinaus umfangreiche medizinische Erfahrungen 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 erste Grundlagentexte 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. Zaitz, 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 2004	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>
<i>II. Schlüsselnummern (Kodes)</i>	<i>XXIII</i>
<i>III. Fallbeispiele</i>	<i>XXV</i>

Allgemeine Kodierrichtlinien

Allgemeine Kodierrichtlinien für Krankheiten	3
<i>D001a Allgemeine Kodierrichtlinien</i>	<i>3</i>
<i>D002c Hauptdiagnose</i>	<i>4</i>
<i>D003b Nebendiagnosen</i>	<i>11</i>
<i>D004a Syndrome</i>	<i>13</i>
<i>D005a Folgezustände</i>	<i>14</i>
<i>D006a Akute und chronische Krankheiten</i>	<i>16</i>
<i>D007a Aufnahme zur Operation, Operation nicht durchgeführt</i>	<i>17</i>
<i>D008b Verdachtsdiagnosen</i>	<i>18</i>
<i>D009a „Sonstige“ und „nicht näher bezeichnete“ Schlüsselnummern</i>	<i>19</i>
<i>D010a Kombinations-Schlüsselnummern</i>	<i>20</i>
<i>D011a Doppelkodierung</i>	<i>21</i>
<i>D012a Mehrfachkodierung</i>	<i>22</i>
<i>D013c Im Systematischen Verzeichnis verwendete formale Vereinbarungen</i>	<i>28</i>
<i>D014a Im Alphabetischen Verzeichnis und im ICD-10-GM-Diagnoseschlüssel verwendete formale Vereinbarungen</i>	<i>33</i>

Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren

<i>P001a Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren</i>	<i>35</i>
<i>P002a Hauptprozedur</i>	<i>36</i>
<i>P003a Hinweise und formale Vereinbarungen für die Benutzung des OPS-301</i>	<i>37</i>
<i>P004a Nicht vollendete oder unterbrochene Prozedur</i>	<i>44</i>
<i>P005b Multiple/Bilaterale Prozeduren</i>	<i>45</i>
<i>P006a Laproskopische/arthroskopische/endoskopische Prozeduren</i>	<i>49</i>
<i>P007a Endoskopie multipler Gebiete (Panendoskopie)</i>	<i>50</i>
<i>P008a Klinische Untersuchung in Allgemeinamblythese</i>	<i>50</i>
<i>P009a Allgemeinamblythese</i>	<i>50</i>
<i>P010a Prozeduren medizinischer Fachberufe</i>	<i>51</i>
<i>P011a Pädiatrische Prozeduren</i>	<i>51</i>
<i>P012a Prozeduren, unterschieden auf der Basis von Größe, Zeit oder Anzahl</i>	<i>52</i>
<i>P013b Wiedereröffnung eines Operationsgebietes/Reoperation</i>	<i>53</i>
<i>P014a Prozeduren, die normalerweise nicht verschlüsselt werden</i>	<i>54</i>
<i>P015c Organentnahme und Transplantation</i>	<i>56</i>

Spezielle Kodierrichtlinien

1 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	63
<i>0101c HIV/AIDS</i>	<i>63</i>
<i>0102a Virushepatitis</i>	<i>68</i>
<i>0103a Bakteriämie, Sepsis und Neuroptenie</i>	<i>68</i>
<i>0104a Urrosepsis</i>	<i>70</i>
2 Neubildungen	71
<i>0201b Auswahl und Reihenfolge der Kodes</i>	<i>71</i>
<i>0202b Komplikationen im Zusammenhang mit Neubildungen</i>	<i>73</i>
<i>0203a Rezidiv eines primären Malignoms</i>	<i>74</i>
<i>0204a Ausgedehnte Exzision eines Tumorgebietes</i>	<i>74</i>
<i>0205b Malignomnachweis nur in der Biopsie</i>	<i>74</i>
<i>0206a Benachbarte Gebiete</i>	<i>74</i>
<i>0207a Bösarartige Neubildungen an mehreren Lokalisationen</i>	<i>76</i>
<i>0208c Remission bei malignen immunoproliferativen Erkrankungen und Leukämie</i>	<i>77</i>
<i>0209a Malignom in der Eigenanamnese</i>	<i>78</i>
<i>0210a Optionale Kodes für die Morphologie</i>	<i>80</i>
<i>0211c Chemotherapie bei Neubildungen</i>	<i>80</i>
<i>0212c Instillation von zytotoxischen Materialien in die Harnblase</i>	<i>81</i>

0213c	<i>Strahlentherapie</i>	82
0214a	<i>Lymphangiosis carcinomatosa</i>	82
0215a	<i>Lymphom</i>	82
0216a	<i>Malignom der Lippe</i>	83
0217a	<i>Familiäre adenomatöse Polypose</i>	83
0218a	<i>Hereditäres nichthypoplastes Kolonkarzinom</i>	83
0219a	<i>Intraepitheliale Neoplasie der Prostata</i>	83
3 Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems 85		
0301c	<i>Knochenmark-/Stammzellennahme und -transplantation</i>	85
0302a	<i>Bluttransfusionen</i>	85
0303c	<i>Versagen und Abszofsungsreaktion nach Transplantation</i>	86
4 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten 89		
0401b	<i>Diabetes mellitus</i>	89
0402a	<i>Hyperglykämie</i>	98
0403c	<i>Zystische Fibrose</i>	98
5 Psychische und Verhaltensstörungen 99		
0501a	<i>Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Drogen, Medikamente, Alkohol und Nikotin)</i>	99
0502a	<i>Nikotinabhängigkeit</i>	101
0503a	<i>Persönlichkeitsstörungen</i>	101
0504a	<i>Panikattacken mit Phobie</i>	102
0506a	<i>Psychische Krankheit als Komplikation einer Schwangerschaft</i>	102
0508a	<i>Morbus Alzheimer</i>	103
6 Krankheiten des Nervensystems 105		
0601a	<i>Schlaganfall</i>	105
0602a	<i>Aphasie/Dysphasie</i>	107
0603c	<i>Tetraplegie und Paraplegie, nicht traumatisch</i>	107
0604a	<i>Autonome Dysreflexie</i>	108
0605a	<i>Shuddering Attacks</i>	108
0606a	<i>Mitochondriale Zytopathie</i>	108
0607a	<i>Schädelbasis-Chirurgie</i>	109
0608a	<i>Intrakranielle stereotaktische Bestrahlung</i>	110
0609a	<i>Intrakranielle stereotaktische Neurochirurgie</i>	111
0610b	<i>Liquor Drainage, Liquor Shunt</i>	112

7 Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde 115		
0701a	<i>Diabetische Katarakte</i>	115
0702a	<i>Katarakt; Sekundäre Linseninsertion</i>	115
0703a	<i>Reihenfolge der Angabe von Glaukom und Katarakt</i>	115
0704c	<i>Versagen oder Abszofung eines Kerneu-Transplantates</i>	115
0705c	<i>Strabismus (Scheitern)</i>	116
0706a	<i>Kontaktlinsen-Intoleranz</i>	116
0707a	<i>Verletzung der Schweißfer</i>	116
0708a	<i>Rost-Ring der Kernea</i>	116
0709a	<i>Kearns-Sayre-Syndrom</i>	116
0710a	<i>Postoperatives Hyphäma</i>	117
0711a	<i>Trabekulektomie</i>	117
0712a	<i>Katheterisierung der Tränengänge</i>	117
8 Krankheiten des Ohrs und des Warzenfortsatzes 119		
0801a	<i>Schwerhörigkeit und Taubheit</i>	119
0802a	<i>Leimohr</i>	119
0803a	<i>Entfernung von Paukenröhren</i>	119
9 Krankheiten des Kreislaufsystems 121		
0901c	<i>Ischämische Herzkrankheit</i>	121
0902a	<i>Akutes Lungemdem</i>	124
0903a	<i>Herzstillstand</i>	124
0904a	<i>Hyperensive Herzkrankheit (I1. -)</i>	125
0905a	<i>Hyperensive Nierenkrankung (I12. -)</i>	125
0906a	<i>Hyperensive Herz- und Nierenkrankheit (I13. -)</i>	125
0907a	<i>Sekundäre Hypertonie (I15. -)</i>	125
0908c	<i>Koronararterienbypass</i>	126
0909a	<i>Revisionen oder Reoperationen</i>	129
0910c	<i>Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO)</i>	130
0911c	<i>Schrittmacher/Defibrillatoren</i>	130
0912c	<i>Chirurgisch angelegte arteriovenöse Fistel/Shunt</i>	132
10 Krankheiten des Atmungssystems 135		
1001c	<i>Maschinelle Beatmung</i>	135
1002a	<i>Asihna bronchiale</i>	138
1003c	<i>Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COLD)</i>	139

11 Krankheiten des Verdauungssystems	141
1101a Appendizitis	141
1102a Adhäsionen	141
1103a Magenulkus mit Gastritis	141
1104a Helicobacter/Campylobacter	141
1105a Gastrointestinale Blutung	142
1106a Per anale Blutung	143
1107a Dehydratation bei Gastroenteritis	143
12 Krankheiten der Haut und der Unterhaut	145
1201a Phlegmone	145
1202a Versorgung einer Verletzung der Haut und des subkutanen Gewebes	145
1203a Destruktion/Exzision einer Neubildung der Haut	146
1204a Kraniofaziale Eingriffe	146
1205a Plastische Chirurgie	146
1206a Blepharoplastik	147
1207b Hauttransplantation	148
13 Krankheiten des Muskel-Skelet-Systems und des Bindegewebes	149
1301a Chronischer Kreuzschmerz	149
1302a Bandscheibenvorwuls	149
1303a Bandscheibendilatation	150
1304a Retrolisthese	150
1305a Spontylodese	150
1306c Luxation einer Hüftendoprothese	150
1307a Meniskus-/Bänderriss	151
1308a Weichteilverletzungen	151
1309a Kompartmentsyndrom	151
14 Krankheiten des Urogenitalsystems	153
1401c Diätzyse	153
1402a Hydrozele	154
1403a Humanes Papilloma Virus (HPV)	154
1404a Young-Syndrom	155
1405a Klinische gynäkologische Untersuchung unter Anästhesie	155
1406a Rekonstruktionsoperation bei weiblicher Genitalmutilation (FGM)	156
15 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	157
1501a Definition von Lebend-, Totgeburt und Abort	157
1502a Blasenmole	157
1503a Abortivum	158

1504b Komplikationen nach Abort, Extraviergravidität und Molenschwangerschaft (O08.-)	158
1505a Vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft	159
1506a Spontane vaginale Entbindung eines Einlings	160
1507a Resultat der Entbindung	161
1508c Dauer der Schwangerschaft	161
1509a Mehrlingssgeburt	161
1510b Komplikationen in der Schwangerschaft	162
1511a Zuordnung der Hauptdiagnose bei einer Entbindung	164
1512a Abnorme Kindslagen und -einstellungen	164
1513a Beckenendlagegeburt und Extraktion des Kindes	164
1514c Verminderte Kindsbewegungen	164
1515a Uterusnarbe	165
1516a Ältere Erstgebärende	165
1517a Vielgebärende	165
1518a Entbindung vor der Aufnahme	165
1519c Frühgeburt, vorzeitige Wehen und frustrierte Kontraktionen	166
1520a Verlängerte Schwangerschaftsdauer und Übertregung	166
1521a Prothierie Geburt	167
1522a Geburtsentleitung	167
1523a Selektiver Fetozid	168
1524a Verlängerung der Austreibungsphase bei Epiduralanästhesie	168
1525c Primärer und sekundärer Kaiserschnitt	168
1526a Manuelle Plazentalösung	168
1527a Definition des Puerperiums (Wochenbetts)	169
1528a Nachgeburtliche Stillhindernisse	169
1529a Hemmung der Laktation	169
16 Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	171
1601a Neugeborene	171
1602a Definition der Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	173
1603a Besondere Maßnahmen für das kranke Neugeborene	174
1604a Atemnotsyndrom des Neugeborenen/Hyaline Membrankrankheit/Surfactantmangel	175
1605a Massives Aspirationsyndrom und transitorische Tachypnoe beim Neugeborenen	175
1606a Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie (HIE)	176
18 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andersorts nicht klassifiziert sind	179
1801a Befunde und Symptome	179
1802a Ataxie	179
1803a Stürze	179
1804a Inkontinenz	180

1805a	<i>Fieberkrämpfe</i>	180
1806a	<i>Schmerzdiagnosen und Schmerzbehandlungsverfahren</i>	180

19 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen 183

1901a	<i>Verstauchungen und Zerrungen</i>	183
1902a	<i>Oberflächliche Verletzungen</i>	183
1903c	<i>Fraktur und Luxation</i>	184
1904a	<i>Zerquetschung</i>	185
1905a	<i>Offene Wunden</i>	186
1906a	<i>Offene Verletzungen mit Gefäß-, Nerven- und Sehnenbeteiligung</i>	187
1907a	<i>Offene intrakranielle Verletzung</i>	187
1908a	<i>Offene intrathorakale/intraabdominale Verletzung</i>	188
1909c	<i>Bewusstlosigkeit</i>	189
1910c	<i>Verletzung des Rückenmarks (mit traumatischer Paraplegie und Tetraplegie)</i>	189
1911a	<i>Mehrfachverletzungen</i>	194
1912a	<i>Akute und alte Verletzungen</i>	195
1913a	<i>Folgeerscheinungen von Verletzungen, Vergiftungen, toxischen Wirkungen und anderen äußeren Ursachen</i>	196
1914a	<i>Verbrennungen</i>	197
1915c	<i>Missbrauch/Missandlung von Erwachsenen und Kindern</i>	199
1916a	<i>Vergiftung durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen</i>	199
1917a	<i>Unerwünschte Nebenwirkungen von Arzneimitteln (bei Einnahme gemäß Verordnung)</i>	200
1918a	<i>Unerwünschte Nebenwirkungen/Vergiftung von zwei oder mehr in Verbindung eingenommenen Substanzen (bei Einnahme entgegen einer Verordnung)</i>	200
1919a	<i>Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung</i>	201

Anhang A 205

<i>A: Grundregeln zur Verschlüsselung (MHO)</i>	205
<i>B: Zusammenfassung der Änderungen, Deutsche Kodierrichtlinien Version 2004 gegenüber der Vorversion 2003</i>	207

Schlagwortverzeichnis 215

Schlüsselnummerverzeichnis 223

<i>ICD-Kode-Index</i>	223
<i>OPS-Kode-Index</i>	232

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abkürzung	Bezeichnung
a.n.k.	andererorts 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
BPIIV	Bundespflegegesetzverordnung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
bzw.	beziehungsweise
Ca	Karzinom
CML	Chronisch myeloische Leukämie
CMV	Zytomegalie-Virus
COLD	Chronisch obstruktive Lungenerkrankheit (Chronic Obstructive Lung Disease)
CPAP	Kontinuierlicher positiver Atemwegsdruck
CT	Computertomographie
CTG	Cardiotokographie
d.h.	das heißt
D1	Diagonalast
DI/MDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DKG	Deutsche Krankenausgesellschaft
DKR	Deutsche Kodierrichtlinie
DRG	Diagnosis Related Group
ditto	ditto (gleichfalls)
ECMO	Extrakorporale Membranoxygenation
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EKG	Elektrokardiogramm
etc.	et cetera
Exkl.	Exklusiva
FGM	Weibliche Genitalamputation (Female Genital Mutilation)
FP	Fallpauschale
G-DRG	German Diagnosis Related Group
ggf.	gegebenenfalls
GI	gastrointestinal
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GV/HD	Graf- versus host-Krankheit
HIE	Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie
Himw.	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-GM	Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification
ICD-10-SGB-V	Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification
ICPM	ICD-10-Ausgabe für die Zwecke des Sozialgesetzbuches V
IMEK	International Classification of Procedures in Medicine
Inkl.	Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus gmbh
Inkl.	Inklusiva
KFPV	Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
LAD	Left anterior descending (coronary artery)

Abkürzung	Bezeichnung
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)
OP-S-301	Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 SGB V
PKV	Verband der privaten Krankenversicherung
PSV	Pressure Support Ventilation
PTCA	Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty
RCA	Right Coronary Artery
RTW	Retungswagen
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 Graft
TE	Transfusionsseinheit
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 (BPFIV), die mit den Kodierrichtlinien zur Verschluß-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 pauschalieren 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 Leistungsverchiebung 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 BPFIV entscheidet die ertrachte 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 Krankenhauses fällt.

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 D002c *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 BPFIV eine andere Hauptdiagnosen Schlüsselnummer erforderlich ist. Diese kann sowohl aus der Schlüsselnummernmenge gemäß G-DRG stammen als auch abweichend davon kodiert werden. Diese Hauptdiagnose gemäß BPFIV hat keine Auswirkungen auf die Gruppierung innerhalb der G-DRGs.

Beispiel 1

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

Hauptdiagnose:	K35.9	<i>Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet</i>
Nebendiagnose(n):	I25.11	<i>Atherosklerotische Herzkrankheit, Ein-Gefäßkrankung</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 BPFIV-konformen Hauptdiagnose (K35.9 *Akute Appendizitis nicht näher bezeichnet*). Eine andere Hauptdiagnoseschlüsselnummer nach BPFIV ist deshalb nicht erforderlich.

Beispiel 2

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

Hauptdiagnose:	K35.9	<i>Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet</i>
Nebendiagnose(n):	I21.0	<i>Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand</i>
	I25.11	<i>Atherosklerotische Herzkrankheit, Ein-Gefäßkrankung</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 BPFIV-konformen Hauptdiagnose (I25.11 *Atherosklerotische Herzkrankheit, Ein-Gefäßkrankung*).

Daher ist die zusätzliche Angabe der Hauptdiagnose nach BPFIV (I25.11 *Atherosklerotische Herzkrankheit, Ein-Gefäßkrankung*) 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):	Z37.01	<i>Lebendgeborener Einling</i>
Prozedur(en):	9-260	<i>Überwachung und Leitung einer normalen Geburt</i>
	5-758.3	<i>Nacht 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 BPTV-konformen Hauptdiagnose (O80 *Spontangeburt eines Einlings*).

Daher ist die zusätzliche Angabe der Hauptdiagnose nach BPTV 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 160) 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 Krankenhausaufenthalt ist in der als „Hauptdiagnose“ bezeichneten Datenelementgruppe anzugeben. ... Für die Diagnoseangaben sind die Deutschen Kodier Richtlinien zu berücksichtigen.

Im Segment FAB hingegen werden die für die Abrechnung nach BPTV relevanten Diagnoseschlüssel zusammen mit eventuell notwendigen Diagnose-Zusatzschlüsseln sowie weiteren Diagnoseschlüsseln, die bei Eingelitten 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 Kodier Richtlinien 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 Kodier Richtlinien abzuweichen (siehe auch DKR 0901c *Ischämische Herzkrankheit* (Seite 121) und DKR 0908c *Koronararterienbypass* (Seite 126)).

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 Kodier Richtlinien abgewichen werden. Es ist nicht der Code für den beidseitigen Eingriff des OPS-301 Version 2004 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 Kodier Richtlinien ergeben, gilt gleichfalls die Regelung, dass zur Ermittlung der Eingelte die Bestimmungen der BPTV in Kraft bleiben.

REDAKTIONELLE HINWEISE

I. Allgemeine Hinweise

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

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

In vielen Kodierrichtlinien werden Beispiele und/oder Listen mit ICD-10-GM- bzw. OPS-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-GM und dem OPS-301 verwiesen. Diese Kodes sind **in unterschiedlicher Schreibweise** aufgeführt.

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

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

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

Die folgenden Tabellen präsentieren typische Beispieldodes.

Darstellung der Kodes in den Deutschen Kodierrichtlinien

1. ICD-10-GM

Beispielkode *Text (kursiv)*

Die Kodierregel bezieht sich auf:

E10-E14	<i>Diabetes mellitus</i>	die Gruppe mit allen Subkategorien.
E10-E14, 4. Stelle „S“	<i>Diabetes mellitus mit peripheren vaskulären Komplikationen</i>	die 4. Stellen einer Gruppe (hier 4. Stelle „S“), einschließlich aller darunter klassifizierten Kodes.
E10-E14, 5. Stelle „1“	<i>Diabetes mellitus, als engletzt 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 Kodes.
E11.5-	<i>Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-II-Diabetes] mit peripheren vaskulären Komplikationen</i>	die Kategorie (Viersteller) mit allen darunter klassifizierten Kodes.
E11.x0	<i>Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-II-Diabetes], nicht als engletzt bezeichnet</i>	die 5. Stelle eines Dreistellers (hier 5. Stelle „0“).
120.0	<i>Insubtile Angina pectoris</i>	genau diesen Kode (endständiger Kode).
M23.2-	<i>Meniskusschädigung durch alien Riss oder alte Verletzung</i>	die Kategorie (Viersteller) mit allen darunter klassifizierten Kodes.
M23.2- [0-9]	<i>Meniskusschädigung durch alien Riss oder alte Verletzung</i>	die 5. Stellen eines Vierstellers; Teilweise werden die 5. Stellen in Listen für mehrere Kodes zusammengefasst. [0-9] weist in diesem Fall darauf hin, welche 5. Stellen sinnvoll zu kombinieren sind.
M23.2- [1.2]	<i>Meniskusschädigung durch alien 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 (*kursiv*)

5-42 *Operationen am Ösophagus*

Die Kodierregel bezieht sich auf:
den Dreisteller und mit allen darunter klassifizierten endständigen Kodes (hier die Viersteller 5-420 bis 5-429 mit allen 5. und 6. Stellen).

5-420 *Inzision des Ösophagus*

den Viersteller und alle darunter klassifizierten endständigen Kodes mit 5. und 6. Stellen.

5-420.0 *Ösophagomyotomie*

den Fünfsteller und alle darunter klassifizierten endständigen Kodes.

5-420.00 *Ösophagomyotomie; offen chirurgisch abdominal*

genau diesen Kode (endständiger Kode).

5-420.0..1..2 *Inzision des Ösophagus*

drei bestimmte unter dem Viersteller (hier 5-420) klassifizierte Fünfsteller und Sechssteller.

Mit einem Ausruferzeichen 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 Ausruferzeichen gekennzeichneten ICD-Kodes/Kategorien bieten die folgenden Tabellen.

Tabelle 1: **Optional anzugebende** mit einem Ausruferzeichen gekennzeichnete Kategorien/Kodes:

V, W, X, Y Alle Schlüsselnummern aus **Kapitel XX** (Äußere Ursachen von Mortalität und Morbidität)

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 „!“¹) vorgesehen.

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

Es wird darauf hingewiesen, dass in der Darstellung der Beispiele der Kodierrichtlinien eine Unterscheidung nach Primär-Diagnoseschlüssel und Sekundär-Diagnoseschlüssel sowie eine Wiederholung von gleichen Kodes nicht vorgenommen wurde (s.a. DKR D012a *Mehrfachkodierung* (Seite 22)). Die Kodierrichtlinien regeln ausschließlich die Übertragung von Diagnosen und Prozeduren in die dafür vorgesehenen Kodes. EDV-technische Details werden hier nicht geregelt.

Tabelle 2: Mit einem Ausruferzeichen 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>Typhen als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind</i>	
C95.8! <i>Leukämie, refraktär auf Standard-Induktionstherapie</i>	
C97! <i>Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen</i>	
G82.6-! <i>Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes</i>	
O09-! <i>Schwangerschaftsdiagnose</i>	
U04-! <i>Schweres akutes respiratorisches Syndrom [SARS]</i>	
U80-! <i>Erreger mit bestimmtem Antibiotikaresistenz, die besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen erfordern</i>	
U81! <i>Bakterien mit Multiresistenz gegen Antibiotika</i>	
U82! <i>Mykobakterien mit Resistenz gegen Antituberkulotika (Erststrangmedikamente)</i>	
U83! <i>Candida mit Resistenz gegen Fluconazol oder Voriconazol</i>	

1.

III. Fallbeispiele

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

Bei den Diagnoseangaben wurde mit Ausnahme von Beispiel 2 in DKR D011a *Doppelkodierung* (Seite 21) auf die Angabe der Seitenlokalisation 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 Kodes des Kreuz-Stem-Systems immer mit einem Kreuz, sekundäre Kodes des Kreuz-Stem-Systems immer mit einem Stern gekennzeichnet sind.

U84I	<i>Herpesviren mit Resistenz gegen Virustatika</i>
U85I	<i>Humanes Immundefizienz-Virus mit Resistenz gegen Virustatika oder Proteaseinhibitoren</i>
U99I	<i>Schlüsselnimmern für aktuelle epidemiologische Zwecke</i>
S14.7I	<i>Funktionale Höhe einer Verletzung des zervikalen/horakalen/lumbosakralen Rückenmarkes</i>
S24.7I	
S34.7I	
S01.83I	<i>Offene Wunde (einer Teil des Kopfes/Thorax/Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens) mit Verbindung zu einer intrakraniellen/intrathorakalen/intrabdominellen Verletzung</i>
S21.83I	
S31.83I	
Sx1.84I	<i>Geschlossene Fraktur oder Luxation I. Grades (nach Lokalisation)</i>
Sx1.85I	<i>Geschlossene Fraktur oder Luxation II. Grades (nach Lokalisation)</i>
Sx1.86I	<i>Geschlossene Fraktur oder Luxation III. Grades (nach Lokalisation)</i>
Sx1.87I	<i>Offene Fraktur oder Luxation I. Grades (nach Lokalisation)</i>
Sx1.88I	<i>Offene Fraktur oder Luxation II. Grades (nach Lokalisation)</i>
Sx1.89I	<i>Offene Fraktur oder Luxation III. Grades (nach Lokalisation)</i>
T31.-I	<i>Verbrennungen, klassifiziert nach dem Ausmaß der betroffenen Körperoberfläche</i>
T32.-I	<i>Verätzungen, klassifiziert nach dem Ausmaß der betroffenen Körperoberfläche</i>
Z37.-I	<i>Resultat der Einbindung</i>

ALLGEMEINE KODIERRICHTLINIEN

ALLGEMEINE KODIERRICHTLINIEN FÜR KRANKHEITEN

Diese Kodierrichtlinien beziehen sich auf:

Die **ICD-10-GM Version 2004** (15. August 2003) und

den **ICD-10-GM-Diagnoseschlüssel Version 2004** (15. August 2003).

Ein zur ICD-10-GM Version 2004 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 2004 der ICD-10-GM 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 aufzeichneter Diagnose bzw. Prozedur müssen die Informationen anhand der Krankenakte nachgeprüft werden.

Wichtig ein Untersuchungsbefund von der klinischen Dokumentation ab, zum Beispiel die klinische Diagnose eines Magencarcinoms von dem histopathologischen Befund „kein Nachweis eines Ulcus“, muss der Fall vom behandelnden Arzt geklärt werden. Obwohl Untersuchungs- befunde 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 Laborrest 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 D013c *Im Systematischen Verzeichnisses verwendete formale Vereinbarungen* (Seite 28)

und DKR D014a *Im Alphabetischen Verzeichnisses und im ICD-10-GM-Diagnoseschlüssels verwendete formale Vereinbarungen* (Seite 32)) festgelegt 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, Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration

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

Beispiel 3

I20.0

Instabile Angina pectoris

Angina pectoris:

bei Belastung, erstmalig auftretend [Angina de novo]

mit abnehmender Belastungstoleranz

Crescendotangina

→ *Drohender Infarkt [Impending infarction]*

Intermediäres Koronarsyndrom [Graybiel]

Präinfarkt-Syndrom

D002c 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 anzuschließen, 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 D013c *Im Systematischen Verzeichnis verwendete formale Vereinbarungen* (Seite 28) und DKR D014a *Im Alphabetischen Verzeichnis und im ICD-10-GM-Diagnosenkatalogus verwendete formale Vereinbarungen* (Seite 32)).

Die Bedeutung einer konsistenten, vollständigen Dokumentation in der Krankenakte kann nicht häufig genug betont werden. Ohne diese Art der Dokumentation ist die Anwendung aller Kodier Richtlinien 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 rechtsseitigen 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-GM).

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

Hauptdiagnose: Aszites
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 geburthilfliche 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 andersorts nicht klassifiziert sind* sind nicht als Hauptdiagnose zu verwenden, sobald eine die Symptomatik, etc. erklärende definitive Diagnose ermittelt wurde.

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

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-GM-Diagnoselexikon*) verwendet *formale Vereinbarungen* (Seite 32) 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-GM-Kapitel oder Manifestationen, die typischerweise mit einer bestimmten Krankheit gemeinsam auftreten) potenziell 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 Hammerzehen (M20.4) und eines Hallux valgus (M20.1) aufgenommen.

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

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 Verschleisslungsanweisungen 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 – *Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen*. Wenn Symptome, die mit der Verdachtsdiagnose im Zusammenhang stehen, erwähnt sind, werden die Symptom-Schlüsselnummern zugewiesen, nicht ein Kode aus der Kategorie Z03 – *Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen* (s.a. DKR D008b *Verdachtsdiagnosen* (Seite 18)).

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

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 Schlussnummer für den aktuellen Rest-/Folgezustand wird zuerst angegeben, gefolgt von der Schlussnummer („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 196)).

Beispiel 8

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

Hauptdiagnose:	Sigmoidverkrankung
Nebendiagnose(n):	Versorgung eines Kolostomas

Tagesfall/mehrtägiger Aufenthalt

In den speziellen Kodierrichtlinien wird in der Kodierrichtlinie DKR 1401 e *Diarrhöe* (Seite 153) eine unterschiedliche Kodierung von Haupt- und Nebendiagnosen bei Tagesfällen bzw. mehrtägigen Aufenthalten festgelegt.

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 BPTV und KHEntG

Bei Krankenhaus-internen Verlegungen von Patienten zwischen Abteilungen, die nach Bundespflegegesetzverordnung (BPTV) abrechnen (z.B. Psychatrie), und Abteilungen, die nach Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) 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 KHEntG 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 KHEntG und BPTV verlegt, so gilt für die Auswahl der Hauptdiagnose aus den Diagnosen der Abteilungen nach KHEntG 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 Verlaufes 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 (BPTV)

Hauptdiagnose:	Schizophrenie
Nebendiagnose(n):	Akutes Abdomen

Chirurgie (KHEntG)

Hauptdiagnose:	Akute Cholezystitis
Nebendiagnose(n):	Schizophrenie

Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus

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

- Sofern beide Aufenthalte gemäß KFPV 2004 (Näheres siehe dort) mittels einer Fallpauschale (DRG) abgerechnet werden, werden die Symptome/Diagnosen und Prozeduren beider Aufenthalte zusammen betrachtet. Auf diese Symptome/Diagnosen ist die Hauptdiagnosendefinition anzuwenden.

Rückverlegungen aus anderen Krankenhäusern

Bei Rückverlegungen aus anderen Krankenhäusern (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 und Prozeduren 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 0901c *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.

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

Beispiel 1	
Eine Patientin wird zur Behandlung einer chronischen myeloidischen Leukämie (CML) stationär aufgenommen. In der Anamnese gibt sie eine Knieoperation vor 10 Jahren wegen eines Außenmeniskussschadens 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 myeloidische 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 myomatosis, Z.n. OP nach Außenmeniskussschaden) 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 Eigenamnese

Beispiel 4	
Eine adipöse, ältere Patientin wird wegen Cholezystolithiasis zur Cholezystektomie aufgenommen. Postoperativ erleidet sie eine Lungembolie.	
Hauptdiagnose:	Cholezystolithiasis
Nebendiagnose(n):	Lungembolie Adipositas

Reihenfolge der Nebendiagnosen

Es gibt keine Kodierrichtlinie, die die Reihenfolge der Nebendiagnosen regelt. Jedoch sollen 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-Stem-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 Kode gibt, so ist er für dieses Syndrom zu verwenden. Grundsätzlich ist dabei die Definition der Hauptdiagnose zu beachten, so dass bei einer im Vordergrund stehenden spezifischen Manifestation des Syndroms (z.B. Herzfehler) die Kodierung des Behandlungsanlasses zur Hauptdiagnose wird (siehe DKR D002c *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 erfolge, 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-GM 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 *Nephrotisches Syndrom, fokale und segmentale glomeruläre Läsionen*

Nebendiagnose(n): Q40.1 *Angeborene Hiatushernie*

Q02 *Mikrozephalie*
Q87.8 *Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungssyndrome, andersorts nicht klassifiziert*

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 Nierensuffizienz 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 angefertigte Liste **„Spezifische Schlüsselnummern für die Ursachen von Spätfolgen“**).

Die Kodierung der Folgezustände von Krankheiten erfordert zwei Schlüsselnummern:

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

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

Beispiel 1

Einseitige Erblindung aufgrund eines früheren Trachoms

H54.4 *Blintheit eines Auges*

B94.0 *Folgezustände des Trachoms*

Beispiel 2

Monoplegie des Oberarms aufgrund einer früheren akuten Poliomyelitis

G83.2 *Monoparese und Monoplegie einer oberen Extremität*

B91 *Folgezustände der Poliomyelitis*

Beispiel 3

Spastische Hemiplegie aufgrund einer früheren Hirnembolie

G81.1 *Spastische Hemiparese und Hemiplegie*

I69.4 *Folgen eines Schlaganfalls, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet*

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 bestimmter 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 bestimmter 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 einzündlicher 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 einzündlicher 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 ohne Organkomplikationen aufgenommen.

Hauptdiagnose:	K 85.0	<i>Akute Pankreatitis ohne Organkomplikationen</i>
Nebendiagnose(n):	K 86.1	<i>Sonstige chronische Pankreatitis</i>

Ausnahmen: Dieses Kriterium darf nicht verwendet werden, wenn:

- a) die ICD-10-GM für die Kombination eine eigene Schlusselnummer vorsieht, z.B.:
 - 144.1- *Chronische obstruktive Lungenerkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet*
- b) die ICD-10-GM eine gegenteilige Anweisung gibt, z.B.:
 - C92.0- *Akute myeloische Leukämie*
 - Exkl.: *Akute Exazerbation einer chronischen myeloischen Leukämie (C92.1-)*
 - C92.1- *Chronische myeloische Leukämie*
 Hier wird nur C92.1- und der Remissionsstatus an fünfter Stelle kodiert.
- c) die ICD-10-GM darauf hinweist, dass nur eine Schlusselnummer erforderlich ist. Zum Beispiel weist bei der Kodierung von „akuter Schub bei chronischer Bronchitis“ 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) (infektös) (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 Paukenröhren bei Seromukotympanon. Die Operation wurde aus technischen Gründen verschoben.	
Hauptdiagnose:	H65.3 <i>Chronische muköse Otitis media</i>
Nebendiagnose(n):	Z53 <i>Personen, die Einrichtungen des Gesundheitswesens wegen spezifischer Maßnahmen aufgesucht haben, die aber nicht durchgeführt wurden</i>

- 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 <i>Chronische Tonsillitis</i>
Nebendiagnose(n):	Z53 <i>Personen, die Einrichtungen des Gesundheitswesens wegen spezifischer Maßnahmen aufgesucht haben, die aber nicht durchgeführt wurden</i>
	J01.1 <i>Akute Sinusitis frontalis</i>

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 **Symptome** zu kodieren (siehe Beispiel 1 und DKR D002c Hauptdiagnose (Seite 4)).

Beispiel 1	
Ein Kind wurde wegen rechsseitigen 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 <i>Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauchs</i>

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 <i>Meningitis, nicht näher bezeichnet</i>

Verlegung in ein anderes Krankenhaus

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

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

Wird beispielsweise ein Patient mit der Verdachtsdiagnose Meningitis verlegt und der Fall vom verlegenden Krankenhaus als Meningitis kodiert, so ist die Schlusselnummer 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“ nicht näher bezeichnet“

Beispiel 1	Vierstellige Subkategorie	Unterteilung der Schlüsselnummern	Kategorie
L50-0	Urtikaria	Allergische Urtikaria	Spezifische Subkategorie
L50-1	Idiopatische Urtikaria	Idiopatische Urtikaria	Spezifische Subkategorie
L50-2	Urtikaria durch Kälte oder Wärme	Urtikaria durch Kälte oder Wärme	Spezifische Subkategorie
L50-3	Urticaria facticia	Urticaria facticia	Spezifische Subkategorie
L50-4	Urticaria mechanica	Urticaria mechanica	Spezifische Subkategorie
L50-5	Cholinergische Urtikaria	Cholinergische Urtikaria	Spezifische Subkategorie
L50-6	Kontakturtikaria	Kontakturtikaria	Spezifische Subkategorie
L50-8	sonstige Urtikaria	sonstige Urtikaria	andererorts nicht klassifizierte Urtikaria
L50-9	Urtikaria:	<ul style="list-style-type: none"> • chronisch • rezidivierend/periodisch Urtikaria, nicht näher bezeichnet	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 andererseits klassifiziert sind. Die ICD-10-Verzeichnisse sind zu verwenden, um die korrekte Schlüsselnummer-Zuordnung zu bestimmen (s.a. DKR D013c *Im Systematischen Verzeichnis verwendete formale Vereinbarungen* (Seite 28) und DKR D014a *Im Alphabetischen Verzeichnis und im ICD-10-GM-Diagnosenhexaurus verwendete formale Vereinbarungen* (Seite 32)).

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 Überprägung der Einträge von eingerückten Begriffen im Alphabetischen Verzeichnis ermittelt und durch Nachlesen der Ein- und Ausschlussnummern im Systematischen Verzeichnis der ICD-10-GM (siehe DKR D013c *Im Systematischen Verzeichnis verwendete formale Vereinbarungen* (Seite 28) und DKR D014a *Im Alphabetischen Verzeichnis und im ICD-10-GM-Diagnosenhexaurus verwendete formale Vereinbarungen* (Seite 32)).

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, Becken-Bein-Typ, mit Gangrän*

Falsch: I70.20 *Atherosklerose der Extremitätenarterien, sonstige und nicht näher bezeichnet*

R02 *Gangrän, andererorts nicht klassifiziert*

D011a Doppelkodierung

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

1. Dasselbe 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 „beidseits“ 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 Rezidivhernie bezeichnet.
Prozedur(en):	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis mit alloplastischem Material, laparoskopisch transperitoneal
	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis mit alloplastischem Material, laparoskopisch transperitoneal
	(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, **beidseits** durchgeführt.

Hauptdiagnose:	SS2.S1 B	Distale Fraktur des Radius, Extensionsfraktur, Colles-Fraktur, beidseits
Prozedur(en):	5-790.16	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese, durch Draht oder Zugurtung/Cerclage, Radius distal
	5-790.16	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese, durch Draht oder Zugurtung/Cerclage, Radius distal

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 Manifestationsverschlusselung: „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, im ICD-10-GM-Diagnoseschlüssel oder in der ICD-10-GM erscheinen**, d.h. die Ätiologie-Schlüsselnummer, gefolgt von der Manifestations-Schlüsselnummer.

Beispiel 1

Diagnose:	Bursitis durch Gonokokken
ICD-10-GM-Diagnoseschlüssel:	Bursitis durch Gonokokken A54.4† M73.09*
ICD-10-GM Systematik:	A54.4† Gonokokkeninfektion des Muskel-Skeletts-Systems <i>Gonokokken:</i> <i>Bursitis (M73.0-*)</i> M73.0-* <i>Bursitis gonorrhoeica (A54.4†)</i>

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†
<i>Tuberkulöse Meningitis (G01*)</i>
<i>Tuberkulöse Leptomeningitis</i>
<i>Tuberkulöse der Meninges (cerebral) (spinal)</i>

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

Beispiel 3**A18.0† Tuberkulose der Knochen und Gelenke***Tuberkulose:*

- Arthritis (M01.1-*)
 - Knochenkeuse (M90.0-*)
 - Mastoiditis (H73.0*)
 - Osteomyelitis (M90.0-*)
 - Otitis (M90.0-*)
 - Synovitis (M68.0-*)
 - Tenosynovitis (M68.0-*)
- Tuberkulose:*
- Hüfte (M01.15*)
 - Knie (M01.16*)
 - Wirbelsäule (M49.0-*)

- c) In der Rubriküberschrift erscheinen weder das Symbol (†) noch die zugehörige Sternschlussnummer. 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-Schlussnummer gekennzeichnet, z. B.:

Beispiel 4**A54.8 Sonstige Gonokokkeninjektionen**

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

Die Codes für Manifestationen, d.h. die Stern-Schlussnummern (*), können nicht als alleiniger Code 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-Code (Manifestation) führen, dann muss anschließend die Ätiologie geklärt werden. Dazu sind in der Systematik und im Diagnosethesaurus für viele Schlussnummern Hinweise aufgenommen worden (siehe Beispiel 5). Dabei können auch Schlussnummern 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 Stoffwechsellkrankheiten (E00–E07†, E15–E16†, E20–E34†, E70–E89†)**

Hier findet sich in der Systematik ein Hinweis auf mögliche Schlussnummern zur Kodierung der Ätiologie, und zwar mit einem † gekennzeichnet, obwohl diese Schlussnummern, wie z.B. E05.0 *Hypothyreose mit diffuser Struma*, in der Systematik nicht als Kreuzcode definiert sind.

- e) An anderer Stelle (siehe Beispiel 6) fehlen Hinweise auf mögliche Schlussnummern 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 Schlussnummer, 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 Schlussnummer zu benutzen“, kennzeichnet viele solcher Situationen (WHO).

Hier sind aufzuführen:

- Lokale Infektionen bei Zuständen, die den Kapiteln der „Organkrankheiten“ zuzuordnen sind. Schlussnummern des Kapitels I zur Identifizierung des Infektions-erregers werden hinzugefügt, sofern dieser im Rubriktitel nicht enthalten ist. Am Ende von Kapitel I steht für diesen Zweck die Kategoriengruppe B95I–B97I zur Verfügung (siehe Redaktionelle Hinweise, Tabelle 2 (Seite XXV1)).
- Neubildungen mit funktioneller Aktivität. Eine geeignete Schlussnummer aus Kapitel IV kann zur Kennzeichnung der funktionellen Aktivität der jeweiligen Schlussnummer aus Kapitel II hinzugefügt werden.
- Morphologie von Neubildungen. Obwohl der Morphologieschlussel (siehe Band 1, Abschnitt „Morphologie der Neubildungen“) nicht Bestandteil der Hauptklassifikation ICD ist, kann er zur Kennzeichnung der Morphologie (Histologie) von Tumoren zusätzlich einer Schlussnummer 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 Schlussnummer aus einem anderen Kapitel angegeben werden.
- Zwei Schlussnummern zur Beschreibung einer Verletzung, einer Vergiftung oder einer sonstigen Nebenwirkung. Zu einer Schlussnummer aus Kapitel XIX, die die Art der Verletzung beschreibt, kann auch eine Schlussnummer aus Kapitel XX für die Ursache zusätzlich angegeben werden.

Anmerkung: Sowohl die Codes für die Morphologie von Neubildungen als auch die Codes 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 „Ätiologiecode“ stets vor den mit einem Stern gekennzeichneten „Manifestationscodes“ 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 Code

für den Schweregrad der Weichteilverletzung (Ausrufezeichen-Kode) verschlüsselt werden muss.

ICD-Kodes **ohne Kennzeichen** oder **mit einem Kreuz** (Ätiologie, „f“) 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, „f“) als Kennzeichen werden im Folgenden als **Sekundär-Diagnoseschlüssel** bezeichnet, da sie nie alleine verwendet werden dürfen, sondern nur in Kombination mit einem Primär-Kode.

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

- Primär-Diagnoseschlüssel vor Sekundär-Diagnoseschlüssel
- Ein Primär-Diagnoseschlüssel gilt für alle folgenden Sekundär-Diagnoseschlüssel bis zum Auftreten eines neuen Primär-Diagnoseschlüssels.
- Ein Sekundär-Diagnoseschlüssel darf nie einen 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-1-Diabetes] mit peripheren vaskulären Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet</i>
Nebendiagnose(n):	I79.2* I70.22 E10.30† H36.0*	<i>Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerzen Diabetes mellitus mit Augenkomplikationen, nicht als entgleist bezeichnet Retinopathia diabetica</i>

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

Das Beispiel 7 ist gemäß Datenübereinstimmungsvereinbarung 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†	I79.2*
Nebendiagnose	I70.22	
Nebendiagnose	E10.30†	H36.0*

Zur Reduktion des Dokumentationsaufwandes und zur Vereinfachung der Darstellung gilt weiter, dass ein Primär-Diagnoseschlüssel auch für mehrere 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-1-Diabetes] mit multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet</i>
Nebendiagnose(n):	I79.2* H36.0* N08.3*	<i>Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten Retinopathia diabetica Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus</i>

Anmerkung: Der Kode E10.71 ist mit einem „f“ 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 I79.2*, H36.0* und N08.3* kodiert.

Das Beispiel 8 ist gemäß Datenübereinstimmungsvereinbarung 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†	I79.2*
Nebendiagnose	E10.71†	H36.0*
Nebendiagnose	E10.71†	N08.3*

Ausrufezeichenkodes

Sowohl in der ICD-10-GM als auch in der Datenübermittlungsvereinbarung nach § 301 SGB V werden die Ausrufezeichenkodes (z.B. S31.831) als „optionaler“ Schlüsselnummer bezeichnet. Alle Ausrufezeichenkodes, die in Tabelle 2 der Redaktionellen Hinweise aufgeführt sind, sind bei Vorliegen bestimmter Diagnosen obligat anzugeben. Darüber hinaus können diese Ausrufezeichenkodes bei anderen Situationen angegeben werden, wenn dies aus klinischer Sicht sinnvoll ist.

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

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

Hauptdiagnose: S42.21 *Fraktur des proximalen Endes des Humerus, Kopf*
 Nebendiagnose(n): S41.871 *Offene Fraktur oder Luxation I. Grades des Oberarmes*
 S43.01 *Luxation des Humerus nach vorne*

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	S41.871
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/intrabdominale Verletzungen*)

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

Hauptdiagnose: S37.03 *Komplette Ruptur des Nierenparenchyms*
 Nebendiagnose(n): S36.03 *Rissverletzung der Milz mit Beteiligung des Parenchyms*
 S36.49 *Verletzung des Dünndarmes, sonstiger und mehrere Teile des Dünndarmes*
 S31.831 *Offene Wunde (jeder Teil des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens) mit Verbindung zu einer intrabdominalen Verletzung*

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	S31.831
Nebendiagnose	S36.03	S31.831
Nebendiagnose	S36.40	S31.831

D013c Im Systematischen Verzeichnis verwendete formale Vereinbarungen**D013c**

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

Inklusiva (WHO)

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

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

Beispiel 1

K31.– Sonstige Krankheiten des Magens und des Duodenums
 Inkl.: Funktionelle Magenkrankheiten
 Exkl.: Divertikel des Duodenums (K57.0–K57.1)
 Gastrointestinale Blutung (K92.0–K92.2)

K31.0 Akute Magendilatation
 Akute Distension des Magens

K31.1 Hypertrophische Pylorusstenose beim Erwachsenen
 Pylorusstenose o.n.A.
 Exkl.: Angeborene oder infantile Pylorusstenose (Q40.0)

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

Exklusiva (WHO)

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

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

Glossar

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

Runde Klammern „()“

1. Runde Klammern (Parenthesen) umschließen zusätzliche Wörter, die bei einer Diagnosenangabe stehen können, ohne dass dadurch die Verschlüsselung beeinflusst wird. Zum Beispiel besagt die Einschussbezeichnung von 162.0 *Subdurale Blutung (akut) (nichttraumatisch)*, dass 162.0 unabhängig davon zu verwenden ist, ob eine subdurale Blutung 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 (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†
Meningitis und Meningoencephalitis durch Listerien durch Listerien:

- Meningitis (G01*)
- Meningoencephalitis (G05.0*)

G01*

Meningitis bei anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten

Meningitis (bei) (durch):

- Anthrax [Milzbrand] (A22.8†)
- Gonokokken (A54.8†)
- Leptospirose (A27.–†)
- Listerien (A32.1†)

Eckige Klammern „[]“

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

Beispiel 5

A30.–
A46
Lepra /Ausatz
Erysipel /Wundrose

Doppelpunkt „:“

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

Beispiel 6

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

K36 *Sonstige Appendizitis*

- Appendizitis:*
- chronisch
 - rezidivierend

Geschweifte Klammer „{}“

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

Beispiel 7

071.6	Schädigung von Beckengelenken und -bändern unter der Geburt	
	Abriss des inneren Symphysenknotpels Schädigung des Steißbeins Traumatische Symphysenruptur	} unter der Geburt

Ohne nähere Angabe „o.n.A.“

„o.n.A.“ ist eine Abkürzung von „ohne nähere Angabe“. Sie ist praktisch gleichbedeutend mit „n.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

105.–	Rheumatische Mitralklappenkrankheiten
	<i>Inkl.: Zustände, die unter 105.0 und 105.2–105.9 klassifizierbar sind, unabhängig davon, ob als rheumatisch bezeichnet oder nicht</i>
	<i>Exkl.: Als nicht-rheumatisch bezeichnet (134.–)</i>
105.0	Mitralklappenstenose
	<i>Mitralklappenobstruktion (rheumatisch)</i>
105.1	Rheumatische Mitralklappeninsuffizienz

Solche impliziten Annahmen müssen zur Vermeidung einer falschen Verschlüsselung berücksichtigt werden. Eine sorgfältige Durchsicht der Inkisiva 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
	<i>Exkl.: Ornithose (A70) Plasmazelluläre interstitielle Pneumonie (B59)</i>
	<i>Pneumonie:</i>
	• <i>angeboren (P23.–)</i>
	• <i>o.n.A. (J18.9)</i>
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 A18.04 *Tuberkulose der Knochen und Gelenke* die Fälle „Tuberkulose der Knochen“, „Tuberkulose der Gelenke“ und „Tuberkulose der Knochen und Gelenke“ zu klassifizieren.

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

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

Beispiel 10

G90.–	Krankheiten des autonomen Nervensystems
G90.0-	Idiopathische periphere autonome Neuropathie
G90.00	Karotissinus-Syndrom (Synkope)
G90.08	Sonstige idiopathische periphere autonome Neuropathie
G90.1	Familäre Dysautonomie [Riley-Day-Syndrom]

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

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

Ein zur ICD-10-GM Version 2004 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 2004 der ICD-10-GM abgeglichen werden; letztere ist bindend. Die im Alphabetischen Verzeichnis verwendeten formalen Vereinbarungen sind dort beschrieben.

Die Version 2004 des ICD-10-GM-Diagnosenthesaurus unterstützt die Verschlüsselung nach der ICD-10-GM Version 2004 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 **amtlichen Operationen- und Prozedurenstichlüssel OPS-301 Version 2004** (15. August 2003).

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
- Spezialanrichtungen 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 *Zangenbindung 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 offen 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-Innus 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 Codes 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 Menorrhagie
Prozedur(en):	Einsseitige, laparoskopische Exzision einer Ovarialzyste Therapeutische Kirettage

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

5-651.22	<i>Exzision einer Ovarialzyste, einseitig, laparoskopisch</i>
5-690.2	<i>Therapeutische Kirettage mit Polypenfernung</i>

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 2004 und ist insbesondere durch Beispiele erweitert.

Aufbau und Kodestruktur

Der Operationen- und Prozedurenschlüssel 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 Systemak.

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 <i>Inkl.: Innere Schienung</i>
...	
5-448	Andere Rekonstruktion am Magen <i>Hinw.:</i> Der Zugang ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren: 0 Offen chirurgisch abdominal 1 Offen chirurgisch thorakal 2 Laparoskopisch 3 Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch x Sonstige
** 5-448.0	Naht (nach Verletzung)
** 5-448.1	Verschluss einer Gastrostomie oder (Ernährungs-)Fistel
** 5-448.2	Gastropexie
** 5-448.3	Kardioplastik (z. B. nach Belsey)
** 5-448.4	Fundoplikatio
** 5-448.5	Hernifundoplikatio
** 5-448.6	Hernifundoplikatio mit Hiatusnaht
** 5-448.8	Magenverkleinerung (Gastric banding)
** 5-448.9	Rücknahme einer Magenverkleinerung
** 5-448.x	Sonstige
5-448.y	N.n.bez.

EDV (Metadaten):

Neu dazu kommende Textpassagen sind durch Fettdruck gekennzeichnet.

5-44	Erweiterte Magenresektion und andere Operationen am Magen
...	
5-448	Erweiterte Magenresektion und andere Operationen am Magen: Andere Rekonstruktion am Magen
5-448.0	Erweiterte Magenresektion und andere Operationen am Magen: Andere Rekonstruktion am Magen: Naht (nach Verletzung)
5-448.00	Erweiterte Magenresektion und andere Operationen am Magen: Andere Rekonstruktion am Magen: Naht (nach Verletzung): Offen chirurgisch abdominal
5-448.01	Erweiterte Magenresektion und andere Operationen am Magen: Andere Rekonstruktion am Magen: Naht (nach Verletzung): Offen chirurgisch thorakal
5-448.02	Erweiterte Magenresektion und andere Operationen am Magen: Andere Rekonstruktion am Magen: Naht (nach Verletzung): Laparoskopisch
5-448.03	Erweiterte Magenresektion und andere Operationen am Magen: Andere Rekonstruktion am Magen: Naht (nach Verletzung): Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
5-448.0x	Erweiterte Magenresektion und andere Operationen am Magen: Andere Rekonstruktion am Magen: Naht (nach Verletzung): Sonstige

5-448.1	Erweiterte Magenresektion und andere Operationen am Magen: Andere Rekonstruktion am Magen: Verschluss einer Gastrostomie oder (Ernährungs-)Fistel
5-448.10	Erweiterte Magenresektion und andere Operationen am Magen: Andere Rekonstruktion am Magen: Verschluss einer Gastrostomie oder (Ernährungs-)Fistel: Offen chirurgisch abdominal
...	
5-448.x	Erweiterte Magenresektion und andere Operationen am Magen: Andere Rekonstruktion am Magen: Sonstige
5-448.x0	Erweiterte Magenresektion und andere Operationen am Magen: Andere Rekonstruktion am Magen: Sonstige: Offen chirurgisch abdominal
...	
5-448.y	Erweiterte Magenresektion und andere Operationen am Magen: Andere Rekonstruktion am Magen: N.n.bez.

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

Reihenfolge und Besetzung der Codes

Im vorliegenden Schlüssel sind nicht alle 4-stelligen Kodepositionen besetzt. Auf ein „Aufücken“ 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 Operationen- und Prozedurenschlüssel 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 alterbezogene Gliederung mit Ausnahme einiger weniger Schlüsselnummern in Kapitel 8 (Neugeborene).

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

Informationsgehalt eines Einzelkodes

Grundprinzip des OPS-301 ist die Abbildung eines durchgeführten Eingriffes möglichst mit einem Kode (monokausale Kodierung). Das bedeutet: jeder Einzelkode enthält normalerweise alle Informationen für eine Prozedur mit allen notwendigen Komponenten, wie z.B. Vorbereitung, Lagerung, Anästhesie, Zugang, die eigentliche Operation, Naht, usw. (s.a. den Abschnitt „Prozedurenkomponenten“ in DKR P001a *Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren* (Seite 35)).

Beispiel 1	
5-351.12	<i>Mitralklappenersatz, offen chirurgisch, durch Xenotransplanta</i>
	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 0908c *Koronararterienbypass* (Seite 126).

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 Erisimplantation einer Endoprothese z.B. mit Femurersatz oder mit Ersatz benachbarter Gelenke ist zusätzlich zu kodieren (5-829.a)
 Die Verwendung einer Tumorendoprothese ist gesondert zu kodieren (5-829.c)
 Die Angabe zur Verwendung von Zement ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:
 0 Nicht zementiert
 1 Zementiert
 2 Hybrid (teilkementiert)

** 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*

Sofem 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 erweiterter 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 Beantwortung

Die Dauer der maschinellen Beantwortung wird mit einem Kode aus 8-718 kodiert. Dabei ist zu beachten, dass eine intraoperative Beantwortung nicht kodiert wird. Beginn die Beantwortung jedoch während der Operation und dauert insgesamt länger als 24 Stunden, so wird die gesamte Beantwortungszeit mit einem Kode aus 8-718 kodiert. Bei wiederholter Beantwortung sind die Zeiten zu addieren (siehe DKR 1001e *Maschinelle Beantwortung* (Seite 135)).

Eingeschränkte Gültigkeit von Codes

Bestimmte Codes in den Kapiteln 1 und 8 des Prozedurensschlüssels 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 Operationen- und Prozedurensschlüssel nach § 301 SGB V sieht vor, bestimmte ergänzende Angaben zu einer Operation zusätzlich zu kodieren. Für diese Angaben sieht ein spezieller Bereich am Ende des Kapitels 5 zur Verfügung. Die Zusatzinformationen umfassen:

- Anwendung mikrochirurgischer Technik (5-984)
(Unter einem mikrochirurgischen Eingriff werden Operationen verstanden, die mit Hilfe eines Mikroskops, Instrumentariums und einer optischen Vergrößerung in entsprechender Operationstechnik unter maximaler Gewebeschonung durchgeführt werden.)
- Durchführung der Operation im Rahmen der Versorgung einer Mehrfachverletzung (5-981)
(Dieser Zusatzkode 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 Zusatzkode 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 Kode selbst enthalten ist. Zusatzcodes dürfen nicht selbständig benutzt werden und sind nur in Kombination mit dem durchgeführten, inhaltlich leitenden Eingriff zulässig.

Ein- und Ausschussbemerkungen und Hinweise

Zur korrekten Anwendung des Schlüssels wurden Hinweise, Ein- und Ausschussbemerkungen 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 Kode der Klassifikation zuzuordnen sind. Der zutreffende Kode ist jeweils angegeben. Wenn eine Ausschussbemerkung keine Kodangabe 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>Exkl.: Entfernung eines Fremdkörpers</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 Kode verwendet werden kann

Listen (Subklassifikation)

Listen wurden eingeführt, um für einen oder mehrere Kodes gelende 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 Kode wird jeweils durch einen Hinweis aufmerksam gemacht. Listen gelten generell nur für die im Kode ausgewiesenen spezifischen Codepositionen, nicht jedoch für die Restklasse „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 Kode 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 „...Nah eines Nerven und Plexus...“). Im 5-stelligen Kode wird „und“ im Sinne von „sowohl als auch“, „oder“ im Sinne von „entweder/oder“ verwendet.

Verwendete Symbole

- **** Kodes mit Doppelpfeil (**) am linken Rand des jeweiligen Kodes 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 Prozedurangabe. Diese Angaben können vorliegen, aber auch fehlen, ohne dass die Verschlüsselung dadurch beeinflusst wird.
- ||** Eckige Klammern enthalten Synonyme und andere Schreibweisen zu einer Prozedurangabe.

Verwendete Schreibweisen

Die Nomenklatur im vorliegenden Schlüssel lehnt sich an die deutsche Version der ICD an. Entsprechend werden Prozedurangaben 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 Kode im OPS-301 gibt.
 - a. Gibt es einen spezifischen Kode für „Umsteigen auf offen chirurgisch“, so ist dieser zu verwenden (siehe Beispiel 1).
 - b. Gibt es dafür keinen spezifischen Umstiegscode, so wird **nur** die offen chirurgische Prozedur kodiert (siehe Beispiel 2).
2. Gibt es einen spezifischen Kode für eine misslungene Prozedur (siehe Beispiel 3), so ist dieser zu verwenden. In diesem Fall ist der Zusatzkode 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 Zusatzkode 5-995 kodiert.
5. In allen anderen Fällen ist die geplante, aber nicht komplett durchgeführte Prozedur in Verbindung **mit** dem Zusatzkode 5-995 zu kodieren.

Beispiel 1

Eine laparoskopisch begonnene Hysterektomie wird fortgesetzt als (offen chirurgische) abdominale Hysterektomie. Als Prozedur wird in diesem Fall kodiert:
5-683.04 *Uterusexstirpation [Hysterektomie], ohne Salpingoovarektomie, Umsteigen endoskopisch – offen chirurgisch*

Beispiel 2

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

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

Beispiel 3

Für einige misslungene Prozeduren gibt es spezifische Codes:

5-733 *Misslungene vaginale operative Einbindung*

und zugehörige 5-Steller

8-510.1 *Misslungene äußere Wendung*

Beispiel 4

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

5-541.0 *Explorative Laparotomie*

Beispiel 5

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

5-340.1 *Explorative Thorakotomie*

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

P0050 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 54) genannt sind.

- Nur **einmal** während einer **stationären Behandlung** zu kodierende Prozeduren sind aus pragmatischen Gründen unter Angabe des Datums der ersten Leistung anzugeben,
 - wenn Hirnweise 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 Teilmengen 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

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Untersuchung der elektrophysiologischen Aktivität des Herzens (1-265) ❶ ▪ Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen (8-191) ▪ Applikation von Medikamenten und Nahrung (8-01) ▪ Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle (1-844) ▪ Therapeutische perkutane Punktion des Thorax; Pleurahöhle (8-152.1) ▪ Diagnostische perkutane Punktion und Aspiration der Bauchhöhle; Aszitespunktion (1-853.2) ▪ Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle (8-153) ▪ Spülung (Lavage) (8-17) ▪ Lagerungsbehandlung (8-390) ▪ 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) ❹ ▪ Transfusion von Plasma, Plasmabestandteilen und Infusion von Volumenersatzmitteln (8-81) ❺ ▪ Schmerztherapie (8-91) ▪ Patientenmonitoring (8-92 bis 8-93) ❻ ▪ Phoniatrische und pädaudiologische Therapie (9-31) ▪ Psychosoziale, psychosomatische und neuropsychologische Therapie (9-40) |
|---|

Anmerkungen:

- ❶** Bei den elektrophysiologischen Untersuchungen gemäß den deutschen und internationalen Leitlinien handelt es sich um komplexe Untersuchungsverfahren, die ggf. aus mehreren Einzeluntersuchungen bestehen können. Standardverfahren wie z.B. Ruhe-, Belastungs- und 24-Stunden-EKG gehören nicht dazu und sind nicht zu kodieren (siehe DKR P014a *Prozeduren, die normalerweise nicht verschlüsselt werden* (Seite 54)).

- 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, unterscheiden 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 C44.6 L57.0	Basalzellkarzinom, Ohr Basalzellkarzinom, Unterarm Keratosis solaris
Hauptprozedur:	5-212.0	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe an der äußeren Nase
Anderer Prozeduren:	5-181.0	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des äußeren Ohrs
	5-894.08	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe am Haut und Unterhaut, Unterarm
	5-894.0a	do., Rücken
	5-894.0f	do., 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 Kode 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. Mammaexzision) die Übergangsregelungen (siehe Seite XIX) zu beachten.

Beispiel 2

Bilaterale Prozeduren, für die es im OPS-301 nur einen Kode für den einseitigen Eingriff gibt: **Amputation** von mehr als einem Körperteil, z.B. Amputation **beider** Unterschenkel

5-864.8 *Unterschenkelamputation n.r.bez*
5-864.8 *Unterschenkelamputation n.r.bez*

Verschluss von Lidddefekten an **beiden Augen**

5-095.00 *Nahd des Augentides, Verschluss oberflächlicher Lidddefekte, ohne Beteiligung der Lidkante*
5-095.00 *Nahd des Augentides, Verschluss oberflächlicher Lidddefekte, ohne Beteiligung der Lidkante*

bilaterale Reposition von Radius-Frakturen (Colles)

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

bilaterale Korrektur absteigender Ohren

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

Beispiel 3

Bilaterale Prozeduren, für die es im OPS-301 eigene Codes gibt, sind mit diesem Kode 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 Bruch sackunterbindung und Teilresektion*
.01 *Mit Hydrozele wandresektion*
.02 *Mit Fankulolyse und Hodenverlagerung*
.03 *Ohne weitere Maßnahmen*
.0x *Sonstige*

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 *Umstiegen laparoskopisch - offen chirurgisch*
- x *Sonstige*

- ** 5-448.0 *Naht (nach Verletzung)*
- ** 5-448.1 *Verschluss einer Gastrostomie oder (Ernährungs-)Fistel*
- ** 5-448.2 *Gastropexie*
- ** 5-448.3 *Kardioplastik (z. B. nach Belsky)*

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 Zusatzkode 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, ventrikuloaural*
- 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-, Jejunum- 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 flexiblem Instrument.*

P008a Klinische Untersuchung in Allgemeinanästhesie

Eine klinische Untersuchung in Allgemeinanästhesie ist nur dann als eigene Prozedur zu kodieren, wenn die Untersuchung in Allgemeinanästhesie als selbständige Maßnahme durchgeführt wird. Sofern der OPS-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 Kode 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 kommen 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 Wundheilte (Wunddebridement) und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut

Inkl.: Entfernung von infizierten Gewebe

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

Schientenbergreifendes 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 Codes 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.

Die im Rahmen der Aufrechterhaltung der Homöostase für die postmortale Organspende (8-978) ab dem Zeitpunkt des Beginns der zur Feststellung des Hirntodes (1-202.0) führenden

Hirndiagnostik anfallende Dauer der maschinellen Beatmung darf bei der Berechnung der Dauer der maschinellen Beatmung für die im Rahmen der Datenübermittlung nach 301 SGB V / § 21 KHEntG zu übermittelten Beatmungsspendenzahl nicht berücksichtigt werden

8-718.0	<i>Bis 24 Stunden</i>
8-718.1	<i>Über 24 bis unter 96 Stunden</i>
8-718.4	<i>96 Stunden bis unter 144 Stunden</i>
8-718.5	<i>144 Stunden bis unter 192 Stunden</i>
8-718.6	<i>192 Stunden bis unter 264 Stunden</i>
8-718.7	<i>264 Stunden bis unter 480 Stunden</i>
8-718.8	<i>480 Stunden bis unter 720 Stunden</i>
8-718.9	<i>720 Stunden bis unter 960 Stunden</i>
8-718.a	<i>960 Stunden bis unter 1200 Stunden</i>
8-718.b	<i>1200 Stunden und mehr</i>
8-718.y	<i>N.n.bez.</i>

P013b Wiedereröffnung eines Operationsgebietes/Reoperation

Bei der Wiedereröffnung eines Operationsgebietes zur

- Behandlung einer Komplikation
 - Durchführung einer Reizdiagnostik
 - 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 Blutsstillung nach Tonsillektomie*
5-340.30 *Rehorrhagikomie, Blutsstillung.*

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

5-379.5 *Reoperation an Herz und Perikard*
5-559.3 *Revisionsoperation an der Niere*
5-749.0 *Resektio*
5-983 *Reoperation*

für die Reoperation anzugeben (siehe Beispiel 1).

Für die Herz- und Nierenchirurgie gibt es eigene Codes für eine Reoperation, die im OPS-301 als eigenständige Codes ausgewiesen sind, aber im allgemeinen wie Zusatzkodes verwendet werden. Bei Bypass-Reoperationen (siehe DKR 0908e *Koronararterienbypass* (Seite 126)) und bei anderen Reoperationen am Herzen (siehe DKR 0909a *Revision oder Reoperation* (Seite 129)) ist grundsätzlich zu den spezifischen Operationskodes der Kode 5-379.5 *Reoperation an Herz und Perikard* anzugeben (siehe Beispiel 2).

Beispiel 1

5-062.2 *Andere partielle Schilddrüsenresektion: subtotale Resektion, einseitig*
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

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gipsverbände mit Ausnahme aufwändiger Gipsverbände (8-310) ▪ Verbände, außer bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen (8-191) ▪ Kardioplegie ▪ Kardiokotographie (CTG) ▪ Medikamentöse Therapie mit folgenden Ausnahmen: <ul style="list-style-type: none"> - bei Neugeborenen - nicht-antibiotische Chemotherapie - systemische Thrombolysen ▪ Echokardiographie ▪ Ruhe-EKG ▪ Langzeit-EKG ▪ Belastungs-EKG ▪ 24-Stunden-Blutdruckmessung ▪ Legen einer Magensonde ▪ Legen eines transurethralen Blasenkateters ▪ Subkutane Medikamentengabe, z. B. Heparin ▪ Blutentnahme ▪ Aufnahme- und Kontrolluntersuchung ▪ Visite ▪ Konsiliaruntersuchung ▪ Konventionelle Röntgenuntersuchungen, inklusive Mammographie ▪ Lungenfunktionsstest mit Ausnahme der Ganzkörperplethysmographie (1-710), der CO-Diffusionskapazität (1-711) und der Spiroergometrie (1-712) ▪ Blutgasanalyse in Ruhe ▪ Atemgasanalyse ▪ Sonographien mit Ausnahme der Endosonographie
--

Beispiel 1

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

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

Verfahren, die sich bei der Entwicklung der DRGs doch als gruppierungsrelevant herausstellen sollten, werden im Rahmen der Pflege des OPS-301 und der Kodierrichtlinien berücksichtigt.

P015c Organentnahme und Transplantation

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

1. Untersuchung eines potenziellen Organ- oder Gewebespenders

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

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

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

2. Lebendspende

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

Z52- *Spender von Organen und Gewebe*

anzugeben, wenn während desselben stationären Aufenthaltes die Organ- oder Gewebeentnahme durchgeführt wird. Ebenfalls sind die entsprechenden Prozedurenkodes zur Entnahme des Transplantates zu kodieren (siehe Beispiel 1 und folgende Tabelle).

Beispiel 1

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

Hauptdiagnose: Z52.4

Nierenspender

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

Bei **autogener Spende und Transplantation** während eines stationären Aufenthaltes sind Kodes aus Z52- *Spender von Organen und Gewebe* **nicht** anzugeben. Die Haupt- und Nebendiagnosen sowie die OPS-Kodes für die Entnahme des Transplantates und die Kodes für die eigentliche Transplantation sind anzugeben (siehe DKR 0301c *Knochenmark-/Stammzellentnahme und -transplantation* (Seite 85)).

3. Postmortale Spende nach Gehirntod im Krankenhaus

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

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

Der entsprechende Kode für die Organentnahme bzw. der Kode 8-978 *Aufrechterhaltung der Homöostase für die postmortale Organspende* sind **nicht** zu kodieren (siehe auch Hinweise hierzu im OPS-301 Version 2004). Ebenso ist der Kode Z00.5 *Untersuchung eines potentiellen Spenders eines Organs oder Gewebes* **nicht** anzugeben.

4. Transplantation

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

Anmerkung: Zur Kodierung von Versagen und Abstoßungsreaktion nach Transplantation siehe DKR 0303c Versagen und Abstoßungsreaktion nach Transplantation (Seite 86).

Organ-/Gewebeentnahme und Transplantationstabelle – Teil 1

ORGAN/ GEWEBE	SPENDE Diagnosekode für Lebendspender	ENTNAHME Prozedurenkode (aus) OPS-301		TRANSPLANTATION Prozedurenkode (aus) OPS-301: Empfänger	
Stammzellen	Z52.01	5-410.10 5-410.11	<i>Entnahme von hämatopoetischen Stammzellen zur Transplantation, zur Eigenspende Entnahme von hämatopoetischen Stammzellen zur Transplantation, zur Fremdspende</i>	8-805	<i>Transfusion von hämatopetischen Stammzellen</i>
Knochenmark	Z52.3	5-410.00 5-410.01	<i>Entnahme von Knochenmark zur Transplantation, zur Eigenspende Entnahme von Knochenmark zur Transplantation, zur Fremdspende</i>	5-411	<i>Knochenmarktransplantation</i>
Haut (siehe auch DKR 1207b)	Z52.1	5-901 5-904 5-924	<i>Freie Hauttransplantation, Entnahmestelle Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Entnahmestelle Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen, Entnahmestelle</i>	Geeigneter Kode aus 5-89...5-92 <i>Operationen an Haut und Unterhaut</i>	
Knochen	Z52.2	5-783	<i>Entnahme eines Knochentransplantates</i>	5-784	<i>Knochen transplantation</i>
Niere	Z52.4	5-554.8	<i>Nephrektomie zur Transplantation, Lebendspender</i>	5-555	<i>Nierentransplantation</i>
Limbus-Stammzellen/ Konjunktiva	Z52.8	5-112	<i>Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Konjunktiva</i>	5-113.0	<i>Transplantation von Bindehaut oder Stammzellen des Limbus</i>
Leber	Z52.6	5-503.3	<i>Leberteilresektion links (zur Lebendorganspende)</i>	5-504	<i>Lebertransplantation</i>

Organ-/Gewebeentnahme und Transplantationstabelle – Teil 2

OPS-KODES FÜR DIE TRANSPLANTATION VON POSTMORTAL ENTNOMMENEN ORGANEN

ORGAN/ GEWEBE				TRANSPLANTATION	
				Prozedurenkode (aus) OPS-301: Empfänger	
Herz				5-375.0	<i>Herztransplantation, orthotop</i>
				5-375.1	<i>Herztransplantation, heterotop</i>
Lunge				5-335	<i>Lungentransplantation</i>
Herz und Lunge				5-375.2	<i>Herz- und Lungentransplantation</i>
Pankreas				5-528	<i>Transplantation von Pankreas(gewebe)</i>
Leber				5-504	<i>Lebertransplantation</i>
Kornea				5-125	<i>Hornhauttransplantation und Keratoprothetik</i>
Niere				5-555	<i>Nierentransplantation</i>
Dünndarm				5-467.61	<i>Dünndarmtransplantation, Jejunum</i>
				5-467.62	<i>Dünndarmtransplantation, Ileum</i>

SPEZIELLE KODIERRICHTLINIEN

1 BESTIMMTE INFEKTÖSE UND PARASITÄRE KRANKHEITEN

0101c HIV/AIDS

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

HIV-Kodes sind folgende:

R75	<i>Laborhinweis auf Humanes Immundefizienz-Virus [HIV]</i> (d.h. unsicherer Nachweis nach nicht eindeutigen serologischen 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 Kodes der bestehenden Symptome (z.B. Lymphadenopathie, Fieber) oder der Komplikation (z.B. Meningitis) hinzuzufügen.

Hinweis: Im Allgemeinen sind Symptome nur dann zu kodieren, wenn ihre Ursache unbekannt ist. Diese Kodieranweisung stellt somit eine Ausnahme zu Abschnitt „Schlüsselnummern für Symptome, Befunde und ungenau bezeichnete Zustände“ in DKR D002c *Hauptdiagnose* (Seite 4) dar.

Beispiel 1

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

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

Hinweis: Wird der Patient im weiteren Verlauf der Erkrankung wegen „sonstiger näher bezeichneter Krankheitszustände infolge HIV-Krankheit“ (B23.8) aufgenommen, ist gemäß des Inklusivums zu B23.8 eine (persistierende) generalisierte Lymphadenopathie nicht gesondert zu kodieren.

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 Kodes zur Verfügung:

B20	<i>Infektiöse und Parasitäre Krankheiten infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]</i>
B21	<i>Basartige 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 [Nicht näher bezeichnete HIV-Krankheit] [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]</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 Codes R75 und Z21 sind in diesem Fall nicht zu verwenden.

Reihenfolge und Auswahl der Codes

Die Entscheidung, in welcher Reihenfolge die Codes 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 Code 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-Code (*) als auch einen Manifestations-Code (*) 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 (Manifestationscodes 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 Krankenhausaufenthalts bezieht. Dieser HIV-Kode ist direkt nach dem Hauptdiagnose-Code 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 4).

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:	B22	<i>Sonstige näher bezeichnete Krankheiten infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]</i>

Die **optionalen** Nebendiagnosecodes B20 und B22 können angegeben werden, um die CMV-Retinitis und das Auszehrungssyndrom als Manifestationen der HIV/AIDS-Erkrankung zu kennzeichnen.

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 Kode 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 71)).

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

Bei Patienten mit HIV, die zur Chemotherapie aufgenommen werden, ist die Hauptdiagnose gemäß Abschnitt „Reihenfolge und Auswahl der Codes“ dieser Kodierrichtlinie auszuwählen (s.a. DKR 0211c *Chemotherapie bei Neubildungen* (Seite 80)).

Die Codes

Z51.1 *Chemotherapiesitzung wegen bösartiger Neubildung oder*

Z51.2 *Andere Chemotherapie*

sind (unabhängig von der Dauer des Aufenthaltes) **nicht** als Hauptdiagnose zu kodieren (siehe Beispiel 6 und 7).

Prozeduren

Ein Prozedurenkode aus 8-54 *Zytostatische Chemotherapie bei Neubildungen* ist **nur dann** zuzuweisen, wenn es sich um die Verschüßelung 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.

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

Beispiel 7

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

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

0102a Virushepatitis**Trägerstatus**

Ein Patient wird dann als Hepatitis-(Virus-)Träger betrachtet (Z22.5 *Keimträger der Virushepatitis*), wenn er über die akute Phase der Erkrankung hinaus weiterhin Hepatitis B-, C- oder D-Viren in seinem Blut hat. Dabei weist er keine manifesten Krankheits Symptome 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 70))

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 Implantation sowie im Zusammenhang mit Prothesen, Implantaten oder Transplantaten sind mit dem passenden Kode aus einer der folgenden Kategorien zu verschlüsseln:

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

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. Ein Kode aus D70– *Agranulozytose*

0104a Urosepsis

„Urosepsis“ ist laut alphabetischem Verzeichnis zur ICD-10 mit N39.0 *Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet* zu verschlüsseln. Dieser Kode bezeichnet eine **Harnwegsinfektion**.

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

A40– *Streptokokkensepsis*

oder

A41– *Sonstige Sepsis*

zuzuweisen.

2 NEUBILDUNGEN

0201b Auswahl und Reihenfolge der Codes

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

Erfolgt die Aufnahme zur Diagnostik/Behandlung des primären Malignoms, ist das primäre Malignom als Hauptdiagnose-Kode zuzuweisen (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-Kode 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 Colons, Colon transversum*

Erfolgt die Aufnahme des Patienten sowohl zur Behandlung des Primärtumors als auch der Metastasen, ist gemäß DKR D002c *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 somatofärischen Verdachts auf Lebermetastasen zur Primärtumor-suche und weiteren Abklärung stationär aufgenommen. Dabei findet sich ein Kolonkarzinom mit Lebermetastasen. Es wird sowohl eine Hemikolektomie als auch eine Leberteilresektion durchgeführt.

Hauptdiagnose: Wird vom behandelnden Arzt entschieden

Nebendiagnose(n):

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

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

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-Kode. 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 *Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes*

Nebendiagnose(n): C61 *Bösartige Neubildung der Prostata*

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, rezidiviert, 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 *Bösartige Neubildung des Magens, Corpus ventriculi*

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 179)).

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 *Bösartige Neubildung des Gehirns, mehrere Teilbereiche überlappend*

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 überlappender maligner Gehirntumor diagnostiziert wurde, wird wegen rezidivierender Krampfanfälle aufgenommen. Es werden **nur die Krampfanfälle** behandelt.

Hauptdiagnose: R56.8 *Sonstige und nicht näher bezeichnete Krämpfe*

Nebendiagnose(n): C71.8 *Bösartige Neubildung des Gehirns, mehrere Teilbereiche überlappend*

Beispiel 3

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

Hauptdiagnose: C79.5† *Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes*

Nebendiagnose(n): M49.56* *Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, Lumbalbereich*
C61 *Bösartige Neubildung der Prostata*

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.

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

Siehe auch DKR 1806a *Schmerzdiagnosen und Schmerzbehandlungsverfahren* (Seite 180) zur Information bezüglich der Kodierung therapeutischer Schmerzen aufgrund eines Malignoms.

0203a**Rezidiv eines primären Malignoms**

Sofern ein primäres Malignom, das bereits früher aus demselben Organ oder Gewebe radikal entfernt wurde, rezidiviert, ist es als primäres Malignom des angegebenen Gebietes unter Verwendung des entsprechenden Kodes 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 bekanntem Primärlokalisation auf ein Nachbarorgan oder -gebiet (z.B. vom Darm auf die Blase oder vom Jejunum zum Ileum) fortsetzt, ist nur die Primärlokalisation zu kodieren. Die Ausbreitung im Nachbargebiet wird nicht verschlüsselt.

Beispiel 1

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

Hauptdiagnose: C53.1 *Bösartige Neubildung der Ektozervix*

Unbekannte Primärlokalisation

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 Kardia (Ösophagus und Magen)*.

Beispiel 2

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

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

b) Die ICD-10-GM stellt für bestimmte bösartige Neubildungen, deren **Entstehungsort** nicht festgelegt 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-GM, Band I, Kapitel II)*

Beispiel 3

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

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

Anmerkung: In diesem Fall liegt ein Karzinom der Zervix (C53.–) und ein Karzinom der Vagina (C52) vor. Da der **Entstehungsort** nicht festgelegt 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 **andererorts 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 Kode

C97I *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* nose:

Nebendiagnose C43.7 *Bösartiges Melanom der unteren Extremität, einschließlich Hüfte* nose(n):

C97.1 *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 D002c *Hauptdiagnose* (Seite 4)).

C97.1 ist als Nebendiagnosekode hinzuzufügen.

0208c Remission bei malignen immunoproliferativen Erkrankungen und Leukämie

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

C88– *Bösartige immunoproliferative Krankheiten,*

C90– *Plasmazytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen* und

C91–C95 *Leukämie*

erleichten.

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 Zeitraum getroffen.

Die Codes

C88– *Bösartige immunoproliferative Krankheiten*

C90– *Plasmazytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen*

C91– *Lymphatische Leukämie*

C92– *Myeloische Leukämie*

C93– *Monozytenleukämie*

C94– *Sonstige Leukämien näher bezeichnete Zelltyps*

C95– *Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps*

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

0 *Ohne Angabe einer kompletten Remission* oder

1 *In kompletter Remission*

zur Verfügung.

Hierbei ist zu beachten:

.x0 Ohne Angabe einer kompletten Remission

Ohne Angabe einer Remission

In partieller Remission

ist zuzuweisen,

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

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

oder

- wenn der Remissionsstatus nicht bekannt ist

.x1 In kompletter Remission

ist zuzuweisen,

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

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

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

anzugeben.

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 78)). Die möglichen „Anamnese“-Kodes für maligne immunoproliferativen Erkrankungen und Leukämie sind:

Z85.6 *Leukämie in der Eigenanamnese*

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

0209a Malignom in der Eigenanamnese

Die Codes 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 Codes 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*

Ein Patient wird 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 74) und DKR 0201b *Auswahl und Reihenfolge der Kodes* (Seite 71)).

Beispiel 1

Ein Patient wurde zur Verlaufskontrolle 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 Verlaufskontrolle 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 Kodes für die Morphologie

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

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

0211c 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 0101c *HIV/AIDS* (Seite 63))

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

Kodierung

Diagnosen

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

War der Aufnahmegrund weder die maligne Erkrankung noch die Chemotherapie, so ist die Hauptdiagnose gemäß DKR D002e *Hauptdiagnose* (Seite 4) zu wählen.

Der Kode Z51.1 *Chemotherapie/sitzung wegen bösartiger Neubildung* ist (unabhängig von der Dauer des Aufenthaltes) **nicht** als Hauptdiagnose zu kodieren.

Prozeduren

Die Anwendung von Chemotherapie ist mit den entsprechenden Kodes aus

8-54 *Zytostatische Chemotherapie bei Neubildungen*

zu verschlüsseln (zur Auswahl der Kodes und Häufigkeit der Verschlüsselung siehe Hinweise im OPS-301 Version 2004).

Beispiel 1

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

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

Kombinierte Strahlen- und Chemotherapie

Diagnosen

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

Die Codes

Z51.0 *Strahlentherapie-Sitzung,*

Z51.1 *Chemotherapieplatzung wegen bösartiger Neubildung* und

Z51.82 *Kombinierte Strahlen- und Chemotherapieplatzung wegen bösartiger Neubildung*

sind **nicht** als Hauptdiagnose anzugeben, unabhängig von der Dauer des Aufenthaltes.

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 der zutreffende Kode aus

8-54 *Zytostatische Chemotherapie bei Neubildungen.*

(Zur Auswahl der Codes und Häufigkeit der Verschüsselung siehe Hinweise im OPS-301 Version 2004.)

Zur Chemotherapie bei **Kaposi-Sarkom** s.a. „Chemotherapie bei HIV-Infektion“ in DKR 0101c *HIV/AIDS* (Seite 63).

0212c Instillation von zytotoxischen Materialien in die Harnblase

Kodierung

Diagnosen

Bei Patienten, die zur Instillation von Zytostatika oder BCG (Bacillus Calmette-Guérin) in die Blase aufgenommen werden, ist die zu behandelnde Neubildung als Hauptdiagnose zu verschlüsseln (s.a. DKR 0211c *Chemotherapie bei Neubildungen* (Seite 80)).

Der Kode Z51.1 *Chemotherapieplatzung* wegen *bösartiger Neubildung* ist **nicht** als Hauptdiagnose zuzuweisen.

Prozeduren:

Der Prozedurenkode

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

0213c Strahlentherapie

Kodierung

Diagnosen

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

War der Aufnahmegrund weder die maligne Erkrankung noch die Strahlentherapie, so ist die Hauptdiagnose gemäß DKR D002c *Hauptdiagnose* (Seite 4) zu wählen.

Der Kode Z51.0 *Strahlentherapie-Sitzung* ist (unabhängig von der Dauer des Aufenthaltes) **nicht** als Hauptdiagnose zu kodieren.

Prozeduren

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

8-52 *Strahlentherapie* oder

8-53 *Nuklearmedizinische Therapie*

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

0214a Lymphangioides carcinosarcoma

Ist keine weitere Information über die Lokalisation und/oder Art des primären Malignoms verfügbar, so wird z.B. bei Lymphangioides carcinosarcoma 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 MAL-T-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 Codes nicht zuzuordnen:

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

C78.8 *Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bestimmter 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 Kolons*

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

0301c Knochenmark-/Stammzellentnahme und -transplantation

I. Knochenmark-/Stammzellentnahme

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

Z52.3 Knochenmarkspender bzw.

Z52.01 Stammzellenspendler
zuzuweisen.

Ebenso ist einer der folgenden Prozedurenkodes

5-410.00 Entnahme von Knochenmark zur Transplantation, zur Eigenspende

5-410.01 Entnahme von Knochenmark zur Transplantation, zur Fremdspende

bzw.

5-410.10 Entnahme von hämatopoetischen Stammzellen zur Transplantation, zur Eigenspende

5-410.11 Entnahme von hämatopoetischen Stammzellen zur Transplantation, zur Fremdspende

zuzuweisen.

Bei **autogener Spende und Transplantation** während eines stationären Aufenthaltes sind Codes aus Z52 – *Spender von Organen und Gewebe nicht* anzugeben. Die Haupt- und Nebendiagnosen sowie die OPS-Kodes für die Entnahme des Transplantates und die Codes für die eigentliche Transplantation sind anzugeben (siehe DKR P015c *Organentnahme und Transplantation* (Seite 56)).

II. Knochenmark-/Stammzelltransplantation

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

5-411 Knochenmarktransplantation

oder

8-805 Transfusion von hämatopoetischen Stammzellen

zu kodieren.

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 Plasmaproteinen und gemischlich hergestellten Plasmaproteinen

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

0303c Versagen und Abstoßungsreaktion nach Transplantation

1. Nach Transplantation von hämatopoetischen Zellen

Bei Patienten, die aufgrund eines Versagens von transplantierten hämatopoetischen Zellen (Knochenmark oder Stammzellen) oder einer Graft-versus-host-Krankheit (GVHD) aufgenommen werden, ist ein Kode aus

T86.0- Versagen eines Transplantates hämatopoetischer Stammzellen und Graft-versus-host-Krankheit

als Hauptdiagnose zu verschlüsseln.

Die (maligne) Grunderkrankung ist als Nebendiagnose zu kodieren, ebenso ggf. die Organmanifestationen einer GVHD, sofern diese die Nebendiagnosekriterien nach DKR D003b *Nebendiagnosen* (Seite 11) erfüllen.

2. Nach Transplantation eines Organs oder Gewebes

Bei Patienten, die aufgrund eines Versagens oder einer Abstoßungsreaktion nach Transplantation eines Organs oder Gewebes (außer hämatopoetische Stammzellen) aufgenommen werden, ist einer der folgenden Codes als Hauptdiagnose zu verschlüsseln:

- T86.1 *Versagen und Abstoßung eines Nierentransplantates*
- T86.2 *Versagen und Abstoßung eines Herztransplantates*
- T86.3 *Versagen und Abstoßung eines Herz-Lungen-Transplantates*
- T86.4 *Versagen und Abstoßung eines Lebertransplantates*
- T86.8- *Versagen und Abstoßung sonstiger transplanterter Organe und Gewebe*
 - T86.81 *Lungentransplantat*
 - T86.82 *Pankreastransplantat*
 - T86.83 *Hornhauttransplantat des Auges*
 - T86.88 *Sonstige transplantierte Organe und Gewebe*
- T86.9 *Versagen und Abstoßung eines n.n.bez. transplanterten Organes und Gewebes*

Erfolgt die Aufnahme aus einem anderen Grund als des Versagens oder der Abstoßungsreaktion nach Transplantation, so ist T86- nicht als Hauptdiagnose anzugeben.

4 ENDOKRINE, ERNÄHRUNGS- UND STOFFWECHSEL-KRANKHEITEN

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-GM:

- 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 bestimmter Diabetes mellitus*
- E14– *Nicht näher bestimmter 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	<i>Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-I-Diabetes] ohne Komplikationen, als entgleist bezeichnet</i>
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	<i>Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-I-Diabetes] mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen, als entgleist bezeichnet</i>
Nebendiagnose(n):	keine	

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

Beispiel 3

Ein Patient mit Diabetes mellitus Typ 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†	<i>Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-I-Diabetes] mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen, als entgleist bezeichnet</i>
Nebendiagnose(n):	N08.3*	<i>Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus</i>
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 Codes „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

Sofem 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–E14, 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 Stoffwechsellage aufgenommen.

Hauptdiagnose:	E10.71†	<i>Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] mit multiplen Komplikationen, als engleis 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.

Sofem 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-1-Diabetes] mit peripheren vaskulären Komplikationen, nicht als engleis bezeichnet</i>
Nebendiagnose(n):	I79.2*	<i>Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten</i>
	I70.22	<i>Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerzen</i>
	E10.30†	<i>Diabetes mellitus mit Augenkomplikationen, nicht als engleis 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, Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerzen* dient in diesem Beispiel zur näheren Spezifizierung der durch das Kreuz-Stern-System beschriebenen Diagnose. Er ist nicht als Hauptdiagnose anzugeben. Der Prozedurenkode 5-930.4 *Alloplastisches Transplantat* wird hier zusätzlich angegeben, um die Art des Transplantates näher zu spezifizieren.

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-1-Diabetes] mit Nierenkomplikationen, nicht als engleis bezeichnet</i>
Nebendiagnose(n):	N08.3*	<i>Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus</i>

Beispiel 7

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

Hauptdiagnose: E10.20†	<i>Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] mit Nierenkomplikationen, nicht als engleist bezeichnet</i>
Nebendiagnose(n): N08.3*	<i>Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus</i>
N18.0	<i>Terminale Nierensuffizienz</i>

Hinweis: Der Kode N18.0 *Terminale Nierensuffizienz* 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“ *Diabetes mellitus mit Augenkomplikationen*
H36.0* *Retinopathia diabetica*

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

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

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

H54– *Blindheit und Sehschwäche*
zugewiesen.

Katarakt

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 unstritten.

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“ *Diabetes mellitus mit Augenkomplikationen*
H28.0* *Diabetische Katarakt*

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

der zutreffende Kode aus H25 – *Cataracta senilis* oder H26 – *Sonstige Kataraktformen* sowie die entsprechenden Codes aus E10–E14 *Diabetes mellitus* (ausgenommen vierte Stelle „.3“ mit *Augenkomplikationen*).

Neuropathie und Diabetes mellitus

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

Beispiele:

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

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

Diabetische Polyneuropathie

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

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

wird nach folgendem Schema kodiert:

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

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 (aloplastisch) aufgenommen.

Hauptdiagnose:	E10.50†	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] mit peripheren vaskulären Komplikationen, nicht als entleert bezeichnet
Nebendiagnose(n):	I79.2* I70.22	Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerzen
Prozedur(en):	5-393.42 5-930.4	Anlegen eines iliofemoralen Bypass Alloplastisches Transplantat

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

- Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten* L02.4
- Phlegmone an Zehen* L03.02
- Phlegmone an der unteren Extremität* L03.11

Hinweis: Die folgenden Vinsteller zu L89 – Dekubitalgeschwür verschlüsseln an 5. Stelle die Anzahl der Druckstellen und die Information, ob ein Rezidiv vorliegt (siehe ICD-10-GM).

- Dekubitus 1. Grades* L89.1-
- Dekubitus 2. Grades* L89.2-
- Dekubitus 3. Grades* L89.3-
- Dekubitus 4. Grades* L89.4-
- Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet* L89.9-

Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert L97

2. Periphere vaskuläre Erkrankung

- Atherosklerose der Extremitätenarterien, sonstige und nicht näher bezeichnet* I70.20
- Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit intermittierendem Hinken* I70.21
- Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerzen* I70.22
- Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ulceration* I70.23
- Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Gangrän* I70.24

3. Periphere Neuropathie

- Diabetische Polyneuropathie* G63.2*
- Autonome Neuropathie bei endokrinen und Stoffwechsellkrankheiten* G99.0*

4. Deformitäten

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

5. Frühere Amputation(en)

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

Beispiel 9

Ein Patient mit engstem 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-1-Diabetes] mit multiplen Komplikationen, als engst bezeichnet</i>
Nebendiagnose(n):	G63.2* I79.2* I70.23 A46	<i>Diabetische Polyneuropathie</i> <i>Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten</i> <i>Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration</i> <i>Erysipel [Windrose]</i>

Hinweis: Der Kode I70.23 *Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration* dient in diesem Beispiel zur näheren Spezifizierung der durch das Kreuz-Stem-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 Gasrinssekretion*

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*

0403c 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 in Fällen mit kombinierten Manifestationen der passende Kode aus

E84.8– *Zystische Fibrose mit sonstigen Manifestationen*

zu verwenden ist:

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

E84.87 *Zystische Fibrose mit sonstigen multiplen Manifestationen*

E84.88 *Zystische Fibrose mit sonstigen Manifestationen*

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 *Zystische Fibrose mit Lungenmanifestationen*

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

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

5 PSYCHISCHE UND VERHALTENSSTÖRUNGEN

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-GM 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 „*Abhängigkeitsyndrom*“ (F10–F19, vierte Stelle „2“), eine „*psychische 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 „Gesellschaftsdrinker“ 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, Abhängigkeitsyndrom</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 ohne Organkomplikationen diagnostiziert.

Hauptdiagnose: K85.0 *Akute Pankreatitis ohne Organkomplikationen*

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

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

0502a Nikotinabhängigkeit

Die Schlüsselnummer

F17.2 *Psychische und Verhaltensstörung durch Tabak, Abhängigkeitsyndrom*
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 Crossectomie 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 *Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung*

Nebendiagnose(n): J44.9 *Chronisch obstruktive Lungenerkrankheit, nicht näher bezeichnet*

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

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

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 Vorrang 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 *Spontangeburt eines Einlings*

Nebendiagnose(n): F53.0 *Leichte psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert*

Z37.01 *Lebendgeborener Einling*

Prozedur(en): 9-260 *Überwachung und Leitung einer normalen Geburt*

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

Nebendiagnose(n): F32.2 *Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome*
Z37.01 *Lebendgeborener-Einling*

Prozedur(en): 9-261 *Überwachung und Leitung einer Risikogeburt*

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 *Leichte psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert*

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 *Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome*

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

Hirnhinfarkt (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 Kode 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 Hirnhinfarkt mit schlaffer Hemiplegie und Aphasie und wird zur stationären Behandlung aufgenommen.

Hauptdiagnose:	I63.3	<i>Hirnhinfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien</i>
Nebendiagnose(n):	G81.0	<i>Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie</i>
	R47.0	<i>Aphasie</i>

Es werden der Hirnhinfarkt 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 Kode 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 neurologische Residuen weiterhin bestehen (siehe Beispiel 2).

Kodes aus I69.– werden **nicht ausschließlich** zugewiesen, d.h. es ist immer ein Kode 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 Basilioms am Kanthus des Augenhilfes 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 Augenhilfes, einschließl. Kanthus</i>
Nebendiagnose(n):	G81.1	<i>Spastische Hemiparese und Hemiplegie</i>
	I69.4	<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 I801a *Befunde und Symptome* (Seite 179), 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:

Dysphagie (R13)

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

Urin-Inkontinenz (R32, N39.3, N39.4)

ist nur zu kodieren, wenn die Inkontinenz bei Entlassung besteht oder für mindestens 7 Kalendertage persistiert.

Stuhl-Inkontinenz (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 D002c *Hauptdiagnose* (Seite 4).

0603c Tetraplegie und Paraplegie, nicht traumatisch

Zur Kodierung einer traumatischen Tetraplegie/Paraplegie siehe DKR 1910c *Verletzung des Rückenmarks* (Seite 189).

Kodierung**Initiale (akute) Phase der Paraplegie/Tetraplegie**

Die „akute“ Phase einer nichttraumatischen Paraplegie/Tetraplegie umfasst Erstmaßnahmen 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 Code aus

G82.– *Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie.*

An 4. Stelle ist der Lähmungstyp (schlaf-, spastisch) sowie das Ausmaß der Lähmung (Paraplegie) zu kodieren. Die fünfte Stelle differenziert komplette, inkomplette und nicht näher bezeichnete Lähmungen.

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

G82.6-1 *Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarks*

anzugeben.

Späte (chronische) Phase einer Paraplegie/Tetraplegie

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

- Ein Patient kommt zur weiteren Behandlung einer Paraplegie/Tetraplegie. Die Behandlung der akuten Erkrankung (z.B. einer Myelitis), die die Lähmungen verursacht, ist zu diesem Zeitpunkt abgeschlossen.

- Ein Patient mit einer Paraplegie/Tetraplegie wird zur Behandlung einer anderen Erkrankung wie z.B. Hämwegsinfektion, Fraktur des Femur etc. aufgenommen.

In solchen Fällen sind ein Code aus

82.– *Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie,*

ein Code aus

G82.6-1 *Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarks*

und die Diagnosecodes 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 dem passenden Code aus:

G90.80 *Autonome Dysreflexie als hypertone Krisen*G90.81 *Autonome Dysreflexie als Schwitzattacken*G90.82 *Sonstige autonome Dysreflexie**Autonome Dysreflexie o.n.A.***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 Code-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 Code für „Schlaganfall“ aus I60–I64, etc.

Myoklonusepilepsie (ragged red fibre/MERFF)**Kodierung**G31.81 *Mitochondriale Zytopathie [inkl. MERFF-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 anderenors klassifizierten Krankheiten*
 I44- *Artrovenöskulärer 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 Atiologiekode durch ein Kreuz gekennzeichnet (G31.81+). Der Stern-Kode ist unmittelbar nach dem Kreuz-Kode anzugeben.

Mitochondriale Myopathie

Kodierung

G71.3 *Mitochondriale Myopathie, anderenors 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 Neurochirurgien 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 Prozedurschritte 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 *Schädelöffnung über die Kalotte*
 5-011 *Zugang durch die Schädelbasis*

Beispiel 1

Ein Patient mit Meningeom des Dorssum sellae (pitäpntin 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 Gannems</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

Einer stereotaktischen 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 Kopffrahmens durch den Neurochirurgen. Lokalisierung und Zielfelddefinition 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, einzellig*

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 *Bestrahlungsplanung für die Brachytherapie, komplex*
5-014 6 *Stereotaktische Operationen: Implantation von radioaktivem Material als selbständiger Eingriff*

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 intrakraniellem 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 intrakraniellem Gewebe

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

1-511 *Stereotaktische Biopsie an intrakraniellem Gewebe* zu verschlüsseln.

Beispiel 2

Stereotaktisch geleitete Großhirn-Biopsie

Prozedur(en): 1-511.0 *Stereotaktische Biopsie an intrakraniellem 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 Herzvorfhof, 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 Liquorabteilungen* 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

AUGENANHANGSGEBILDE

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 89)

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

Sofem 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.

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

0704c Versagen oder Abstoßung eines Kornea-Transplantates

Versagen und Abstoßung eines Hornhauttransplantates des Auges ist mit dem Kode

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

zu kodieren.

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

- H44.0 *Purulente Endophthalmitis*
- H44.1 *Sonstige Endophthalmitis*
- H20.- *Iridozyklitis*
- H16.- *Keratitis*
- H18.- *Sonstige Affektionen der Hornhaut*
- Z96.1 *Vorhandensein eines intraokularen Linsenimplantates*

0705c Strabismus (Schielen)

Die Verschlusselung einer „Strabismus-Korrektur“ besteht in der Kodierung der Maßnahmen an den betroffenen Muskeln, mit Schlussein aus

5-10 *Operationen an den Augenmuskeln.*

Wenn die zur Verfertigung stehenden Codes für kombinierte oder beidseitig durchgeführte Operationen einen Eingriff vollständig beschreiben, sind sie anstelle der Codes für die einzelnen Maßnahmen zu verwenden.

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 Schweißßer

Die Verblitzung der Schweißßer 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:

144.- *Arrhythmikartärer Block und Linksschenkelblock*

145.- *Sonstige kardiale Erregungsleitungsstörungen*

S.a. DKR 0606a *Mitochondriale Zytopathie* (Seite 108)

Anmerkung: Liegt bei einem Patienten mit Keams-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 Abheilung 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 Röhren, 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 Röhrenchens an den Tränenwegen* oder

5-089.2 *Entfernung eines Röhrenchens 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 Hörstests 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 *Nichtreife 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 Paukentrainage.*

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

H72.9 *Trommelfelpperforation, nicht näher bezeichnet*
als Hauptdiagnose zuzuweisen.

9 KRANKHEITEN DES KREISLAUFSYSTEMS

0901c Ischämische Herzkrankheit

Kodierung

Ischämische Herzkrankungen 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 Kode vor dem Kode der Koronaratherosklerose anzugeben.

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

- 120.9 *Angina pectoris, nicht näher bezeichnet* und
125.9 *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 Kode für einen Myokardinfarkt anzugeben.

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

AKUTER MYOKARDINFARKT (I21.-)

Kodierung

Ein als akut bezeichnet oder bis zu vier Wochen zurückliegender Myokardinfarkt ist mit einem Kode aus

- 121.- *Akuter Myokardinfarkt*
zu verschlüsseln.

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

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

Kodes der Kategorie I21.- *Akuter Myokardinfarkt* sind anzugeben sowohl für die initiale Behandlung eines Infarktes im ersten Krankenhauses, 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 oder mehrere natürliche Koronararterie(n). Dies ist mit einem der folgenden Kodes zu verschlüsseln:

- 125.10 *Atherosklerotische Herzkrankheit ohne hämodynamisch wirksame Stenosen*
125.11 *Atherosklerotische Herzkrankheit, Ein-Gefäßkrankung*
125.12 *Atherosklerotische Herzkrankheit, Zwei-Gefäßkrankung*
125.13 *Atherosklerotische Herzkrankheit, Drei-Gefäßkrankung*
125.14 *Atherosklerotische Herzkrankheit, Stenose des linken Hauptstammes*
Atherosklerose eines Koronarbypasses ist zu kodieren als
125.15 *Atherosklerotische Herzkrankheit mit stenosierendem Bypass-Gefäß*

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

- 125.2- *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 Kode beinhaltet die folgenden kardialen Krankheiten:

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

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

Dieser Kode 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 Codes

Z95.1 *Vorhandensein eines aortokoronaren Bypasses* oder

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

ist außer dem Vorliegen anamnestischer Informationen über das Vorhandensein eines Koronararterienbypass oder eine frühere Koronarangioplastie, dass diese Angaben für die aktuelle Krankenhausbearbeitung **von Bedeutung** sind (siehe DKR D003b *Nebendiagnosen* (Seite 11)).

Anmerkung: Für die Abrechnung von Fallpauschalen und Sonderentgelten sind bei der Zuweisung dieser Diagnosekodes die *Übergangszustellungen* (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

I50.14 *Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden in Ruhe*

zu verschlüsseln.

S.a. die Hinweise und Exklusiva zu

J81 *Akutes Lungenödem*

in der ICD-10-GM.

0903a Herzstillstand

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

Die verfügbaren Codes 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*

zuzuwweisen.

0904a Hypertensive Herzkrankheit (I11.-)

Die folgenden Erkrankungen

- 150.- *Herzinsuffizienz*
- 151.5 *Myokarddegeneration*
- 151.6 *Herz-Kreislauf-Krankheit, nicht näher bezeichnet*
- 151.7 *Kardiomegalie*
- 151.8 *Sonstige ungenau bezeichnete Herzkrankheiten*
- 151.9 *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 D002c *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 Nierenerkrankheit*

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 Nierenerkrankheit einzeln kodiert. Die Hauptdiagnose ist entsprechend DKR D002c *Hauptdiagnose* (Seite 4) festzulegen.

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

Die Codes der kombinierten Kategorie

- I13.- *Hypertensive Herz- und Nierenerkrankheit*
- sind zuzuordnen, wenn sowohl *hypertensive Herzkrankheit* (I11.-) als auch *hypertensive Nierenerkrankheit* (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*).

0908c Koronararterienbypass

Zur Kodierung der Diagnosen siehe DKR 0901c *Ischämische Herzkrankheit* (Seite 121).

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. mamma 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 Koronararteriasklerotisation 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 autoogenen Venen*

Beispiel 2

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

ACBx3

LIMA → LAD

SVG: Ao → OMI

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 Prozedurkode 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 0911c *Schrittmacher/Defibrillatoren* (Seite 130)).

ACBs: Reoperation**Kodierung der Diagnosen**

Als Hauptdiagnose ist die Herzkrankung oder die Ursache für die Reoperation anzugeben (s.a. DKR 0909g *Revisionen oder Reoperationen* (Seite 129)).

Beispiel 3

Ein Patient wurde mit einer instabilen Angina aufgenommen, die sich drei Jahre nach einer Bypassoperation entwickelt hat. Die Herzkatheteruntersuchung zeigte eine koronare Herzkrankung im Bereich des Venenbypasses.

Hauptdiagnose: 120.0 *Instabile Angina pectoris*
 Nebendiagnose(n): 125.15 *Atherosklerotische Herzkrankheit mit stenotierten Bypass-Gefäßen*

Der Kode

125.15 *Atherosklerotische Herzkrankheit mit stenotierten Bypass-Gefäßen* ist **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 der passende Kode aus

125.11 *Atherosklerotische Herzkrankheit, Ein-Gefäßkrankung*

125.12 *Atherosklerotische Herzkrankheit, Zwei-Gefäßkrankung*

125.13 *Atherosklerotische Herzkrankheit, Drei-Gefäßkrankung*

125.14 *Atherosklerotische Herzkrankheit, Stenose des linken Hauptstammes*

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 XXIII)) zu beachten.

Kodierung der Prozeduren

Die Reoperation ist ein erneuter Eingriff nach vorausgegangenem 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 *Anderer 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 einer Reoperationen* (Seite 129))

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

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 vorausgegangen 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 *Anderer 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 0908c *Koronararterienbypass* (Seite 126).

Beispielkodes

für Reoperationen/Revisionen sind:

5-363.1 *Koronararterienbypass-Revision*

5-394.7 *Ersatz eines kardialen Conduits*

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 *Anderer Operationen an Herz und Perikard: Reoperation*

0910c Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO)

Jede Anwendung der ECMO ist mit

8-852.0 *Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO)*

zu kodieren.

Eine Prä-ECMO-Therapie als Ersatzverfahren und unter Vorhaltung der ECMO ist mit

8-852.1 *Prä-ECMO-Therapie*

zu kodieren.

0911c 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 Kodes 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 Schrittmachersonde (Vorhof oder Ventrikel)*

5-377.3 *Implantation eines Herzschrittmachers, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden (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 Kodes 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 Schrittmachersonde (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 und eines implantierten Kardiodefibrillators* zuzuweisen, zusammen mit den passenden Verfahrenkodes.

Komplikationen des Schrittmachersystems/Defibrillators sind mit einem der folgenden Kodes 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 *Injektion 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:

197.1 *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 Simulation des Herzrhythmus*

8-642 *Temporäre interne elektrische Simulation 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 Simulation des Herzrhythmus, intraoperativ*

ist nur bei solchen Operationen gesondert zu kodieren, bei denen die elektrische Simulation 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 Zwekkammer-Stimulation*

5-377.7 *Implantation eines Defibrillators mit biventrikulärer Stimulation*

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 und eines implantierten Kardiodefibrillators*

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

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

0912c Chirurgisch angelegte arteriovenöse Fistel/Shunt

Bei einem nierensuffizienten Patienten, der speziell zur Anlage eines Dialyseshunts aufgenommen wird, ist der Kode

Z49.0 *Vorbereitung auf die Dialyse*

als Hauptdiagnose anzugeben. Die Nierensuffizienz ist als Nebendiagnose zu kodieren.

Die durchgeführte Operation ist beispielsweise mit dem Kode

5-392.1 *Anlegen eines arteriovenösen Shunts: Innere AV-Fistel (Cimino-Fistel)*

zu verschlüsseln. Eine ggf. während des Aufenthaltes durchgeführte Hämodialyse ist mit den entsprechenden Dialyseprozeduren zu kodieren.

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 Prozedurkode

5-394.6 *Verschluss eines arteriovenösen Shuntes.*

10 KRANKHEITEN DES ATMUNGSSYSTEMS

1001c 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 Verdrängen 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	<i>Dauer der maschinellen Beatmung: bis 24 Stunden</i>
8-718.1	<i>Dauer der maschinellen Beatmung: über 24 bis unter 96 Stunden</i>
8-718.4	<i>Dauer der maschinellen Beatmung: 96 bis unter 144 Stunden</i>
8-718.5	<i>Dauer der maschinellen Beatmung: 144 bis unter 192 Stunden</i>
8-718.6	<i>Dauer der maschinellen Beatmung: 192 bis unter 264 Stunden</i>
8-718.7	<i>Dauer der maschinellen Beatmung: 264 bis unter 480 Stunden</i>
8-718.8	<i>Dauer der maschinellen Beatmung: 480 bis unter 720 Stunden</i>
8-718.9	<i>Dauer der maschinellen Beatmung: 720 bis unter 960 Stunden</i>
8-718.a	<i>Dauer der maschinellen Beatmung: 960 bis unter 1200 Stunden</i>
8-718.b	<i>Dauer der maschinellen Beatmung: 1200 Stunden und mehr</i>
8-718.y	<i>Dauer der maschinellen Beatmung: n.n.bez.</i>

2) Dann ist **zusätzlich**:

- 2a) einer der folgenden Codes
- | | |
|-------|--|
| 8-701 | <i>Einfache endotracheale Intubation</i> |
| 8-704 | <i>Intubation mit Doppellumentubus</i> |
| 8-706 | <i>Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung</i> |
- und/oder
- 2b) der zutreffende Kode aus
- | | |
|-------|-------------------------------------|
| 5-311 | <i>Temporäre Tracheostomie</i> oder |
| 5-312 | <i>Permanente Tracheostomie</i> |
- anzugeben, wenn zur Durchführung der künstlichen Beatmung ein **Tracheostoma** angelegt wurde.
- 3) Bei **Neugeborenen** ist **zusätzlich** ein Kode aus
- | | |
|-------|--|
| 8-711 | <i>Maschinelle Beatmung bei Neugeborenen</i> |
|-------|--|
- 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 174)).

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 Gesamtbeatmungsdauer. 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 Gesamtbeatmungsdauer. 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 Verletzung, zählt unabhängig von der Dauer immer zur Gesamtbeatmungsdauer. Werden bereits beatmete Patienten operiert, so zählt die Operationszeit zur Gesamtbeatmungsdauer.

Bei einer/mehreren Beatmungsperiode(n) während eines Krankenhausaufenthaltes ist zunächst die Gesamtbeatmungsdauer gemäß obigen Regeln zu ermitteln, die Summe ist zur nächsten ganzen Stunde aufzurunden und dann entsprechend mit **einem** Kode 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 137)).

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 137)).

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 der Kode 8-711.0 *Atemunterstützung mit kontinuierlichem positivem Atemwegsdruck (CPAP)* sowie die Beatmungsdauer **nicht** zu verschlüsseln. Die Einleitung einer CPAP-Therapie bzw. die Kontrolle oder Optimierung einer früher eingeleiteten CPAP-Therapie werden mit einem Kode aus 8-717 *Einleitung einer nasalen oder oronasalen Überdrucktherapie bei schlafbezogenen Atemstörungen* verschlüsselt.

Wenn CPAP als Entwöhnungsmethode von der Beatmung verwendet wird, ist 8-711.0 **nicht zu verwenden**; die Beatmungsdauer ist hingegen zu berücksichtigen (s.o.). 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-)

Eosinophiles Lungengiftlinal mit Asthma bronchiale (J82)

Lungenkrankheiten durch exogene Substanzen (I60-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 Schlussnummer

J46 *Status asthmaticus [Akutes schweres Asthma bronchiale]*

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

c) Ein Kode aus der Kategorie

J44 – *Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankheit*

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

1003c Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COLD)

Asthma, das als „chronisch obstruktiv“ bezeichnet wird, oder „Asthma mit GOLD“ ist mit einem Kode aus

J44 – *Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankheit* 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 138)).

Die **akute Exazerbation** einer GOLD ist mit dem passenden Kodes aus

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

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

Eine **infektiöse Verschlechterung** der GOLD ist mit

J44.0 – *Chronische obstruktive Lungenerkrankheit 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 GOLD vorliegen, ist nur ein Kode aus der Kategorie

J44 – *Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankheit* 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 mildthroughgeführte 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 *Adhäsiolyse*

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	<i>Ulcus ventriculi, chronisch ohne Blutung oder Perforation</i>
Nebendiagnose(n):	B96.811	<i>Helicobacter pylori (H.pylori) als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind</i>
Prozedur(en):	1-632	<i>Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie</i>
	1-440.a	<i>I-5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt</i>

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, schießt die Tatsache, dass während des Krankenhausaufenthaltes keine Blutung auftritt, nicht von vornherein die Eingabe eines Kodes mit der Modifikation „mit einer Blutung“ aus, auch nicht die Zuweisung eines Kodes der Kategorie K92.– (*Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems*) in den Fällen, in denen der Grund für die vorher stattgefundenen Blutung nicht bestimmt werden konnte.

1106a Per anale Blutung

Wenn eine Untersuchung die aktuelle Blutungsquelle **nicht** bestimmen kann oder die Untersuchung nicht durchgeführt wurde, ist eine „Per anale 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 Augenhid 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 Augenhid 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 Verschlusssellung 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 Kodes, 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 183).

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- transplantate, die an einer anderen Stelle entnommen werden, z.B. der Crista iliaca, ist/sind ein oder mehrere zusätzlicher(+) 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 Neben- diagnose 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 krank- haften 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 *Injektion oder sonstige einzündliche 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 fibrozytischer 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 146).

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 und Verätzungen, Entnahmestelle*

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 *Lumboschialgie*

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.*

Hinweis: Für die Kodierung des Schweregrads des Weichteilschadens sind die Hinweise zu S13.–, S23.– und S33.– in der ICD-10-GM zu beachten.

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 Bandscheibenschaden mit Myelopathie (G99.2*)*

M51.1 *Lumbale und sonstige Bandscheibenschaden 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 *Wirbelkörpersatz 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.).

1306c Luxation einer Hüftendoprothese

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

S73.0- *Luxation der Hüfte*

zu kodieren mit

Z96.6 *Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten*

als Nebendiagnose.

Hinweis: Der Schweregrad des Weichteilschadens einer Luxation ist mit einer zusätzlichen Schlüsselnummer aus S71.841–S71.891 zu kodieren.

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-GM 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 Muskelschämie*

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

1401c 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 Nachdialyse am darauf folgenden 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 erforderliche 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) Prozedurenkod(e) (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.

Die Codes für **kontinuierlich durchgeführte** Hämofiltrationen (8-853.1, .2), Hämodialysen (8-854.1) und Hämodiafiltrationen (8-855.1, .2) verschlüsseln an 6. Stelle die Dauer der Maßnahme:

- 0 Bis 3 Tage
- 1 4 bis 11 Tage
- 2 Mehr als 11 Tage

Die Dauer ist vom Beginn bis zum Ende einer Behandlung zu ermitteln. Bei mehreren Anwendungen eines kontinuierlichen Verfahrens während eines stationären Aufenthaltes ist jede Anwendung mit einem Kode zu verschlüsseln (keine Addition der Behandlungszeiten). Ein Filterwechsel oder eine vergleichbare technisch bedingte Unterbrechung eines kontinuierlichen Verfahrens begründet jedoch keine erneute Verschlüsselung.

Zur Kodierung bei Aufnahme zur Anlage eines Dialyseschnitts siehe DKR 0912c *Chirurgisch angelegte arteriovenöse Fistel/Shunt* (Seite 132).

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 Verschießen 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

B97.71 *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):	B97.71	<i>Papillomaviren als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind</i>
Prozedur(en):	5-672.10 1-571.1	<i>Anderer 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 nichtenzündliche Krankheiten der Cervix uteri</i>
Vaginal	N89.8	<i>Sonstige näher bezeichnete nichtenzündliche Krankheiten der Vagina</i>
Vulva betreffend	N90.8	<i>Sonstige näher bezeichnete nichtenzündliche Krankheiten der Vulva und des Perineums</i>
Penis betreffend	N48.8	<i>Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Penis</i>

Der Kode

A63.0 *Anogenitale (venერიsche) Warzen*

ist als Nebendiagnose anzugeben. Der Kode B97.71 (*Papillomaviren als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind*) ist nicht anzugeben.

1404a Young-Syndrom

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

N46	<i>Sterilität beim Mann</i>
J98.4	<i>Sonstige Veränderungen der Lunge</i>
J47	<i>Bronchiektasen</i>

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 Rekonstruktionsoption 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 anderen nicht-therapeutischem Grund.

Kodierung

Es sind die Erkrankungen zu kodieren, die eine Rekonstruktionsoption erforderlich machen.

Liegt keine spezielle Erkrankung vor, ist als Hauptdiagnose

N90.8 *Sonstige näher bezeichnete nichtenzündliche 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 Lebendgeborenen zu betrachten.

(1) Eine Lebendgeburt, für 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 Lungenaftung eingesetzt hat.¹

Fetal Tod [totgeborener Fötus]

Fetal Tod ist der Tod einer aus der Empfängnis stammenden Frucht vor der vollständigen Ausstößung oder Extraktion aus dem Mutterleib, unabhängig von der Dauer der Schwangerschaft; der Tod wird dadurch angezeigt, dass der Fötus nach dem Verlassen des Mutterleibs 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 Lebefrucht jedoch mindestens 500 Gramm, so gilt sie im Sinne des Paragraphen 24 des Gesetzes als ein totgeborenes oder in der Geburt verstorbenes Kind.²

(3) Hat sich keines der in Abs. 1 genannten Merkmale des Lebens gezeigt und beträgt das Gewicht der Lebefrucht weniger als 500 Gramm, so ist die Frucht eine Fehlgeburt. Sie wird in den Personenstandbüchern nicht beurkundet.²

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

1502a Blasenmole

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

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

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

5-690.1 *Therapeutische Küretage [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 Abortivaei

Wenn die Diagnose „Abortivaei“ ist, ist der Kode
O02.0 *Abortivaei und sonstige Molen*

zuzuweisen, auch wenn kein histopathologischer Nachweis vorliegt.

1504b Komplikationen nach Abort, Extrauterinravidität und Molenschwangerschaft (O08.–)

Ein Kode aus

O08.– *Komplikationen nach Abort, Extrauterinravidität 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, Extrauterinravidität 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, Extrauterinravidität und Molenschwangerschaft* wird als **Nebendiagnose** zugeordnet, um eine mit den Diagnosen der Kategorien O00–O02 (*Extrauterinravidität, 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 *Tubarravidität*
Nebendiagnose(n): O08.3 *Schock nach Abort, Extrauterinravidität und Molenschwangerschaft*
O09.11 *Schwangerschaftsdiagnose, 5 bis 13 vollendete Wochen*

Wenn eine Patientin aufgenommen wird, weil nach Abortbehandlung bei einer vorhergehenden Behandlung Teile der Fruchtblase 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 reitrierter Fruchtblanage 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, Extrarotationsgravidität 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, Extrarotationsgravidität und Molenschwangerschaft*
O09.11 *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.–1 *Schwangerschaftsdauer* und einem Kode, der den Grund für die Beendigung angibt, wie z.B. O35.0 *Berennung 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 *Berennung der Mutter bei (Verdacht auf) Fehlbildung des Zentralnervensystems beim Feten.*

Als Nebendiagnosen sind

O60.1 *Vorzeitige Einbindung.*

O09.–1 *Schwangerschaftsdauer*

sowie

Z37.11 *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 *Berennung der Mutter bei (Verdacht auf) Fehlbildung des Zentralnervensystems beim Feten*

als Hauptdiagnose zu kodieren. Als Nebendiagnosen sind

O60.1 *Vorzeitige Einbindung.*

O09.–1 *Schwangerschaftsdauer*

und

Z37.01 *Lebendgeborener Einling (bzw. der analoge Kode bei Mehrlingen)* zuzuweisen.

(S.a. DKR 1522a *Geburtsanleitung* (Seite 167) 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 geburtsähnlichen Prozeduren, die in Verbindung mit dem Hauptdiagnosekode O80 *Spontangeburt eines Einlings* übermittelt werden dürfen, sind:

8-910 *Epidurale Injektion und Infiltration zur Schmerztherapie*

5-730 *Künstliche Fruchtblasensprungung [Amniointomie]*

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 komplikationstosen vaginalen Entbindung endet.

1507a Resultat der Entbindung

Für **jede** Entbindung ist der passende Kode aus
 Z37-1 *Resultat der Entbindung*
 bei der Mutter zu kodieren. Er darf nicht die Hauptdiagnose sein.

1508c Dauer der Schwangerschaft

Ein Kode aus

O09-1 *Schwangerschaftsdauer*

ist zum Zeitpunkt der Aufnahme für die Schwangerschaftsdauer anzugeben (in den Basisdaten der Mütter).

O09.01	<i>Weniger als 5 vollendete Wochen</i>
O09.11	<i>5 bis 13 vollendete Wochen</i>
O09.21	<i>14 bis 19 vollendete Wochen</i>
O09.31	<i>20 bis 25 vollendete Wochen</i>
O09.41	<i>26 bis 33 vollendete Wochen</i>
O09.51	<i>34 bis 36 vollendete Wochen</i>
O09.61	<i>37 bis 41 vollendete Wochen</i>
O09.71	<i>Mehr als 41 vollendete Wochen</i>
O09.91	<i>Nicht näher bezeichnet</i>

Ein Kode aus O09-1 ist als Nebendiagnose anzugeben bei Fällen mit:

- O00–O07 *Schwangerschaft mit abortivem Ausgang*
- O20.0 *Drohender Abort*
- O42.– *Vorzzeitiger Blasensprung*
- O47.0 *Früstrane Kontraktionen vor 37 vollendeten Schwangerschaftswochen*
(siehe auch DKR 1519c *Frühgeburt, vorzeitige Wehen und früstrane Kontraktionen* (Seite 166))
- O60.– *Vorzzeitige Wehen und Entbindung*
(siehe auch DKR 1519c *Frühgeburt, vorzeitige Wehen und früstrane Kontraktionen* (Seite 166))

Bei Aufnahme zur Behandlung von Komplikationen nach zuvor behandeltem Abort wird die Schwangerschaftsdauer **nicht** kodiert (siehe auch DKR 1504b *Komplikationen nach Abort, Extravertingravität und Molenschwangerschaft* (O08-), Beispiel 1 und 3 (Seite 158))

1509a Mehrlingsgeburt

Wenn eine Mehrlingsschwangerschaft zur spontanen Geburt von z.B. Zwillingen führt, werden die Kodes

O30.0	<i>Zwillingschwangerschaft</i>
Z37.21	<i>Zwillinge, beide lebendgeboren</i>
9-261	<i>Überwachung und Leitung einer Risikogeburt</i>

zugewiesen.

Wenn die Kinder einer Mehrlingsgeburt auf unterschiedliche Weise geboren werden, sind beide Entbindungsmethoden zu kodieren.

Beispiel 1

Vorzzeitige Zwillingsgeburt in der 35. Woche, der erste Zwilling wird durch Extraktion aus Beckeneinlage, der zweite durch eine „klassische Sectio“ (transisimischen Querschnitt) bei Geburtshindernis durch Querlage entbunden.

Hauptdiagnose:	O64.8	<i>Geburtshindernis durch sonstige Lage-, Haltungs- und Einstellungsanomalien</i>
Nebendiagnose(m):	O32.5	<i>Betreuung der Mutter bei Mehrlingsschwangerschaft mit Lage- und Einstellungsanomalie eines oder mehrerer Feten</i>
	O30.0	<i>Zwillingschwangerschaft</i>
	O60.1	<i>Vorzzeitige Entbindung</i>
	O09.51	<i>Schwangerschaftsdauer, 34 bis 36 vollendete Wochen</i>
	Z37.21	<i>Zwillinge, beide lebendgeboren</i>
Prozedur(en):	5-727.1	<i>Spontane und vaginale operative Entbindung bei Beckeneinlage, 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 ausstreichend 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 hauptsächlichster Anlass für geburtsärztliche Maßnahmen sind) zu kodieren, stehen die Kategorien

O98 *Infektiöse und parasitäre Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren*

und

O99 *Sonstige Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren*

zur Verfügung, die zusammen mit einem Nebendiagnosekode aus anderen Kapiteln der ICD-10-GM zur Bezeichnung der jeweils vorliegenden Erkrankung anzugeben sind (siehe die Beispiele 2 und 3).

Beispiel 2

Schwangerschaft, kompliziert durch Eisenmangelanämie

Hauptdiagnose: O99.0 *Anämie, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert*

Nebendiagnose(n): D50.9 *Eisenmangelanämie, nicht näher bezeichnet*

Eine die Schwangerschaft komplizierende Anämie ist unter der Schlüsselnummer O99.0 klassifiziert. Es wird ein zusätzlicher Kode benötigt, um die Art der Anämie zu spezifizieren.

Beispiel 3

Eine 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, Schaff*

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-, Haltungs- 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.– *Geburshindernis durch Lage-, Haltungs- 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 Geburshindernisses

O64.1 *Geburshindernis durch Beckenendlage*

als Hauptdiagnose zu kodieren, oder bei Spontangeburt ohne Geburshindernis

O32.1 *Betreuung der Mutter wegen Beckenendlage.*

S.a. DKR 1512a *Abnorme Kindslagen und -einstellungen* (Seite 164)

1514c Verminderte Kindsbewegungen

Bei Aufnahmen mit der Diagnose „verminderte fetale Bewegungen“ ist

O36.8 *Betreuung der Mutter wegen sonstiger näher bezeichneter Komplikationen beim Feten*

zu kodieren, wenn die zugrundeliegende Ursache nicht bekannt ist.

Wenn eine zugrundeliegende Ursache für die verminderten fetalen Bewegungen bekannt ist, ist diese Ursache zu kodieren. O36.8 ist in diesem Fall nicht anzugeben.

Wenn die Patientin während des Krankenhausaufenthaltes entbunden wird, ist der passende Kode aus Z37.–¹ als Nebendiagnose 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 Elektrokaiserschnitt 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

Z35.5 *Überwachung einer älteren Erstschwangeren*

1517a Vielgebärende

Wenn eine Frau mehr als vier Kinder geboren hat, handelt es sich um eine Risikoschwangerschaft; diese kann als Nebendiagnose kodiert werden mit

Z35.4 *Überwachung einer Schwangerschaft bei ausgeprägter Multiparität*

1518a Entbindung vor der Aufnahme

Wenn eine Patientin vor der Aufnahme in das Krankenhaus ein Kind entbunden hat, keine operativen Prozeduren bezogen auf die Entbindung während der stationären Behandlung durchgeführt wurden und bei der Mutter keine Komplikationen im Wochenbett entstehen, wird der passende Kode aus Kategorie

Z39.– *Postpartale Betreuung und Untersuchung der Mutter* zugeordnet.

Wenn eine **Komplikation** zur stationären Aufnahme führt, ist diese Komplikation als Hauptdiagnose zu kodieren. Ein Kode aus Z39.– ist als Nebendiagnose zuzuweisen.

Wenn eine Patientin nach einer Entbindung in ein anderes Krankenhaus verlegt wird, um ein krankes Kind zu begleiten, und die Patientin dort eine nachgeburtliche Routinebetreuung erhält, wird dort ebenfalls der passende Kode aus Z39.– zugeordnet.

Wenn eine Patientin zur Nachbetreuung nach Kaiserschnitt von einem Krankenhaus in ein anderes verlegt wird, ohne dass ein Zustand die Definition einer Haupt- oder Nebendiagnose erfüllt, dann ist dort der passende Z39.– Kode als Hauptdiagnose **und**

Z48.8 *Sonstige näher bezeichnete Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff* als Nebendiagnose zuzuordnen.

1519c Frühgeburt, vorzeitige Wehen und frustrierte Kontraktionen

Eine Entbindung (spontan, eingeleitet oder durch Kaiserschnitt) vor der abgeschlossenen 37. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt) wird mit

O60.1 *Vorzeitige Entbindung* kodiert.

Wenn der Grund für die Frühgeburt bekannt ist, ist dieser Grund als Hauptdiagnose zu verschlüsseln, gefolgt von O60.1 als Nebendiagnosekode. Wenn der Grund nicht bekannt ist, ist O60.1 der Hauptdiagnosekode.

Außerdem ist als Nebendiagnose ein Kode aus

O09.–¹ *Schwangerschaftsdauer* zuzuordnen.

Vorzeitige Wehen **mit** Wirkung auf die Zervix vor der abgeschlossenen 37. Schwangerschaftswoche, die **nicht** zu einer Entbindung beim selben Krankenhausaufenthalt führen, werden mit

O60.0 *Vorzeitige Wehen* kodiert.

Wenn der Grund für die vorzeitigen Wehen bekannt ist, ist dieser Grund als Hauptdiagnose zu verschlüsseln, gefolgt von O60.0 als Nebendiagnosekode. Wenn der Grund nicht bekannt ist, ist O60.0 der Hauptdiagnosekode.

Außerdem ist als Nebendiagnose ein Kode aus

O09.–¹ *Schwangerschaftsdauer* zuzuordnen.

Bei Aufnahmen mit Kontraktionen **ohne** Wirkung auf die Zervix ist

O47.0 *Frustrane Kontraktionen vor 37 vollendeten Schwangerschaftswochen* oder

O47.1 *Frustrane Kontraktionen ab 37 oder mehr vollendeten Schwangerschaftswochen* zu kodieren.

Wenn der Grund für die frustrierten Kontraktionen bekannt ist, ist dieser Grund als Hauptdiagnose zu verschlüsseln, gefolgt von einem Kode aus O47.– als Nebendiagnosekode. Wenn der Grund nicht bekannt ist, ist ein Kode aus O47.– der Hauptdiagnosekode.

Außerdem ist bei O47.0 *Frustrane Kontraktionen vor 37 vollendeten Schwangerschaftswochen* als Nebendiagnose ein Kode aus

O09.–¹ *Schwangerschaftsdauer* zuzuordnen.

1520a Verlängerte Schwangerschaftsdauer und Übertragung

O48 *Übertragene Schwangerschaft*

ist zu kodieren, wenn die Entbindung nach vollendeter 41. Schwangerschaftswoche erfolgt oder das Kind deutliche Übertragungszeichen zeigt.

Beispiel 1

Eine Patientin entbindet ein Kind in der 42. Schwangerschaftswoche.

Hauptdiagnose: O48 *Übertragne Schwangerschaft*

Nebendiagnose(n): Z37.01 *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 *Übertragne Schwangerschaft*

Nebendiagnose(n): Z37.01 *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 Kodes

9-260 *Überwachung und Leitung einer normalen Geburt*

oder

9-261 *Überwachung und Leitung einer Risikogeburt*

ist die medikamentöse Einleitung einer Geburt, um eine Schwangerschaft zu beenden, enthalten und somit nicht gesondert zu kodieren.

Bei künstlicher Fruchtblasensprengung ist zusätzlich

5-730 *Künstliche Fruchtblasensprengung [Amnionomie]*

zu kodieren.

Beispiel 1

Eine Patientin wird in der 42. Schwangerschaftswoche mit intrauterinen Fruchtknoten aufgenomen. Die Geburt wird mittels Amnionomie eingeleitet.

Hauptdiagnose: O36.4 *Berührung der Mutter wegen intrauterinen Fruchtknotens*

Nebendiagnose(n): Z37.11 *Totgeborener Einling*

Prozedur(en): 5-730 *Künstliche Fruchtblasensprengung [Amnionomie]*
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 Einbindung* zugewiesen.

1525c Primärer und sekundärer Kaiserschnitt

Ein **primärer** Kaiserschnitt ist definiert als ein Kaiserschnitt, der als geplante Prozedur vor oder nach dem Einsetzen der Wehen durchgeführt wird; die Entscheidung zur Sectio wird dabei vor Einsetzen der Wehen getroffen. Dazu gehört nicht der Kaiserschnitt im direkten Anschluss an einen fehlgeschlagenen Versuch der vaginalen Entbindung.

Ein **sekundärer** Kaiserschnitt (inkl. Notfallkaiserschnitt) wird definiert als ein Kaiserschnitt, der aufgrund einer Notfallsituation (z.B. Geburtshindernis, fetaler Distress) erforderlich war. Er wird am besten beschrieben als „Kaiserschnitt, der durchgeführt wird, ohne vor Wehenbeginn als notwendig betrachtet worden zu sein“. Zur Kodierung ist der passende Kode aus

5-74 *Sectio caesarea und Entwicklung des Kindes*
auszuwählen.

Handelt es sich um eine wiederholte Sectio, ist zusätzlich

5-749.0 *Resectio*

anzugeben.

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 sollen 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 *Erzitzindliche Krankheiten der Mama [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 einem Kode aus

O92.3- *Agalaktie*
kodiert.

Ein Kode aus

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 lautenden 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 Bescheinigung vorgenommen wurde). Diese Kategorie beinhaltet Kinder, die

- a) im Krankenhaus geboren wurden
- b) außerhalb des Krankenhauses geboren und unmittelbar nach der Geburt aufgenommen wurden.

Beispiel 1

Ein Neugeborenes, zu Hause geboren (vaginale Entbindung), wird aufgenommen. Es liegt keine Erkrankung vor.

Hauptdiagnose: Z38.1 *Einling, Geburt außerhalb des Krankenhauses*

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: P07.12 *Neugeborenes mit sonstigem niedrigem Geburtsgewicht, Geburtsgewicht 1500 bis 2500 Gramm*

Nebendiagnose(n): P21.1 *Leichte oder mäßige Asphyxie unter der Geburt*
Z38.0 *Einling, Geburt im Krankenhaus*

Kodes aus Z38– sind **nicht** zu verwenden, wenn die Behandlung während einer zweiten oder nachfolgenden stationären Aufnahme erfolgt.

Beispiel 4

Ein männliches Neugeborenes wird am 2. Tag nach einem Kaiserschnitt mit Atemnotsyndrom und Pneumothorax aus dem Krankenhaus A in das Krankenhaus B verlegt.

Krankenhaus A:
Hauptdiagnose: P22.0 *Atemnotsyndrom [Respiratory distress] des Neugeborenen*

Nebendiagnose(n): P25.1 *Pneumothorax mit Ursprung in der Perinatalperiode*
Z38.0 *Einling, Geburt im Krankenhaus*

Krankenhaus B:
Hauptdiagnose: P22.0 *Atemnotsyndrom [Respiratory distress] des Neugeborenen*

Nebendiagnose(n): P25.1 *Pneumothorax mit Ursprung in der Perinatalperiode*

Beispiel 5

Ein Neugeborenes wird im Alter von sieben Tagen mit Icterus neonatorum wieder zur Phototherapie aufgenommen. Es wird eine anhaltende Lichttherapie über 12 Stunden durchgeführt.

Hauptdiagnose: P59.9 *Neugeborenenikterus, nicht näher bezeichnet*

Prozedur(en): 8-560.2 *Lichttherapie des Neugeborenen (bei Hyperbilirubinämie)*

Anmerkung: Für die Abrechnung der Fallpauschalen und Sonderentgelte sind bei der Festlegung der Haupt- und Nebendiagnosen die Übergangsregelungen (siehe Seite 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 Verschlusssellung von Zuständen, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben, steht das Kapitel XVI *Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben* der ICD-10-GM zur Verfügung. Es sind auch die Erläuterungen im Kapitel XVI zu beachten.

Beispiel 1

Ein Frühgeborenes wird mit Lungenhypoplasie in die Kinderklinik eines anderen Krankenhauses verlegt. Die Mutter hatte in der 25. SSW einen vorzeitigen Blasensprung. Die Schwangerschaft wurde durch Tokolyse bis zur 29. SSW hinaus gezeitigt. 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 Atelektase beim Neugeborenen*
Nebendiagnose(n): P01.1 *Schädigung des Feten und Neugeborenen durch vorzeitigen Blasensprung*

Es ist auch zu berücksichtigen, dass einige Zustände (wie z.B. Stoffwechselsstörungen), die während der Perinatalperiode auftreten können, nicht im Kapitel XVI klassifiziert sind. Wenn solch ein Zustand beim Neugeborenen auftritt, ist ein Kode aus dem entsprechenden Kapitel der ICD-10-GM **ohne** einen Kode aus Kapitel XVI zuzuordnen.

Beispiel 2

Ein Neugeborenes wird wegen Rotavirenenteritis aus der Geburtshilfe in die Pädiatrie verlegt.

Hauptdiagnose: A08.0 *Enteritis durch Rotaviren*
Nebendiagnose(n): Z38.0 *Einling, Geburt im Krankenhaus*

1603a Besondere Maßnahmen für das kranke Neugeborene**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 1001c *Maschinelle Beatmung* (Seite 135)). 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

- parenterale Flüssigkeitszufuhr** zur Behandlung mit Kohlenhydraten, zur Hydratation oder bei Elektrolyststörungen 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 Elektrolyststörungen (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 Elektrolytungleichung vorzubeugen.

- 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 Injektionen, 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 Neugeborenenjgelbsucht erforderlich ist. Der Prozedurenkode lautet

8-560.2 *Lichttherapie des Neugeborenen (bei Hyperbilirubinämie).*

Auch ein Diagnosekode für Neugeborenenjgelbsucht 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 Plasmapbestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen*
 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 85)).

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 *Polycythämie beim Neugeborenen*
 P61.2 *Anämie bei Prämaturnität*
 R57.9 *Schock, nicht näher bezeichnet*
 P74.1 *Dehydratation beim Neugeborenen*

1604a Atemnotsyndrom des Neugeborenen/Hyaline Membranen-Krankheit/Surfactantmangel**Kodierung**

Der Kode für das Atemnotsyndrom bei Neugeborenen (P22.0 *Atemnotsyndrom /Respiratory distress syndrome des Neugeborenen*) ist der Kodierung folgender Zustände vorbehalten:

- Hyaline Membranerkrankheit
- 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 Aspirationsyndrom und transitorische Tachypnoe beim Neugeborenen**Kodierung**

Die Kategorie

P24- *Aspirations syndrome beim Neugeborenen*

ist zu verwenden, wenn die Atemstörung – bedingt durch das Aspirationsyndrom – 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
- Aspirationsyndrom 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 Letargie, Miosis, Bradykardie, verminderte Reflexe (z.B. Moro-Reflex), Hypotonie und Krampfanfälle.
3. Grad Stupor, Schlaftheit, Krampfanfälle, fehlende Moro- und bulbäre Reflexe.

Kodierung

Die ICD-10-GM enthält keinen passenden Kode für die hypoxisch-ischämische Enzephalopathie. HIE ist wie unten aufgelistet zu kodieren. Die oben aufgeführten Symptome sind – mit Ausnahme von Konvulsionen – nicht separat zu kodieren.

Kodierung 1. Grad	P91.3	<i>Zerebrale Übererregbarkeit des Neugeborenen</i>
+	P21.0	<i>Schwere Asphyxie unter der Geburt</i>
oder	P20-	<i>Intrauterine Hypoxie</i>
Kodierung 2. Grad	P91.4	<i>Zerebraler Depressionszustand des Neugeborenen</i>
+	P90	<i>Krämpfe beim Neugeborenen (falls vorhanden)</i>
+	P21.0	<i>Schwere Asphyxie unter der Geburt</i>
oder	P20-	<i>Intrauterine Hypoxie</i>

Kodierung 3. Grad

P91.5 *Koma beim Neugeborenen*

+

P90 *Krämpfe beim Neugeborenen (falls vorhanden)*

+

P21.0 *Schwere Asphyxie unter der Geburt*

oder

P20.- *Intrauterine Hypoxie*

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-GM 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 D002c *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 Harn- 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 105)).

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 D002c *Hauptdiagnose* (Seite 4) und DKR 1801a *Befunde und Symptome* (Seite 179)).

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 Medikaments 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 Codes

- 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) mit einem permanenten Einzelelektrodensystem zur epiduralen Dauerstimulation implantiert.

Hauptdiagnose: M54.5 *Kreuzschmerz*

Prozedur(en): 5-039.20 *Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Rückenmarkstimulation, Einzelelektrodensystem*
 5-039.34 *Implantation oder Wechsel eines permanenten Einzelelektrodensystems zur epiduralen Dauerstimulation, perkutan*

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 Morphin, um den Schmerz zu kontrollieren.

Hauptdiagnose: C34.1 *Bösartige Neubildungen der Bronchien und der Lunge, Oberlappen (-Bronchus)*
 Nebendiagnose(n): C79.5 *Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes*

19 VERLETZUNGEN, VERGIFTUNGEN UND BESTIMMTE

ANDERE FOLGEN ÄUSSERER URSACHEN

1901a Verstauchungen und Zerrungen

Kodierung

Die ICD-10-GM 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 Muskels und der Sehne des M. quadriceps femoris*

1902a Oberflächliche Verletzungen

Kodierung

In den Dreistellen 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 *zunchst* 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 B95f bis B97f 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 und Prellung des Ellbogens sowie einer Fraktur des Skapulakorpus.

Hauptdiagnose: S42.41 *Fraktur des distalen Endes des Humerus, suprakondylär*
Nebendiagnose(n): S42.11 *Fraktur der Skapula, Korpus*

In diesem Fall ist die Prellung des Ellbogens nicht zu kodieren.

1903c Fraktur und Luxation

Kodierung

Zur Kodierung von Wirbelfrakturen/Luxationen s.a. DKR 1910c *Verletzung des Rückenmarks* (Seite 189).

Fraktur und Luxation mit Weichteilschaden

Zwei Codes werden benötigt, um Frakturen und Luxationen mit Weichteilschaden zu kodieren. Zuerst ist der Code der Fraktur oder der Code der Luxation anzugeben und danach der entsprechende Code für den Schweregrad des Weichteilschadens der Fraktur/Luxation (Sx1.84f–Sx1.89f). Nur geschlossene Frakturen 0. Grades oder Luxationen mit Weichteilschaden 0. Grades (gekennzeichnet durch „geringen Weichteilschaden, einfache Bruchform“) oder nicht näher bezeichneten Grades erhalten keine zusätzliche Schlüsselnummer.

Beispiel 1

Ein Patient wird mit einer offenen Oberschenkelfraktur II. Grades aufgenommen.

Hauptdiagnose: S72.3 *Fraktur des Femurschaftes*
Nebendiagnose(n): S71.88f *Offene Fraktur oder Luxation II. Grades der Hüfte und des Oberschenkels*

Beispiel 2

Ein Patient wird zur Behandlung einer offenen Schulterluxation mit Verlagerung des Humerus nach vorne und Weichteilschaden I. Grades aufgenommen.

Hauptdiagnose: S43.01 *Luxation des Humerus nach vorne*
Nebendiagnose(n): S41.87f *Offene Fraktur oder Luxation I. Grades des Oberarmes*

Beispiel 3

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

Hauptdiagnose:	S42.21	<i>Fraktur des proximalen Endes des Humerus, Kopf</i>
Nebendiagnose(n):	S41.871	<i>Offene Fraktur oder Luxation I. Grades des Oberarmes</i>
	S43.01	<i>Luxation des Humerus nach vorne</i>

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 steht die ICD-10-GM für die mit einer Luxation kombinierte Fraktur eine von dieser Regel abweichende Kodierung vor:

Zum Beispiel ist die Monteggia-Luxationsfraktur als Fraktur klassifiziert (S52.21 *Fraktur des proximalen Ulnarshafes mit Luxation des Radiuskopfes*).

Fraktur und Luxation an gleicher oder unterschiedlicher Lokalisation

Bei Vorliegen einer kombinierten Verletzung an gleicher Lokalisation (siehe Luxationsfraktur in Beispiel 3) ist die Angabe **eines** Zusatzkodes für den Weichteilschaden ausreichend.

Liegen bei einem Patienten mehrere Frakturen oder Luxationen unterschiedlicher Lokalisation vor, so ist für jede Lokalisation der entsprechende Kode für den Schweregrad des Weichteilschadens der Fraktur/Luxation (Sx1.841–Sx1.891) anzugeben, soweit es sich nicht um einen Weichteilschaden 0. Grades handelt.

Knochenkontusion

Eine Knochenkontusion („bone bruise“, bildgebender Nachweis einer Fraktur der Spongiosa bei intakter Kortikalis) wird wie eine Fraktur an entsprechender Lokalisation kodiert.

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 (III. Grades).

Hauptdiagnose:	S92.3	<i>Fraktur der Mittelfußknochen</i>
Nebendiagnose(n):	S91.891	<i>Offene Fraktur oder Luxation III. Grades des Fußes</i>

Zu jeder Lokalisation findet sich in der ICD-10-GM 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 Kodes 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 eingebrungen wurde (d.h. intrakranielle Wunden, intrathorakale Wunden und intra-abdominale Wunden).

Die offene Wunde ist in diesen Fällen **zusätzlich** zur Verletzung (z.B. der Fraktur) zu kodieren. S.a. DKR 1903c *Fraktur und Luxation* (Seite 184), DKR 1907a *Offene intrakranielle Verletzung* (Seite 187) und DKR 1908a *Offene intrathorakale/intraabdominale Verletzung* (Seite 188).

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 B951 bis B971 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>
	B95.61	<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 Sehnenbeschäden 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 Nerven,
- danach ggf. eine Verletzung der Sehnen,
- schließlich die Fleischwunde anzugeben.

In Fällen, bei denen trotz einer Nerven- und Arterienbeschädigung der Verlust von Gliedmaßen unwahrscheinlich ist, ist die Reihenfolge der Kodierung je nach der Schwere der jeweiligen Schäden festzulegen.

1907a Offene intrakranielle Verletzung

Wenn eine offene intrakranielle Verletzung vorliegt, ist zuerst der Kode für die intrakranielle Verletzung anzugeben, gefolgt vom Kode für die offene Wunde.

Beispiel 1

Ein Patient wird mit offener Verletzung des Großhirns und ausgedehnter intrazerebraler Blutung aufgenommen.

Hauptdiagnose: S06.33 *Intrakranielle Verletzung, unbeschriebenes zerebrales*

Hämatom

Nebendiagnose(n): S01.831 *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 Kode für die intrakranielle Verletzung anzugeben,
- ein Kode für die Fraktur **und**
- S01.831 *Offene Wunde (jeder Teil des Kopfes) mit Verbindung zu einer intrakraniellen Verletzung*.

In diesen Fällen ist kein Kode aus S01.871–S01.891 für den Schweregrad der offenen Fraktur anzugeben. Die Tatsache, dass es sich um eine offene Fraktur handelt, wird durch die Codes für die intrakranielle Verletzung wiedergegeben.

1908a Offene intrathorakale/intraabdominale Verletzung

Kodierung

Wenn eine offene intrathorakale Verletzung vorliegt, ist zuerst der Kode für diese intrathorakale Verletzung anzugeben, und danach der Kode

S21.831 *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): S21.831 *Offene Wunde (jeder Teil des Thorax) mit Verbindung zu einer intrathorakalen Verletzung*

Wenn eine offene intraabdominale Verletzung beschrieben wird, ist zuerst der Kode für diese intraabdominale Verletzung anzugeben, gefolgt von einem Kode für die offene Wunde.

Beispiel 2

Ein Patient wird mit vollständiger Zerreißung des Nierenparenchyms, Milzriss mit Parenchyhbeteiligung und kleinen Risswunden an mehreren Dünndarmabschnitten sowie Herausreten von Eingeweiden durch die Bauchwand aufgenommen.

Hauptdiagnose: S37.03 *Komplette Ruptur des Nierenparenchyms*

Nebendiagnose(n): S36.03 *Rissverletzung der Milz mit Beteiligung des Parenchyms*

S36.49 *Verletzung des Dünndarms, sonstiger und mehrere Teile des*

Dünndarms

S31.831 *Offene Wunde (jeder Teil des Abdomens, der Lumbosackregion 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 Kode für die intrakavitäre Verletzung anzugeben,
 - die Codes für die Fraktur
 - und
 - einer der folgenden Codes:
- S21.831 *Offene Wunde (jeder Teil des Thorax) mit Verbindung zu einer intrathorakalen Verletzung*

oder

S31.831 *Offene Wunde (jeder Teil des Abdomens, der Lumbosackregion und des Beckens) mit Verbindung zu einer intraabdominalen Verletzung*

In diesen Fällen ist kein Kode aus S21.871–S21.891 bzw. S31.871–S31.891 für den Schweregrad der offenen Fraktur anzugeben. Die Tatsache, dass es sich um eine offene Fraktur

handelt, wird durch die Codes für die intrathorakale bzw. intrabdominale Verletzung wiedergegeben.

1909c Bewusstlosigkeit

Bewusstlosigkeit im Zusammenhang mit einer Verletzung

Wenn ein Verlust des Bewusstseins im Zusammenhang mit einer Verletzung aufgetreten ist, ist die Art der Verletzung vor einem Kode aus S06.7- *Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma* für die Dauer der Bewusstlosigkeit anzugeben.

Beispiel 1

Der Patient wird mit einer Fraktur des Siebbeins (Röntgenaufnahme) aufgenommen. Im CT zeigt sich ein großes subdurales Hämatom. Der Patient war 3 Stunden bewusstlos.

Hauptdiagnose:	S06.5	<i>Traumatische subdurale Blutung</i>
Nebendiagnose(n):	S02.1 S06.71	<i>Schädelbasisfraktur</i> <i>Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma, 30 Minuten bis 24 Stunden</i>
Prozedur(en):	3-200	<i>Native Computertomographie des Schädels</i>

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>Unschriebenes zerebrales Hämatom</i>
Nebendiagnose(n):	S06.71	<i>Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma, 30 Minuten bis 24 Stunden</i>
Prozedur(en):	3-200	<i>Native Computertomographie des Schädels</i>

Bewusstlosigkeit ohne Zusammenhang mit einer Verletzung

Sofern die Bewusstlosigkeit eines Patienten nicht mit einer Verletzung im Zusammenhang steht, sind folgende Codes zu verwenden:

R40.0	<i>Somnolenz</i>
R40.1	<i>Sopor</i>
R40.2	<i>Koma, nicht näher bezeichnet</i>

1910c 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 191)
2. Die funktionale Höhe (Ebene) der Rückenmarksläsion ist zu verschlüsseln. Siehe „Funktionale Höhe der Rückenmarksläsion“ (Seite 192)

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 193)

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 Rückenmarks</i>
Nebendiagnose(n):	S34.721 S22.06	<i>Funktionale Höhe einer Verletzung des lumbosakralen Rückenmarks, L2</i> <i>Fraktur eines Brustwirbels, 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 inkompletter Querschnitt unterhalb T8. Nach Stabilisierung im Krankenhaus A wird der Patient ins Krankenhaus B verlegt, in dem eine Spontylodese durchgeführt wird.

Krankenhaus A		
Hauptdiagnose:	S24.12	<i>Inkomplette Querschnittverletzung des thorakalen Rückenmarks</i>
Nebendiagnose(n):	S24.751 S23.14	<i>Funktionale Höhe einer Verletzung des thorakalen Rückenmarks, T8/T9</i> <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 Querschnittverletzung des thorakalen Rückenmarks</i>
Nebendiagnose(n):	S24.751 <i>Funktionale Höhe einer Verletzung des thorakalen Rückenmarks, T8/T9</i> S23.14 <i>Luxation eines Brustwirbels, Höhe T7/8 und T8/9</i>
Prozedur(en):	5-836.41 <i>Spondylodese, dorsal und ventral kombiniert, interkorporel, 2 Segmente</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. Hamwegsinfekt).

In diesen Fällen ist die zu behandelnde Erkrankung, gefolgt von einem Kode der Kategorie

G82.– *Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie*

anzugeben sowie andere vorliegende Erkrankungen. Die Reihenfolge dieser Diagnosen muss sich an der Definition der Hauptdiagnose orientieren.

Die Codes für die Verletzung des Rückenmarks sind nicht anzugeben, da diese nur in der akuten Phase zu verwenden sind.

Beispiel 3

Ein Patient wird zur Behandlung einer Infektion des Harntraktes aufgenommen. Zusätzlich bestehen eine inkomplette schlaffe Paraplegie auf Höhe von L2, ein inkomplettes Cauda-(equina-) Syndrom und eine neurogene Blasenentleerungsstörung.

Hauptdiagnose: N39.0 *Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet*

Nebendiagnose(n): G82.08 *Schlaffe Paraparese und Paraplegie, inkomplett*

G82.661 *Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarks, L2-S1*

G83.41 *Inkomplettes Cauda-(equina-) Syndrom*

Anmerkung: Die neurogene Blasenentleerungsstörung ist laut ICD-10-GM 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- *Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen des zervikalen Rückenmarks*

S24.1- *Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen des thorakalen Rückenmarks*

S34.1- *Sonstige Verletzung des lumbalen Rückenmarks*

S14.1-, S24.1- und S34.1- bieten an 5.Stelle die Möglichkeit anzugeben, ob es sich bei der Läsion um eine **komplette** oder **inkomplette** Querschnittverletzung handelt.

Ist ein Patient mit zervikaler oder thorakaler Rückenmarksverletzung aufgrund der Rückenmarksverletzung beamtungspflichtig, so ist Z99.1 *Abhängigkeit vom Respirator* als zusätzliche Schlüsselnummer zu den Beamnungskodes (siehe DKR 1001e *Massenhelle Beamtung* (Seite 135)) anzugeben.

Wenn eine Kontusion oder ein Ödem des Rückenmarks ohne Ausfälle vorliegt, ist einer der folgenden Kodes zu verwenden:

S14.0 *Kontusion und Ödem des zervikalen Rückenmarks*

S24.0 *Kontusion und Ödem des thorakalen Rückenmarks*

S34.0 *Kontusion und Ödem des lumbalen Rückenmarks [Conus medullaris]*

Beispiel 4

Ein Patient wird aufgenommen mit einer Fraktur des vierten Zervikalwirbels mit Luxation des 4./5. Halswirbelkörpers und inkompletter Querschnittslähmung bei Kontusion des Rückenmarks auf Höhe von C5. Neurologisch zeigt sich ein inkompletter Querschnitt unterhalb C5.

Hauptdiagnose: S14.13 *Sonstige inkomplette Querschnittverletzung des zervikalen Rückenmarks*

Nebendiagnose(n): S14.751 *Funktionale Höhe einer Verletzung des zervikalen Rückenmarks, C5*

S12.22 *Fraktur des 4. Halswirbels*

S13.14 *Luxation eines Halswirbels, C4/C5*

Funktionale Höhe der Rückenmarksverletzung

Die funktionale Höhe der Rückenmarksverletzung ist mit

S14.71, S24.71, S34.71 *Funktionale Höhe der zervikalen/thorakalen/lumbosakralen 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
- Schweregrad des Weichteilschadens der Fraktur/Luxation

Für die Höhenangabe der funktionalen Höhe sind die Hinweise bei S14.71, S24.71 und S34.71 in der ICD-10-GM zu beachten, z.B. für S24.71:

„*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 *Sonstige inkomplette Querschnittverletzung des zervikalen Rückenmarks*

Nebendiagnose(n): S14.701 *Funktionale Höhe einer Verletzung des zervikalen Rückenmarks; Höhe nicht näher bezeichnet*
S12.22 *Fraktur des 4. Halswirbels*

Kodierung von Wirbelfrakturen und -luxationen

Wenn eine Verletzung des Rückenmarks vorliegt, sind immer die Codes für die Rückenmarksverletzung vor der Fraktur oder der Luxation anzugeben.

Wenn eine Luxation 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 Luxation zu beschreiben.

Beispiel 6

Ein Patient wird mit Frakturen des zweiten, dritten und vierten Brustwirbels mit Luxation 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 *Komplette Querschnittverletzung des thorakalen Rückenmarks*

Nebendiagnose(n): S24.721 *Funktionale Höhe einer Verletzung des thorakalen Rückenmarks; T2/T3*
S22.01 *Fraktur eines Brustwirbels; Höhe: T1 und T2*
S22.02 *Fraktur eines Brustwirbels; Höhe: T3 und T4*
S23.11 *Luxation eines Brustwirbels; Höhe: T1/T2 und T2/T3*
S23.12 *Luxation eines Brustwirbels; Höhe: T3/T4 und T4/T5*

Bei Frakturen und Luxationen der Wirbelsäule mit Weichteilschaden ist ein zusätzlicher Kode für den Schweregrad des Weichteilschadens der Fraktur bzw. der Luxation anzugeben. Zuerst ist der Kode der Fraktur oder der Kode der Luxation anzugeben und danach der entsprechende Kode für den Schweregrad des Weichteilschadens der Fraktur/Luxation (Sx1.841–Sx1.891).

Nur geschlossene Frakturen 0. Grades oder Luxationen mit Weichteilschaden 0. Grades (gekennzeichnet durch „geringen Weichteilschaden, einfache Bruchform“) oder nicht näher bezeichneten Grades erhalten keine zusätzliche Schlüsselnummer (s.a. DKR 1903c *Fraktur und Luxation* (Seite 213)).

Bei Mehrfrakturen oder -luxationen wird jede Höhe einzeln angegeben.

Beispiel 7

Ein Patient wird mit einer komplizierten offenen Fraktur II. Grades des zweiten, dritten und vierten Brustwirbels mit Verschiebung auf Höhe T2/T3 und T3/T4 und kompletter Durchtrennung des Rückenmarks in Höhe T3 aufgenommen. Die neurologische Untersuchung bestätigt einen kompletten Querschnitt unterhalb T3.

Hauptdiagnose: S24.11 *Komplette Querschnittverletzung des thorakalen Rückenmarks*

Nebendiagnose(n): S24.721 *Funktionale Höhe einer Verletzung des thorakalen Rückenmarks; T2/T3*
S22.01 *Fraktur eines Brustwirbels; Höhe: T1 und T2*
S22.02 *Fraktur eines Brustwirbels; Höhe: T3 und T4*
S21.881 *Offene Fraktur oder Luxation II. Grades des Thorax*
S23.11 *Luxation eines Brustwirbels; Höhe: T1/T2 und T2/T3*
S23.12 *Luxation eines Brustwirbels; Höhe: T3/T4 und T4/T5*

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 schwerwiegenden 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-GM-Diagnoseschlüssel 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>Unschriebene Hirnkontusion</i>
Nebendiagnose(n):	S06.70	<i>Bewußtlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma, weniger als 30 Minuten</i>
	S08.1	<i>Traumatische Amputation des Ohres</i>
	S01.41	<i>Offene Wunde der Wange</i>
	S71.1	<i>Offene Wunde des Oberschenkels</i>
	S00.85	<i>Oberflächliche Verletzung sonstiger Teile des Kopfes, Prellung</i>
	S10.0	<i>Prellung des Rachens</i>
	S40.0	<i>Prellung der Schulter und des Oberarms</i>

In diesem Fall werden S09.7 *Multiple Verletzungen des Kopfes* und T01.8 *Offene Wunden an sonstigen Kombinationen von Körperregionen nicht* angegeben, da individuelle Codes anzugeben sind, wann immer dies möglich ist.

Prozeduren

Zusätzlich zu den Codes für die einzelnen durchgeführten Prozeduren ist bei der Versorgung von Mehrfachverletzungen und Polytraumen der passende **Zusatzcode**

5-981 *Versorgung bei Mehrfachverletzung*

bzw. aus

5-982 *Versorgung bei Polytrauma*

anzugeben.

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. „Wieder-einweisung zur Behandlung von Verbrennungen“ in DKR 1914a *Verbrennungen* (Seite 199)).

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 *Folgerscheinungen von Verletzungen, Vergiftung, toxischen Wirkungen und anderen äußeren Ursachen* (Seite 196).

1913a Folgerscheinungen von Verletzungen, Vergiftungen, toxischen**Wirkungen und anderen von äußeren Ursachen**

(S.a. DKR D005a *Folgerzustände* (Seite 14))

Kodierung

Es gibt keine allgemeine zeitliche Beschränkung für die Verwendung der Schlüsselnummern für Folgerzustände. Der Folgerzustand 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 Nierensuffizienz 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 Folgerzustand mit den entsprechenden spezifischen ICD-Kodes.

Die Kodierung der Folgerzustände von Krankheiten erfordert zwei Schlüsselnummern:

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

Der Restzustand oder die Art der Folgerzustände sind an erster Stelle anzugeben, gefolgt von der Schlüsselnummer „Folgen von ...“.

Die Diagnosekodes 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 Kode für die ursprüngliche Verletzung als Hauptdiagnose gefolgt von einem zutreffenden Kode aus Kapitel XXI (z.B. Z47.0 *Entfernung einer Metallplatte oder einer anderen internen Fixationsvorrichtung*) als Nebendiagnose zu verschlüsseln, der zusammen mit dem entsprechenden Kode für die Prozedur den Bedarf einer weiteren Behandlung anzeigt (siehe Beispiel 2 und DKR D002c Hauptdiagnose, geplanter Folgeingriff (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 Radiuskopfes 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 Kodes aus Kapitel XII (*Krankheiten der Haut und der Unterhand*):

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 Kode aus T20–T31 (*Verbrennungen oder Verätzungen*) zu verschlüsseln.

Reihenfolge der Kodes

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 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 2. Grades des Rumpfes, Bauchdecke*

Nebendiagnose(n): T21.25 *Verbrennung 2. Grades des Rumpfes, (äußeres) Genitale*

Wenn die Anzahl der Kodes für einen stationären Fall die maximale Zahl der übermittelbaren Diagnosen übersteigt, ist es sinnvoll, die Kodes für mehrfache Verbrennungen (T29.0 bis T29.3 aus T29 – *Verbrennungen oder Verätzungen mehrerer Körperregionen*) zu benutzen. Bei Verbrennungen 3. Grades sind immer die differenzierten Kodes zu verwenden. Wenn Mehrfachkodes erforderlich sind, werden diese für Verbrennungen 2. Grades benutzt.

Körperoberfläche (KOF)

Jeder Verbrennungsfall ist **zusätzlich** mit einem Kode aus

T31.–I *Verbrennungen, 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.–I ist nur einmal nach dem letzten Kode für die betroffenen Gebiete anzugeben.

Inhalationsverbrennungen

Jede Inhalationskomponente der Verbrennung ist mit einem Kode aus

T27.0 *Verbrennung des Kehlkopfes und der Trachea*

T27.1 *Verbrennung des Kehlkopfes und der Trachea mit Beteiligung der Lunge*

T27.2 *Verbrennung sonstiger Teile der Atemwege*

T27.3 *Verbrennung der Atemwege, Teil nicht näher bezeichnet*

zu kodieren.

T31.–I *Verbrennungen, 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

8-191 *Verbund bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen*
zu kodieren (s. a. DKR P005b *Multiplex/Bilaterale Prozeduren* (Seite 45)).

Wiederanweisung zur Behandlung von Verbrennungen

Folgeanweisungen 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.

1915c 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.

Dies gilt auch für die Kodierung beim Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom.

1916a Vergiftung durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen

Die Diagnose „Vergiftung durch Arzneimittel/Drogen“ wird gestellt bei **irritierender** 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 Kodes beschreiben die Art des Wirkstoffs, der Ursache der Vergiftung war. Die Absicht der Selbsttötung (X84.91) 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 89)).

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 Kodes für den krankhaften Zustand, in dem sich die Nebenwirkungen manifestieren, **optional** ergänzt durch

Y57.91 *Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen.*

Beispiel 1

Ein Patient wird mit einer akuten, hämorrhagischen Gastritis aufgrund von ordnungsgemäß eingenommener Acetylsalicylsäure aufgenommen. Eine andere Ursache der Gastritis wird nicht gefunden.

Hauptdiagnose: K29.0 *Akute hämorrhagische Gastritis*

Nebendiagnose, optional: Y57.91 *Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen*

Beispiel 2

Ein Patient wird im Koma durch in Kombination eingenommenes Antihistaminikum und Barbiturat (beide verordnet) aufgenommen.

Hauptdiagnose: R40.2 *Koma, nicht näher bezeichnet*

Nebendiagnose, optional: Y57.91 *Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen*

1918a Unerwünschte Nebenwirkungen/Vergiftung von zwei oder mehr in Verbindung eingenommenen Substanzen (bei Einnahme entgegen einer Verordnung)

Vergiftung durch Arzneimittel in Kombination mit Alkohol

Eine Nebenwirkung eines Medikamentes, das in **Verbindung mit Alkohol** eingenommen wurde, ist als **Vergiftung durch beide (Wirk-)Stoffe** zu kodieren.

Beispiel 1

Ein Patient wird mit schwerer Depression des Atemzentrums aufgenommen, verursacht durch versehentlich in Verbindung mit Alkohol eingenommene Barbiturate.

Hauptdiagnose:	T42.3	<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, Athanol</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 Salicylate</i>
Nebendiagnose(n):	K92.0 T45.5	<i>Hämatemesis Vergiftung durch primär-systemisch und auf das Blut wirkende Mittel, anderenorts nicht klassifiziert, Antikoagulantien</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-GM 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 Kode aus einem anderen Kapitel der ICD-10-GM zur Verfügung steht.

Die meisten anderen Kapitel der ICD-10-GM 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 Ausschlussweise zu T80–T88 listen häufig vorkommende Komplikationen auf, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind; es sind die Ausschlussweise sowohl am Anfang der Gruppe und der Kategorien als auch die Exklusiva unter den verschiedenen Subkategorien zu beachten.

Kodes für die spezifische Verschlussung von Komplikationen nach medizinischen Maßnahmen finden sich in den folgenden Kategorien:

- E89.– *Endokrine und Stoffwechselerkrankungen 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-Skelet-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	<i>Funktionsstörung nach Kolostomie oder Entero stomie</i>
Hypothyreose nach Thyreoidektomie vor einem Jahr	E89.0	<i>Hypothyreose nach medizinischen Maßnahmen</i>
Starke Blutung nach Zahnextraktion	T81.0	<i>Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert</i>
Zwischenfälle durch medizinische Maßnahmen, nicht näher bezeichnet (optional)	Y84.9!	<i>Zwischenfälle durch medizinische Maßnahmen, nicht näher bezeichnet</i>
Postoperative organische Psychose nach plastischer Chirurgie	F09	<i>Nicht näher bezeichnete organische oder symptomatische psychische Störung</i>
Zwischenfälle durch medizinische Maßnahmen, nicht näher bezeichnet (optional)	Y84.9!	<i>Zwischenfälle durch medizinische Maßnahmen, nicht näher bezeichnet</i>

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 Verschlüssels bekannt sein. Ferner sollte über einige Übungspraxis verfügt werden.

Im folgenden wird für den gelegentlichen Benutzer der ICD ein einfacher Leitfaden aufgezählt:

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 Diagnosebezeichnung 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 Kategorieüberschrift sind zu beachten.
8. Zuweisung der Schlüsselnummer

ANHANG B

ZUSAMMENFASSUNG DER ÄNDERUNGEN

Deutsche Kodierrichtlinien Version 2004 gegenüber der Vorversion 2003

Arbeitsschritte

Zur Erstellung der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) Version 2004 wurden folgende Arbeitsschritte durchgeführt (s.a. Einleitung Version 2004):

- Redaktionelle Überarbeitung des Manuskripts der Version 2003 (Korrektur grammatikalischer und sprachlicher Fehler sowie fehlerhafter Verweise).
 - Anpassung an die ICD-10-GM Version 2004.
 - Anpassung an den OPS-301 Version 2004.
 - Anpassung an die G-DRG-Klassifikation Version 2004.
 - Inhaltliche Klärstellung einzelner existierender Kodierrichtlinien.
 - Neuaufnahme bzw. Streichung einzelner Kodierrichtlinien zur Klärstellung spezieller Konstellationen.
- Gewänderte Textpassagen und Beispiele wurden durch Balken am rechten Seitenrand gekennzeichnet. Geringfügige redaktionelle Änderungen zur Vorversion 2003 sind nicht markiert.
- Neue Kodierrichtlinien und Kodierrichtlinien, bei denen sich inhaltliche Änderungen ergeben haben, wurden in der fortlaufenden Nummerierung am Ende mit „c“ bezeichnet. Ergaben sich durch die Anpassung von ICD bzw. OPS neue Kodiermöglichkeiten, so wurde dies als inhaltliche Änderung der DKR bewertet. Kodierrichtlinien, in denen z.B. nur die Texte in Beispielen angepasst wurden, wurden in der Nummerierung nicht geändert.
- Nachfolgend sind die wesentlichen Änderungen in den einzelnen Abschnitten und für die verschiedenen Kodierrichtlinien kurz dargestellt.

Wesentliche Änderungen

Redaktionelle Hinweise

Tabelle 2 wurde um neue Ausruferzeichenkodes der ICD-10-GM für eine obligate Kodierung bei Vorliegen von bestimmten Diagnosen ergänzt.

Allgemeine Kodierrichtlinien für Krankheiten

D002c Hauptdiagnose

Klarstellung von Beispiel 4 zur Kodierung der alleinigen Behandlung von Symptomen bei bekannter zugrunde liegender Diagnose.

Anpassung des Abschnitts „Tagesfall/mehrtägige Behandlung“ an die neue Art der Kodierung von Tagesfällen.

Neuaufnahme eines Abschnitts zur Kodierung bei Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus.

D012a Mehrfachkodierung

Überarbeitung der Beispiele 1 und 3 wegen gewänderter Kreuz/Stern-Kodes der ICD-10-GM und Anpassung des Abschnitts „Ausruferzeichenkodes“ an Tabelle 2 der Redaktionellen Richtlinien.

D013c Im Systematischen Verzeichnis verwendete formale Vereinbarungen

Darstellung der neuen Regeln für die Kennzeichnung von Schlussnummern am Ende durch Punkt-Strich („-“) und Strich („“).

Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren

P015c Organentnahme und Transplantation

Klarstellung der Kodierung für stationäre Aufnahmen zur Untersuchung eines potenziellen Organ- oder Gewebespenders; zur Lebendspende; zur postmortalen Spende nach Gehirntod im Krankenhaus und zur Transplantation sowie Überarbeitung der Tabelle zur Organ-/Gewebeentnahme und Transplantation.

Spezielle Kodierrichtlinien

Kapitel 1 Infektionskrankheiten

- 0101c HIV/AIDS**
Neuformulierung des Abschnitts „Chemotherapie bei HIV/AIDS-Erkrankung“ und Anpassung der Beispiele.

Kapitel 2 Neubildungen

- 0208c Remissionen bei malignen immunoproliferativen Erkrankungen und Leukämie**
Anpassung der DKR an die Textänderungen der ICD-10-GM zum Remissionsstatus und Aufnahme eines Abschnitts für den neuen Zusatzkode C95.81 *Leukämie, refraktär auf Standard-Induktionstherapie*.
- 0211c Chemotherapie bei Neubildungen**
Neuformulierung der Kodierung von Patienten, die zur Chemo- bzw. kombinierten Strahlen- und Chemotherapie aufgenommen werden.
- 0212c Instillation von zytotoxischen Materialien in die Harnblase**
Neuformulierung der Kodierung von Patienten, die zur Instillation von zytotoxischen Materialien aufgenommen werden.
- 0213c Strahlentherapie**
Neuformulierung der Kodierung von Patienten, die zur Strahlentherapie aufgenommen werden.

Kapitel 3 Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems

- 0301c Knochenmark-/Stammzellentnahme und -transplantation**
Neuformulierung der DKR für die Knochenmark-/Stammzellentnahme und -transplantation und Anpassung an den neuen ICD-10-GM-Kode Z52.01 *Stammzellspende* sowie an die neuen OPS-Kodes aus 5-410 *Entnahme von Knochenmark und hämatopoetischen Stammzellen zur Transplantation*.
- 0303c Versagen und Abstoßungsreaktion nach Transplantation**
Neuaufnahme dieser DKR zur Kodierung von Patienten mit Versagen bzw. Abstoßungsreaktion nach Transplantation von hämatopoetischen Zellen bzw. Organen oder Gewebe mit T86- *Versagen und Abstoßung von transplantierten Organen und Geweben*.

Kapitel 4 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten

- 0401b Diabetes mellitus**
Anpassung der Liste der Begleiterkrankungen, die zum Bild des „Diabetischen Fußes“ gehören, an die neuen ICD-10-GM-Kodes L89- *Dekubitalgeschwür*, I70.2- *Atherosklerose der Extremitätenarterien* und Z89- *Extremitätenverlust*.
- 0403c Zystische Fibrose**
Anpassung an die neuen ICD-10-GM-Kodes aus E84.8- *Zystische Fibrose mit sonstigen Manifestationen*.

Kapitel 5 Psychische und Verhaltensstörungen

- 0507a Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom**
Diese Kodierrichtlinie wurde gestrichen. Das Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom wird nun nach DKR 1915c *Missbrauch/Misshandlung von Erwachsenen und Kindern* kodiert.

Kapitel 6 Krankheiten des Nervensystems

- 0601a Schlaganfall**
Anpassung an die neuen Kodes der ICD-10-GM aus G82- *Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie* sowie N39.4- *Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz*. Klarstellung zur Rest-Symptomatik nach Schlaganfall.
- 0603c Tetraplegie und Paraplegie, nicht traumatisch**
Anpassung an die neuen Kodes der ICD-10-GM aus G82- *Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie*.
- 0604a Autonome Dysreflexie**
Anpassung an die neuen Kodes der ICD-10-GM aus G90.8- *Sonstige Krankheiten des autonomen Nervensystems*.

Kapitel 7 Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde

- 0704c Versagen oder Abstoßung eines Kornea-Transplantates**
Anpassung an den neuen ICD-10-GM-Kode T86.83 *Versagen und Abstoßung eines Hornhauttransplantates des Auges*.

0705c Strabismus (Schielen)
Anpassung an die neuen OPS-Kodes aus 5-10 *Operationen an den Augenmuskeln*.

Kapitel 9 Krankheiten des Kreislaufsystems

0901c Ischämische Herzkrankheit
Anpassung an die neuen ICD-10-GM-Kodes aus I25.1- *Atherosklerotische Herzkrankheit*.

0902a Akutes Lungenödem
Anpassung an die neuen ICD-10-GM-Kodes aus I50.1- *Linksherzinsuffizienz*

0908c Koronararterienbypass
Anpassung an die neuen ICD-10-GM-Kodes aus I25.1- *Atherosklerotische Herzkrankheit*.

0910c Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO)
Anpassung an die neuen OPS-Kodes aus 8-852 *Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) und Prä-ECMO-Therapie*.

0911c Schrittmacher/Defibrillatoren
Anpassung an den neuen ICD-10-GM-Kode Z45.0 *Anpassung und Handhabung eines künstlichen Herzschrittmachers und eines implantierten Kardiodefibrillators* sowie den OPS-Kode 5-377.7 *Implantation eines Defibrillators mit biventrikulärer Stimulation*.

0912c Chirurgisch angelegte arteriovenöse Fistel/Shunt
Aufnahme eines Abschnitts zur Kodierung von Patienten, die speziell zur Anlage eines Dialyseshunts aufgenommen werden.

Kapitel 10 Krankheiten des Atmungssystems

1001c Maschinelle Beatmung
Anpassung an die neuen OPS-Kodes aus 8-718 *Dauer der maschinellen Beatmung* und 8-717 *Einstellung einer nasalen oder oronasalen Überdrucktherapie bei schlagbezogenen Atemstörungen*.

1003c Chronisch obstruktive Lungenerkrankung
Anpassung an die neuen ICD-10-GM-Kodes aus J44.1- *Chronisch obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet*.

Kapitel 13 Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems

1306c Luxation einer Hüftendoprothese
Anpassung an die neuen ICD-10-GM-Kodes S71.841-S71.891 zur Kodierung des Schweregrads des Weichteilschadens.

Kapitel 14 Krankheiten des Urogenitalsystems

1401c Dialyse
Anpassung an die Zeiddauerangaben der neuen OPS-Kodes aus 8-853 *Hämofiltration*, 8-854 *Hämodialyse* und 8-855 *Hämodiafiltration* sowie Aufnahme einer Erläuterung zur Zeiddauerberechnung.

Kapitel 15 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett

1508c Dauer der Schwangerschaft
Anpassung an die neuen ICD-10-GM-Kodes O09.-1 *Schwangerschaftsdauer*, O47.- *Frustrane Kontraktionen [Umnütze Wehen]* und O60.- *Vorzzeitige Wehen und Entbindung*.

1514c Verminderte Kindbewegungen
Neuformulierung der DKR für Aufnahmen mit der Diagnose „verminderte fetale Bewegungen“.

1519c Frühgeburt, vorzeitige Wehen und frustane Kontraktionen
Neuformulierung der DKR zur Klarstellung der Kodierung bei Frühgeburt, vorzeitigem Wehen und frustanen Kontraktionen in Verbindung mit den geänderten ICD-10-GM-Kodes aus O47.- *Frustrane Kontraktionen [Umnütze Wehen]* und O60.- *Vorzzeitige Wehen und Entbindung*.

1525c Primärer und sekundärer Kaiserschnitt
Anpassung an den OPS-Kode 5-749.0 *Resectio*, der jetzt als Zusatzkode bei einer wiederholten Sectio angegeben wird.

Kapitel 19 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen

1903c Fraktur und Luxation

Anpassung an die neuen ICD-10-GM-Kodes Sx1.841-Sx1.891 zur Kodierung des Schweregrads des Weichteilschadens. Korrektur der Kodierung einer Knochenkontusion („bone bruise“), die jetzt wie eine Fraktur an entsprechender Lokalisation kodiert wird.

1909c Bewusstlosigkeit

Neuformulierung der DKR zur korrekten Kodierung mit Kodes aus S06.7-*Bewußtlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma* bei Bewusstseinsverlust mit und ohne Zusammenhang mit einer Verletzung.

1910c Verletzung des Rückenmarks (mit traumatischer Paraplegie und Tetraplegie)

Anpassung an die neuen ICD-10-GM-Kodes aus S14.1-, S24.1- und S34.1- *Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen des zervikalen/horakalen/lumbosakralen Rückenmarks*, Kodes aus Sx1.841-Sx1.891 zur Kodierung des Schweregrads des Weichteilschadens sowie Kodes aus G82.- *Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie*.

1914a Verbrennungen

Anpassung an den neuen OPS-Kode 8-191 *Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen*.

1915c Missbrauch/Misshandlungen von Erwachsenen und Kindern

Diese DKR gilt nun auch für die Kodierung des Münchhausen-Stellvertreter-Syndroms.

SCHLAGWORTVERZEICHNIS

A

- Abhängigkeitsyndrom
 - Definition 99
- Abnorme
 - Kindslagen und -einstellungen 164
- Abort
 - bei Blasenmole 157
 - bei vorzeitiger Beendigung der Schwangerschaft 159
- Definition 157
- drohend 4
- inkomplett 158
- Komplikation nach 158
- Abortivset 158
- Adhäsionen, abdominal 141
- Agranulozytose 69
- AIDS, s.a. HIV 63, 64
- Allgemeinästhesie 50
- Klinische Untersuchung in 50
- Alzheimer -Krankheit 103
- Anästhesie
 - Klinische Untersuchung in Allgemeinanästhesie 50
 - Untersuchung unter 155
- Allgemein 50
- Aneurysma
 - Koronarene 123
- Angina pectoris 121
- instabil 121
- Angiopathie
 - diabetisch 94
- Aphasie/Dysphasie 107
- Apoplex, s.a. Schlaganfall 105
- Appendizitis 141
- Arteritis
 - Koronarene 123
- Arthroskopie 49
- Arzneimittel
 - Nebenwirkung 200
- Vergiftung 199, 200, 201
- Aspirationssyndrom beim Neugeborenen 175
- Asthma bronchiale 138
- akut 138
- akut schwer 138
- chronisch obstruktiv 139
- mit GOLD 139
- Asymptomatischer HIV-Status 64
- Ataxie 179
- Atemmotsyndrom des Neugeborenen 175
- Atherosklerotische Herzkrankheit 122

Ä

- Ätiologie 5
- Kodierung 22, 23

A

- Aufenthalt
 - mehrtäglich 9
- Aufnahme
 - zur Operation, Operation nicht durchgeführt 17
- Augenlider), Rekonstruktion 147
- Autonome Dysreflexie 108

B

- Bakteriämie 68
- Bänderriss 151
- Bandscheiben
 - prolaps 149
 - schaden 150
- Beatmung, maschinell 41, 135
- Beginn (der Beatmungsdauer) 136
- bei Neugeborenen 135, 174
- Berechnung der Dauer 135
- Definition 135
- Ende (der Beatmungsdauer) 137
- Entwöhnung 137
- nachfolgende Perioden 137
- verlegte Patienten 137
- Beckenendlage 164
- Beendigung
 - der Schwangerschaft 159
- Befunde
 - abnorm 3
 - abweichend von Dokumentation 3
 - Kodierung 179
- Behandlungsplan
 - nicht ausgeführt
 - Hauptdiagnose bei 9
- Benachbarte Gebiete
 - bekannte Primärtokalisation 74
 - unbekannte Primärtokalisation 75
 - ungenau/n. bez. Lokalisation 76
- Bewertung
 - Befunde 4
- Blasenmole 157
- Blepharoplastik 147
- Blutprodukte (Infusion) 85
- Bluttransfusionen 85

- Blutung
 - gastrointestinal 142
 - perinatal 143
- Bone bruise 185
- Brachytherapie, stereotaktisch 110
- Brustamputation (subkutan), prophylaktisch 147
- Brustimplantat, Entfernung 147
- Bypass (aortokoronar), s.a. Koronararterienbypass 126

C

- Campylobacter 141
- Chemotherapie
 - bei Neubildungen 80
- Insultation zytotoxischer Materialien in die Harnblase 81
- kombiniert mit Strahlentherapie 81
- Chronisch myeloische Leukämie 12
- Chronisch(er)
 - Krebsschmerz 149
- progressive externe Ophthalmoplegie 109
- CML 12
- COLD 139
- akute Exazerbation 139
- infektiöse Verschlechterung 139
- und Emphysem 139
- Crush-Syndrom 186

D

- Dauer
 - Beatmung 41
- Defibrillatoren 130, 132
- Definition
 - Abhängigkeitsyndrom 99
 - Abort 157
 - akute Intoxikation [akuter Rausch] 99
 - Hauptdiagnose 4
 - Hauptprozedur 36
 - Lebendgeburt, Lebendgeborenes 157
 - Nebendiagnose 11
 - Neonatalperiode, Neugeborenes 171
 - Perinatalperiode 171, 173
 - primärer/sekundärer Kaiserschnitt 168
 - schädlicher Gebrauch psychotroper Substanzen 99
 - signifikante Prozedur 35
 - Totgeburt 157
 - Vergiftung 199
 - Wochenbett 169
 - Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben 173
- Dehydratation
 - bei Gastroenteritis 143

- Demenz
 - bei M. Alzheimer 103
- Diabetes
 - sekundär 97
- Diabetes mellitus 89
- diabetisches Fußsyndrom 95
- durch Fehl- oder Mangelernährung 97
- entgleist 89
- mit Katarakt 93, 115
- mit Komplikationen
- akut metabolisch 91
- Augen- 93
- multiple Komplikationen 91
- neurologisch 94
- renal 92
- vaskulär 94
- Typen 89

- Diabetisches Fußsyndrom 95
- Diagnose
 - doppelseitig 21
 - Haupt-, s.a. Hauptdiagnose 4
 - Neben-, s.a. Nebendiagnose 11
 - Verdachts- 18
- Dialyse 153
- Shuntanlage 132
- Distokation
 - Wirbel
 - bei Verletzungen des Rückenmarks 193
- Doppelkassifizierung 24
- Drohend
 - Krankheit 3
- Dysphagie 106
- Dysreflexie (autonome) 108

E

- ECMO 130
- Eingriff
 - komplex 41
- Einling, spontane vaginale Entbindung 160
- Einstellungsamorallen (kindliche) 164
- Emphysem
 - bei GOLD 139
- Endoskope 49
- multiple Gebiete 50
- Entbindung
 - Hauptdiagnose 164
 - Resultat 161
 - vor der Aufnahme 165
 - vorzeitig 166
- Entfernung
 - Tympanotomieröhren 119
- Enzephalopathie
 - hypoxisch - ischämische 176
- Epiduralanästhesie
 - in der Austreibungsphase 168
 - Erstgebärende (ältere) 165

- Exklusiva
- ICD-10-SGB-V 29
- OPS-301 42
- Extrakorporale Membranoxygenation 130
- Extraktingravidiät
- Komplikation nach 158
- Exzision
- Tumorgebiet 74

F

- Familiäre adenomatöse Polypose 83
- Fateozid (selektiv) 168
- Fiebertämpfe 180
- Folgeeingriff
- geplant 9
- Folgerzstränge 14
- akuter Schlaganfall 105
- äußerer Ursachen 196
- Definition 14
- spezifische Codes 15
- Fraktur 184
- Luxations- 185
- mit intrabdominaler Verletzung 188
- mit intrathorakaler Verletzung 188
- Schädel 187
- Wirbel
- bei Verletzungen des Rückenmarks 193
- Frühgebohrne
- krank 171
- Frühgeburt 166

G

- Gangrän
- drohend 4
- Gastritis
- bei Magenulkus 141
- Gastrointestinale Blutung 142
- Geburt
- aus Beckenendlage 164
- Einleitung 167
- Einling 160
- Mehrlinge 161
- pränatal 167
- Gesamtbehandlungszeit 136
- Gesundheitsberufe
- Prozeduren 51
- Gewebspender 56
- Glaukom
- Trabekulotomie 117
- und Katarakt (Reihenfolge der Codes) 115
- Graft-versus-host-Krankheit 86

H

- Harnwegsinfektion 70
- Hauptdiagnose 4
- bei Entbindung 164
- bei nicht ausgeführtem Behandlungsplan 9
- gesunde Neugeborene 171
- Hauptprozedur 36
- Hauttransplantation 148
- Helicobacter (pylori) 141
- Hemmung der Laktation 169
- Hepatitis
- Träger 68
- Hereditäres nichtpolypoSES Kolonkarzinom 83
- Hertz
- stillstand 124
- und Atemstillstand 124
- Herzkrankheit
- atherosklerotisch 122
- hypertensiv 125
- ischämisch 121
- Herzschrittmacher 130
- permanent 130
- temporär 131
- HIE 176
- HIV
- akutes Infektionssyndrom 63
- antiretrovirale Therapie (Nebenwirkungen) 67
- Kaposi Sarkom 67
- Kodes 63
- Komplikationen 63, 64
- Krankheit (AIDS) 64
- Reihenfolge der Codes 65
- Labornotweis 63
- Manifestation 65, 66
- positiv, asymptomatisch 64
- Symptome 63
- Hörverlust (plötzlicher) 119
- HPV 154
- Hüftendoprothese
- Luxation 150
- Humanes Papilloma Virus 154
- Hyaline Membranerkrankheit 175
- Hydrozelen 154
- Hyperglykämie
- ohne Diabetes mellitus 98
- Hypertensive
- Herz- und Nierenkrankheit 125
- Nierenkrankheit 125
- Hypertonie
- sekundär 125
- Hypthama, postoperativ 117
- Hypoxisch - ischämische Enzephalopathie 176

I

- Infarkt
- drohend 4
- Inklusiva
- ICD-10-SGB-V 28
- OPS-301 42
- Inkontinenz 106, 180
- Innere Fixierung 150
- InnoXikation, akut [akuter Rausch]
- Definition 99
- Kodierung 100
- Intrabdominale
- Verletzung (offen) 188
- Intrakranielle
- Verletzung (offen) 187
- Intrathorakale
- Verletzung (offen) 188
- Ischämische
- Enzephalopathie 176
- Herzkrankheit 121
- Kardiomyopathie 123

K

- Kaiserschnitt 168
- Bereitschaft 165
- Kaposi Sarkom 67
- Kardiomyopathie, ischämisch 123
- Katarakt
- bei Diabetes 93, 115
- sekundäre Linseinsenkung 115
- und Glaukom (Reihenfolge der Codes) 115
- Katheterisierung
- der Tränenwege 117
- Kearns-Sayre-Syndrom 116
- Kindslagen
- abnorm 164
- Knochenkontusion 185
- Knochenmark
- Entnahme 85
- Spende 85
- Transplantation 85
- Kodes
- eingeschränkte Gültigkeit 41
- Kodierung
- allgemein 3
- Befunde 179
- bei Kindern/ Neugeborenen 51
- Doppelkodierung 21
- Kombinationschlussnummern 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 55
- Symptom 5, 179
- Syndrome 13
- Teilleistung 44
- Kombinationskodes
- ICD-10-SGB-V 20
- OPS-301 40
- Kompartmentsyndrom 151
- Komplikationen
- bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung 201
- in der Schwangerschaft 162
- nach Abort, Extraktingravidiät und Mölenschwangerschaft 158
- offene Wunden 186
- Kontaktlinsenintoleranz 116
- Kontusion
- Knochen- 185
- Kornea
- Kork-Ring 116
- Koronarterienbypass 126
- mit/ohne Herz-Lungen-Maschine 127
- Operation, minimalinvasiv 127
- Reoperation 128
- Sequential Bypass 126
- temporärer Herzschrittmacher 128
- Koronarthrombose
- ohne nachfolgenden Myokardinfarkt 122
- Kraniofaziale Eingriffe 146
- Krankheit
- akut und chronisch 8, 16
- doppelseitig 21
- drohend 3
- sich anbahnend 3
- zugrundeliegend 5
- zwei oder mehr verwandte 8
- Kreuz - Stern - System 5, 22
- Kreuzschmerz
- chronisch 149

L

- Laktation (Hemmung/Versagen) 169
- Laparoskopie 49
- Lebendgeburt
- bei vorzeitiger Beendigung der Schwangerschaft 160
- Definition 157
- Leimohr 119
- Leukämie 77
- Lichttherapie
- bei Neugeborenen 174

- L**
 Lippe
 - Malignom 83
 Liquordrainage; extern 112
 - spinal 112
 - ventrikulär 112
 Liquorschunt 112
 - spinal 112
 Lumboischalgie 149
 Lungenerkrankheit
 - chronisch obstruktiv, s.a. GOLD 139
 Lungenödem; akut 124
 Luxation 184
 - Hüftendoprothese 150
 Luxationsfraktur 185
 Lymphangiosarcoma 82
 Lymphom 82

M

- Magensonde (zur Ernährung)
 - bei Neugeborenen 174
 Magenulkus
 - mit Gastritis 141
 Makuladödem 93
 Malignom
 - Anlage bei Neubildungen 74
 - der Haut, multipel 146
 - Folgebehandlungen 72
 - in der Eigenanamnese 78
 - Kolon 83
 - Komplikationen 73
 - Lippe 83
 - mehrere Lokalisationen 76
 - Morphologie 80
 - Nachuntersuchung
 - Reihenfolge der Codes 71
 - Reihentolge der Codes 71
 - Rezidiv 72, 74
 - Staging 72
 Malignomnachweis
 - nur in der Biopsie 74
 Manifestation 5
 - als Hauptdiagnose 23
 - Kodierung 22
 Manuelle Plazentalösung 168
 maschinelle Beatmung, s.a. Beatmung 41
 Mehrfachverletzung 194
 MELAS 108
 Meckelstriss 151
 MERRF 108
 Metabolisches Syndrom 97
 Metallentfernung 197
 Metastasen
 - Reihentolge der Codes 71
 Misstrauhen 199
 Misshandlung 199

Mitochondriale

- Enzephalopathie; Laktatazidose- und schlaganfallähnliche Symptome 108
 - Myopathie 109
 - Zytopathie 108, 116
 Molenschwangerschaft 157
 - Komplikation nach 158
 Morbus Alzheimer 103
 Morphologie (Kodierung) 80
 Mukoviszidose 98
 Myokardinfarkt
 - akut 121
 - alt 122
 - rezidivierend 122
 Myoklonusspilepsie 108

N

- Narben
 - revision 146
 Nebendiagnose 11
 - anatomisch 11
 - Reihentolge 13
 Nebenwirkung
 - durch Arzneimittel
 - bei Einnahme gemäß Verordnung 200
 Neonatalperiode
 - Definition 171
 Nephropathie
 - diabetisch 92
 Neubildungen, s.a. Malignom 71
 Neugeborene
 - Aspirationsyndrom 175
 - Atemnotsyndrom 175
 - besondere Maßnahmen 174
 - gesunde 171
 - krank 171
 - Transitorische Tachypnoe 176
 Neuropathie
 - diabetisch 94
 Neutropenie 69
 Nierenkrankheit
 - hypertensiv 125
 Nikotinabusus 101

O

- Operation 9, 17
 - nicht durchgeführt 9, 17
 - Zusatzinformationen 42
 Ophthalmoplegia progressiva externa 109, 116
 OPS-301
 - Aufbau 37
 - Kombinationscodes 40
 Organentnahme
 - zur Transplantation 56

- Organspender 56
 Osteosynthese
 - bei Spontylodese 150

P

- Panikatacken (mit Phobie) 102
 Parenterale Therapie
 - bei Neugeborenen 174
 Pankreofisteln 119
 Perinatale Blutung 143
 Perinatalperiode
 - Definition 173
 Persönlichkeitsstörung 101
 Phlegmone 145
 - Orbitabereich 145
 - Periorbitabereich 145
 Phobie (mit Panikatacken) 102
 PIN-Grade 83
 Plastische Chirurgie 146
 Plazentalösung (manuell) 168
 Prostata, intraepitheliale Neoplasie 83
 Prozedur
 - bilateral 45, 47
 - bilateral, ein Zugang 49
 - Hauptprozedur 36
 - Kodierung allgemeinen 35
 - Komponenten
 - - Kodierung 35
 - mehrfach durchgeführt 45
 - nicht vollendet 44
 - nicht zu verschlüsseln 54
 - pädiatrisch 51
 - Reihentolge 35, 36
 - unterbrochen 44
 Psychische Krankheit
 - als Komplikation einer Schwangerschaft 102
 Psychische/Verhaltensstörung 99
 - durch Drogen/Medikamente/Alkohol/Nikotin 99
 Puerperium, s.a. Wochenbett 169

R

- Radiochirurgie, stereotaktisch 110
 Radiotherapie, stereotaktisch 110
 Remission
 - Leukämie 77
 - maligne immunoproliferative Erkrankungen 77
 Reoperation 53
 - Koronararterienbypass 128
 - nach Operation am Herzen 129
 Resektion
 - kraniofazial 146
 Restiklassen 19
 - a.n.k. 31
 - nicht näher bezeichnet 19

- o.n.A. 31

- sonstige 19

Retinopathie

- diabetisch 93

-- mit Makuladödem 93

Retrolithese 150

Revision

- nach Operation am Herzen 129

- Narbe 146

Rezidiv

- Malignom 72, 74

- Rost-Ring (Kornea) 116

Rückenmark

- Art der Verletzung 191

- Funktionale Höhe 192

- Verletzung

-- akute Phase 190

-- chronische Phase 191

- Verletzung des Rückenmarks 189

Rückverlegung

- aus anderen Krankenhäusern 10

S

- Sauerstoffzufuhr
 - bei Neugeborenen 136, 174
 Schädelbasis-Chirurgie 109
 Schädellicher Gebrauch (psychotroper Substanzen)
 - Definition 99
 - Kodierung 100
 Schlaganfall 105
 - akut 105
 - - Folgezustände 105
 - - Aphasie/Dysphasie 107
 - - Schweregrad 106
 Schmerz
 - akut 180
 - Behandlung 180
 - chronisch 181
 Schrittmacher
 - permanent 130
 - temporär 131
 Schwangerschaft
 - als Nebenbefund 163
 - Beendigung, vorzeitig 159
 - Diffuse Beschwerden 162
 - Kodierung der Dauer 161
 - Komplikationen 162
 - psychische Krankheit 102
 - verlängerte Dauer 166
 Schwerhörigkeit 119
 Secio 168
 Sekundär(t)
 - Diabetes 97
 - Linseninsertion (bei Katarakt) 115
 Selektiver Fetozid 168

- Sepsis 69
- Harnwege 70
Shuddering Attacks 108
Shunt
- für Dialyse 132
- Liquor- 112
- Thrombose 132
Sonnenbrand 197
Spätfolgen s.a. Folgezustände 14
Spender
- Knochenmark/Stammzellen (allogen) 85
Spontylidese 150
Stammzellen
- Entnahme 85
- Transplantation 85
Standardmaßnahmen
- Kodierung 55
Stereotaktische
- Bestrahlung 110
- Biopsie, intrakranielles Gewebe 111
- Neurochirurgie 111
Stöhlindermissse 169
Strahlentherapie
- Kodierung 82
- kombiniert mit Chemotherapie 81
- stereotaktisch 110
Stütze 179
Subkutane Brustamputation, prophylaktisch 147
Surfactant-Mangel 175
Symptom
- als Hauptdiagnose 6, 18
- als Nebendiagnose 7
- Kodierung 179
Syndrome 13
- angeboren 14
- Crush-Syndrom 186
- diabetischer Fuß 95
- Kompartiment-S. 151
- metabolisches S. 97
- Reihenfolge der Codes 13
- Young-S. 155
- T**
- Tagesfall 9
Tabakheit 119
Teilleistung, Kodierung 44
Tetraplegie/Paraplegie
- nicht traumatisch 107
- traumatisch 189
Totgeburt
- bei vorzeitiger Beendigung der Schwangerschaft 160
- Definition 157
Tabekulektomie 117
Tainengänge
- Katheterisierung 117
- Transfusionen
- bei Neugeborenen 175
Transitorische Tachypnoe beim Neugeborenen 176
Transplantat
- Abstößung 86
--Kornea 115
- Entnahme 148
- Versagen 86
--Kornea 115
Transplantation 56
- Haut- 148
- Knochenmark/Stammzellen 85
Tympanotomie(röhrchen
- Entfernung 119
- Ü**
- Übergangsregelungen 5, 47
Übertragung (Schwangerschaft) 166
- U**
- Untersuchung, klinische
- in Allgemeinanästhesie 50
Urosepsis 70
Uterusnahe 165
- V**
- Verblitzung der Schweißbr 116
Verbrennungen
- Folgeerweisungen 199
- Inhalations- 198
- Körperoberfläche 198
- Reihenfolge der Codes 197
- Verband bei - 199
Verdachtsdiagnosen 18
- bei Entlassung 18
- bei Verlegung 18
- Hauptdiagnose bei V. a. 8
Vereinbarungen (formale)
- Alphabetisches Verzeichnis 33
- Diagnoseschlüssel 33
- Systematik ICD-10-SGB-V 28
Vergiftung
- durch Arzneimittel/Drogen 199, 200, 201
- Folgezustand 196
Verlegung
- mit Verdachtsdiagnose 18
- intern 9
- intern 9
Verletzung
- Abdomen (offen) 188
- akut/alt (Definition) 195
- des Rückenmarks 189
-- akute Phase 189, 190
-- Art der Verletzung 191

- chronische Phase 191
-- funktionale Höhe 192
-- Kodierung von Wirbelfrakturen und -
dislokationen bei - 193
- Folgezustand nach - 196
- Haut und subkutanes Gewebe 145
- Kopf (offen) 187
- Mehrfach- 194
- mit Bewusstlosigkeit 189
- mit Gefäß-, Nerven- und Schneischäden 187
- oberflächlich 183
- offene Wunden 186
- Polytrauma 194
- Thorax (offen) 188
- Weichteile 151
Verstärkung 183
Vielgebährnde 165
- W**
- Warzen (HPV) 155
Wehen
- vorzeitig 166
Weibliche Genitalmutilation (FGM),
Rekonstruktionsoperation 156
Weichteilschaden
- bei Fraktur 184
Weichteilverletzungen 151
Wiederaufnahme 10
Wochenbett 169
Wunde (offen) 186
- Y**
- Young-Syndrom 155
- Z**
- Zerquetschung 185
Zerrung 183
Zystische Fibrose 98

SCHLÜSSELNUMERVERZEICHNIS

ICD-Kode-Index

ICD-Kode	DKR	Seite	ICD-Kode	DKR	Seite
A04.5	1104a	142	B95i bis B97i	1905a	186
A08.0	1602a	173	B95-B97	D01.2a	24
A17.0†	D01.2a	22	B95.6i	1905a	186
A18.0†	D01.2a	23	B96.81i	1104a	142
	D01.3c	32	B97.7i	1403a	154, 155
A22.8†	D01.3c	30	C00-	0217a	83
A27-†	D01.3c	30	C00-C75	0203a	74
A30-	D01.3c	30	C02.8	0206a	75
A31.0	0101c	68	C08.8	0206a	75
A32.1†	D01.3c	30	C14.8	0206a	75
A40-	0103a	69	C16.0	0206a	75
	0103a	70	C16.2	0201b	73
A41-	0103a	69	C18-	0218a	83
	0104a	70	C18.4	0201b	71
A41.9	0103a	69	C18.4	0201b	75
A46	0401b	97	C21.8	0206a	75
	D01.3c	29, 30	C24.8	0206a	75
A49.9	0103a	68	C26.8	0206a	75
A54.4†	D01.1a	22	C34.1	1806a	182
A54.8	D01.2a	23	C39.8	0206a	75
A54.8†	D01.3c	155	C41.8	0206a	75
A70	1403a	155	C43.7	0207a	77
A87.8	D01.3c	32	C44.1	0217a	83
B00.4†	0101c	64	C44.2	0601a	106
B05.2	D01.3c	65	C44.3	P005b	47
	0101c	64, 65, 66,	C44.6	P005b	47
		68	C46	0101c	67
B20-B24	0101c	63, 65, 66	C46.0	0101c	66, 68
B21	0101c	64, 66, 68	C49.8	0206a	75
B22	0101c	64, 66	C50.4	0201b	72
B23.0	0101c	63, 64	C52	0207a	77
B23.8	0101c	64	C52	D01.2a	24
B24	0101c	64	C53-	0206a	76
B25.8†	0101c	66	C53.1	0206a	75
B37.0	0101c	65	C53.8	0206a	75
B39	D01.3c	32	C57.8	0206a	75, 76
B90-	D005a	15	C61	0201b	72
B90.0	D005a	16		0202b	74
B91	D005a	15		0211c	80
B92	D005a	15		0206a	75
B94-	D005a	15		0209a	79
B94.0	D005a	15		0206a	75
B94.1	D005a	16		0201b	71
B94.8	D005a	16		0202b	73

ICD-Kode	DKR	Seite	ICD-Kode	DKR	Seite
C72.8	0206a	75	E16.1	0401b	97
C76-	0206a	76	E16.2	0401b	97
C77-	0216a	82	E16.4	0401b	97
C78.2	0215a	82	E16.8	0401b	97
C78.7	0201b	71	E16.9	0401b	97
C78.8	0216a	82	E16-	D005a	16
C79.5	0201b	72	E4.3	D005a	16
	0216a	82	E68	D005a	16
	1806a	182	E84-	0403c	98
C79.5†	0202b	74	E84.0	0403c	98
C80	0201b	71	E84.8-	0403c	98
	0215a	82	E84.80	0403c	98
C81.0	0201b	72	E84.87	0403c	98
C81-C88	0216a	82	E84.88	0403c	98
C85-	0208c	78	E86	1107a	143
C88-	0208c	77	E89-	1919a	202
C90-	0208c	77	E89.0	1919a	202
C91-	0208c	77	E89.1	0401b	89
C91-C95	0208c	77		0402a	98
C92-	0208c	77	F00.-*	0508a	103
C92.0-	D006a	17	F00-F09	D01.2a	24
C92.1-	D006a	17	F09	1919a	202
C93-	0208c	77	F10.0	0501a	100
C94-	0208c	77	F10.1	0501a	101
C95-	0208c	77	F10.2	0501a	100
C95.8i	0208c	78	F10-F19	0501a	99, 100
	C97	76, 77	F17.2	0502a	101
D07.5	0220a	83	F32.2	0506a	103
D12.6	0218a	83	F40-	0504a	102
D50.9	1510b	163	F40.0-	0504a	102
D59.2	0101c	67	F40.00	0504a	102
D70-	0103a	69	F40.01	0504a	102
E05.0	D01.2a	23	F41.0	0504a	102
E10-	0401b	89	F53-	0506a	102
E10.20†	0401b	92, 93	F53.0	0506a	102
E10.30†	0401b	92	F60-	0503a	101
	D01.2a	25	G00-	D005a	16
E10.50†	0401b	92, 95	G01*	D005a	16
	D01.2a	25	G02*	D01.3c	30
E10.61	0401b	90	G03.9	D005a	16
E10.61†	0401b	90	G04.9	D008b	18
E10.71†	0401b	91, 97	G03-G04	D005a	16
	D01.2a	26	G04.9	0603c	107
E10.91	0401b	90	G05.-*	D005a	16
E10†-E14†	0401b	92, 93, 94	G05.0*	D01.3c	30
	0401b	115	G05.1*	0101c	65
E10-E14	0401b	89, 91, 95	G06-	D005a	16
	1916a	199	G07*	D005a	16
E11-	0401b	89	G08	D005a	16
E12-	0401b	89	G09	D005a	16
E13-	0401b	89	G25.8	0605a	108
E14-	0401b	89	G30-†	0508a	103
E16-	0401b	97	G31.81	0606a	108, 109
E16.0	0401b	97		0709a	116

ICD-Kode	DKR	Seite	ICD-Kode	DKR	Seite
G31.81+	0606a	109	H36.0*	D01.2a	25, 26
G40.3	0709a	117	H36.8*	0606a	109
G59.0*	0606a	108		0709a	116, 117
G63.2*	0401b	94	H44.0	0704c	115
	0401b	94, 95, 96,	H44.1	0704c	115
	0401b	97	H49.4	0606a	109
G63.3*	D01.2a	23		0709a	116
G71.3	0606a	109	H49.8	0606a	109
G73.0*	0401b	94		0709a	116
G81.0	0601a	105	H54.-	0401b	93
G81.1	0601a	106	H54.4	D00.5a	15
	D00.5a	15	H57.9	D00.9a	20
G82.-	0603c	107, 108	H59.-	1919a	202
	1910c	191	H59.-	0802a	119
	1910c	191	H65.3	D00.7a	17
G82.08	1910c	191		0802a	119
G82.61	0603c	108	H65.9	0803a	119
G82.61	0603c	107	H72.9	0802a	119
G82.661	1910c	191	H75.0*	D01.2a	23
G83.2	D00.5a	15	H90.-	0801a	119
G83.4-	1910c	191	H91.-	0801a	119
G83.41	1910c	191	H95.-	1919a	202
G90.-	D01.3c	32	H95.-	D01.3c	31
G90.0-	D01.3c	32	H95.9	D01.3c	31
G90.00	D01.3c	32	H95.9	D01.3c	31
G90.08	D01.3c	32	H95.9	D01.3c	31
G90.1	D01.3c	32	H95.9	D01.3c	31
G90.80	0604a	108	H95.9	D01.3c	31
G90.81	0604a	108	H95.9	D01.3c	31
G90.82	0604a	108	H95.9	D01.3c	31
G93.8	1918a	201	H95.9	D01.3c	31
G97.-	1919a	202	H95.9	D01.3c	31
G99.0*	0401b	96	H95.9	D01.3c	31
H00.0	1201a	145	H95.9	D01.3c	31
H02.8	D00.9a	20	H95.9	D01.3c	31
H02.9	D00.9a	20	H95.9	D01.3c	31
H05.0	1201a	145	H95.9	D01.3c	31
H10.4	0706a	116	H95.9	D01.3c	31
H16.-	0704c	115	H95.9	D01.3c	31
H16.1	0707a	116	H95.9	D01.3c	31
H16.8	0706a	116	H95.9	D01.3c	31
H18.-	0704c	115	H95.9	D01.3c	31
H18.0	0708a	116	H95.9	D01.3c	31
H18.2	0706a	116	H95.9	D01.3c	31
H18.8	0706a	116	H95.9	D01.3c	31
H20.-	0704c	115	H95.9	D01.3c	31
H21.0	0710a	117	H95.9	D01.3c	31
H25.-	0401b	93	H95.9	D01.3c	31
H26.9	D00.9a	20	H95.9	D01.3c	31
H27.0	0702a	115	H95.9	D01.3c	31
H28.0*	0401b	93	H95.9	D01.3c	31
	0701a	115	H95.9	D01.3c	31
H32.0*	0101c	66	H95.9	D01.3c	31
H35.8	0401b	93	H95.9	D01.3c	31
H36.0*	0401b	91, 92, 93	H95.9	D01.3c	31

125.13	0908c	128	J01.1	D00.7a	17
125.14	0901c	122	J10-J15	D01.3c	32
125.15	0908c	128	J15.8	1919a	202
	0901c	122	J16.-	D01.3c	32
	0908c	128	J16.0	D01.3c	32
	0901c	122	J16.8	D01.3c	32
	0901c	122	J17.0*	D01.2a	23
	0901c	122	J18.-	D01.3c	32
	0901c	122	J18.9	D01.3c	32
	0901c	121, 123	J20.1	0403c	98
	0901c	123	J21.9	D00.6a	17
	0901c	123	J35.0	D00.7a	17
	0901c	123	J44.-	1002a	139
	0901c	109	J44.-	1003c	139
	0606a	116	J44.0	1003c	139
	0709a	109	J44.1-	1003c	139
	0606a	109	J45.-	1003c	139
	0709a	116	J45.0	1510b	163
	0606a	109	J46	1002a	138
	0606a	109	J47	1404a	155
	0709a	116	J60-J70	1002a	138
	0606a	109	J82	1002a	138
	0606a	109	J91*	1002a	138
	0606a	109	J95.-	1002a	138
	0606a	109	J98.4	1919a	202
	0606a	109	K21.0	1404a	155
	0606a	109	K22.8	1105a	142
	0606a	109	K25.0	1103a	141
	0606a	109	K25.7	1105a	142
	0606a	109	K29.-	1104a	142
	0606a	109	K29.0	1103a	141
	0606a	106	K31.-	1103a	141
	0606a	109	K31.0	D01.3c	28
	0606a	109	K31.1	D01.3c	28
	0606a	109	K35.-	1101a	141
	0606a	109	K36	1101a	141
	0606a	109	K37	D01.3c	30
	0606a	109	K40.20	1101a	141
	0606a	109	K62.5	D01.1a	21
	0606a	109	K62.8	1106a	143
	0606a	109	K66.0	1403a	155
	0606a	109	K67.1*	1102a	141
	0606a	109	K85.0	D01.2a	23
	0606a	109		0501a	101
	0606a	109		D00.6a	16
	0606a	109		D00.6a	16
	0606a	109		1919a	202
	0606a	109		1919a	202
	0606a	109		1105a	142

ICD-Kode	DKR	Seite	ICD-Kode	DKR	Seite
K92.0	1918a	201	M51.-	1303a	150
K92.2	1106a	143	M51.2	1302a	149
L02.4	0401b	96	M51.9	1303a	150
L03	1201a	145	M54.4	1301a	149
L03.02	0401b	96	M54.5	1301a	149
L03.11	0401b	96		1806a	182
L03.2	1201a	145	M62.8-	1309a	151
L50.-	D009a	19	M68.0-*	D012a	23
L50.0	D009a	19	M73.0-*	D011a	22
L50.1	D009a	19	M84.03	1913a	197
L50.2	D009a	19	M90.0-*	D012a	23
L50.3	D009a	19	M96.-	1919a	202
L50.5	D009a	19	M04.1	D004a	14
L50.6	D009a	19	N08.3*	0401b	93
L50.9	D009a	19		D012a	26
L50.9	D009a	19	N18.-	0905a	125
L55.0	1914a	197	N18.0	0401b	93
L55.1	1914a	197	N19	0905a	125
L55.2	1914a	197	N26	0905a	125
L57.0	P005b	47	N32.8	0209a	79
L89.-	0401b	96	N39.0	0104a	70
L89.1-	0401b	96		1910c	191
L89.2-	0401b	96	N39.3	0601a	106
L89.3-	0401b	96	N39.4-	0601a	106
L89.4-	0401b	96	N40	0220a	83
L89.9-	0401b	96	N43	1402a	154
L90.5	1205a	146	N46	1404a	155
L97	0401b	96	N48.8	1403a	155
M01.1-*	D012a	23	N61	1527a	169
M01.15*	D012a	23	N87.0	1403a	154
M01.16*	D012a	23	N88.8	1403a	155
M20.1	0401b	96	N89.8	1403a	155
	D002c	8	N90.8	1403a	155
M20.2	0401b	96		1406a	156
M20.3	0401b	96	N99.-	1919a	202
M20.4	0401b	96	000.1	1504b	158
	D002c	8	000-002	1504b	158
M20.5	0401b	96	000-007	1508c	161
M21.27	0401b	96	002.0	1503a	158
M21.37	0401b	96	003.1	1504b	159
M21.4	0401b	96	003.3	1504b	159
M21.57	0401b	96	003-006	1504b	158
M21.67	0401b	96	003-007	0103a	69
M21.87	0401b	96	004.-	1505a	159
M23.2-	1307a	151	008.-	1504b	158, 159
M23.3-	1307a	151	008.0	0103a	69
M43.1-	1304a	150	008.1	1504b	158, 159
M49.0-*	D012a	23	008.3	1505a	160
M49.56*	0202b	74	009.-1	1508c	161
M50.-	1303a	150		1519c	166
M50.0†	1302a	149	009.0†	1508c	161
M50.1	1302a	149	009.1†	1504b	158, 159
M50.2	1302a	149			

ICD-Kode	DKR	Seite	ICD-Kode	DKR	Seite
009.1†	1508c	161	020-029	D001a	4
009.2†	1508c	161	024.0 bis 024.3	1510b	162
009.3†	1508c	161	024.4	0401b	89
009.4†	1508c	161	026.-	1510b	162
009.5†	1508c	161	026.82	1510b	162
	1509a	162	026.88	1510b	162
009.6†	1508c	161	030.0	1509a	161, 162
009.7†	1508c	161	032.-	1512a	164
009.9†	1508c	161	032.1	1513a	164
	1509a	162	032.5	1509a	162
009.6†	1508c	161	034.2	1515a	165
009.7†	1508c	161	035.0	1505a	159, 160
020.0	D001a	4	036.4	1522a	168
	1510b	162	036.8	1514c	164
024.0 bis 024.3	0401b	89	042.-	1508c	161
024.4	0401b	89	047.0	1508c	161
026.-	1510b	162	047.1	1519c	166
026.82	1510b	162	048	1520a	166, 167
026.88	1510b	162	060.-	1508c	161
030.0	1509a	161, 162	060.0	1519c	166
032.-	1512a	164	060.1	1505a	160
032.1	1513a	164		1509a	162
032.5	1509a	162	063.-	1519c	166
034.2	1515a	165	064.-	1521a	167
035.0	1505a	159, 160	064.1	1513a	164
036.4	1522a	168	064.8	1509a	162
036.8	1514c	164	071.6	D013c	31
042.-	1508c	161	073.-	1526a	168
047.0	1508c	161	074.6	1524a	168
	1519c	166	075.3	0103a	69
	1519c	166	075.5	1521a	167
047.1	1519c	166	075.6	1521a	167
048	1520a	166, 167	075.7	1515a	165
060.-	1508c	161	080	0506a	102
060.0	1519c	166		1506a	160
060.1	1505a	160	085	1512a	164
	1509a	162	092.3-	0103a	69
	1519c	166	092.5-	1529a	169
	1521a	167	095-099	1529a	169
	1513a	164		1510b	162
	1513a	164		D005a	16
	1509a	162			
	1519c	166			
	1520a	166, 167			
	1508c	161	098	1510b	163
	1519c	166	098.4	0102a	68
	1520a	166, 167	099	1510b	163
	1508c	161	099.0	1510b	163
	1519c	166	099.3	0506a	102, 103
	1509a	162	099.5	1510b	163
	1508c	161	099.6†	1510b	163
	1508c	161	099.7†	1602a	173
	1508c	161	P01.1	1601a	172
	1508c	161	P07.12	1601a	172
	1508c	161	P20.-	1606a	176
	1508c	161	P21.0	1606a	176
	D001a	4	P21.1	1601a	172
	1510b	162	P22.0	1601a	172
	0401b	89	P22.1	1604a	175
	1510b	162	P22.8	1605a	176
	1510b	162	P22.9	1603a	174
	1510b	162	P23.-	1604a	175
	1512a	164	P24.-	D013c	32
	1513a	164	P25.1	1605a	175
	1509a	162	P28.0	1601a	172
	1515a	165		1602a	173
	1505a	159, 160	P36.-	0103a	69
	1522a	168		1603a	174
	1514c	164	P39.8	1603a	174
	1508c	161	P50.-	1603a	175
	1508c	161	P59.9	1601a	172
	1519c	166	P61.2	1603a	175
	1519c	166	P61.3	1603a	175
	1520a	166, 167	P61.4	1603a	175
	1508c	161	P70.-	1603a	174
	1519c	166	P70.0	0401b	89
	1505a	160	P70.1	0401b	89
	1509a	162	P70.2	0401b	89
	1519c	166	P74.-	1603a	174
	1521a	167	P74.1	1603a	175
	1513a	164	P83.5	1402a	154
	1509a	162	P90	1601a	171
	1513a	164		1606a	176
	1526a	168	P91.3	1606a	176
	0103a	69	P91.4	1606a	176
	1524a	168	P91.5	1606a	177
	1521a	167	P92.-	1528a	169
	1521a	167	Q02	D004a	14
	1515a	165	Q21.0	D004a	13
	0506a	102	Q40.0	D013c	28
	1512a	164	Q40.1	D004a	14
	1506a	160	Q76.2†	1304a	150
	1512a	164	Q87.-	D004a	14
	0103a	69	Q87.8	D004a	14
	1529a	169	Q90.0	D004a	13
	1529a	169	R00-R99	1801a	179
	1510b	162		D002c	7
	D005a	16	R02	D010a	20

ICD-Kode	DKR	Seite	ICD-Kode	DKR	Seite
R10.3	D008b	18	S14.13	1910c	192, 193
R13	0601a	106	S14.71	1910c	192
R15	0601a	106	S14.701	1910c	193
	1804a	180	S14.751	1910c	192
R27.0	1802a	179	S21.831	1908a	188
R29.81	1803a	179	S21.871-S21.891	1908a	188
R32	0601a	106	S21.881	1910c	194
	1804a	180	S22.01	1910c	193, 194
R40.0	1909c	189	S22.02	1910c	193, 194
R40.1	1909c	189	S22.06	1910c	190
R40.2	1909c	189	S23--	1302a	149
	1916a	200	S23.11	1910c	193, 194
	1917a	200	S23.12	1910c	193, 194
R47.0	0601a	105	S23.14	1910c	190
	0602a	107	S24--	1910c	193
R52	1806a	181	S24.0	1910c	192
R52-	1806a	180	S24.1-	1910c	191
R52.0	1806a	180	S24.11	1910c	193, 194
R52.1	1806a	181	S24.12	1910c	190
R52.2	1806a	181	S24.71	1910c	192
R56.0	1805a	180	S24.721	1910c	193, 194
R56.8	0202b	73	S24.751	1910c	190
R57.9	1603a	175	S27.38	1908a	188
R59-	D013c	29	S30	1902a	183
	0101c	64	S31.831	1908a	188
R64	0101c	66		D012a	27
	0202b	74	S31.871-S31.891	1908a	188
R73.0	0401b	89	S33--	1302a	149
	0402a	98	S34--	1910c	193
R73.9	0402a	98	S34.0	1910c	192
R75	0101c	63, 65	S34.1-	1910c	191
S00	1902a	183	S34.71	1910c	192
S00.85	1911a	195	S34.721	1910c	190
S01.41	1911a	195	S36.03	1908a	188
S01.831	1907a	187		D012a	27
S01.871-S01.891	1907a	187	S36.49	1908a	188
S02.1	1909c	189	S37.03	D012a	27
S06.31	1911a	195		1908a	188
S06.33	1907a	187	S40.0	D012a	27
	1909c	189	S41.871	1911a	195
S06.5	1909c	189		1903c	27, 184,
S06.7-	1909c	189		185	
S06.70	1911a	195	S42.11	1902a	184
S06.71	1909c	189	S42.21	1903c	27, 185
S08.1	1911a	195	S42.41	1902a	184
S09.7	1911a	195	S43.01	1903c	27, 184,
S10	1902a	183		185	
S10.0	1911a	195	S52.21	1903c	185
S12.22	1910c	192, 193	S52.31	1913a	197
S13-	1302a	149	S52.51	D011a	21
S13.14	1910c	192	S62.32	1510b	163
S14-	1910c	193	S71.1	1911a	195
S14.0	1910c	192	S71.881	1903c	184
S14.1-	1910c	191	S72.3	1903c	184

ICD-Kode	DKR	Seite	ICD-Kode	DKR	Seite
S73.0-	1306c	150	T86.1	0303c	87
S76.1	1901a	183	T86.2	0303c	87
S81.0	1905a	186	T86.3	0303c	87
S83.2	1307a	151	T86.4	0303c	87
S83.50	1901a	183	T86.8-	0303c	87
S91.891	1904a	185	T86.81	0303c	87
S92.3	1904a	185	T86.82	0303c	87
T00-T07	1911a	194	T86.83	0303c	87
T01.8	1911a	195		0704c	115
T07	1911a	194	T86.88	0303c	87
T20-T31	1914a	197	T86.9	0303c	87
T21.23	1914a	198	T89.0-	1905a	186
T21.25	1914a	198	T89.01	1905a	186
T25.3	1914a	198	T90-	1913a	196
T27.0	1914a	198	T90.4	0708a	116
T27.1	1914a	198	T91-	1913a	196
T27.2	1914a	198	T91-	1913a	196
T27.3	1914a	198	T92.1	1913a	197
T29-	1914a	198	T93-	1913a	196
T29.0 bis T29.3	1914a	198	T94-	1913a	196
T31-1	1914a	199	T95-	1913a	196
T36-T50	1916a	199	T96-	1913a	196
T38.3	1916a	200	T97-	1913a	196
T39.0	1918a	201	T98-	1913a	196
T40.2	1916a	200	X49.91	1918a	201
T42.3	1918a	201	Y57.91	1917a	200
T45.5	1918a	201	Y82.81	1919a	202
T51.0	1918a	201	Y84.91	1919a	202
T51-T65	1916a	199	Z00.5	P015c	56
T74-	1915c	199	Z03-	D002c	8
T79.5	1904a	186	Z03.0 bis Z03.9	D002c	8
T79.6	1309a	151	Z08-	0209a	79
T80.2	0103a	69	Z08.1	0209a	79
T80-T88	1919a	201	Z21	0101c	68
T81.0	1919a	202	Z22.5	0102a	68
T81.4	0103a	69	Z34	1510b	163
T82.1	0911c	131	Z35.4	1517a	165
T82.6	0103a	69	Z35.5	1516a	165
T82.7	0103a	69	Z37-1	1507a	161
	0911c	131	Z37.01	0506a	102, 103
T82.8	0901c	122		1505a	160
	0911c	131	Z37.11	1520a	167
T83.5	0103a	69		1505a	160
T83.6	0103a	69	Z37.21	1522a	168
T84-	1306c	151	Z38.0	1509a	161, 162
T84.5	0103a	69		1601a	171, 172
T84.6	0103a	69	Z38.1	1601a	171, 172
T84.7	0103a	69	Z39-	1602a	173
T85.4	1205a	147	Z39.1	1601a	171
T85.71	0103a	69	Z40.00	1518a	165
T85.78	0103a	69	Z40.8	1528a	169
	1205a	147	Z40.8	1205a	147
T85.88	1205a	147	Z42-	1205a	147
T86.0-	0303c	86		1205a	147

ICD-Kode	DKR	Seite	ICD-Kode	DKR	Seite
Z42.1	1205a	147	Z52.6	P015c	58
Z45.0	0911c	131, 132	Z52.8	P015c	58
Z47.0	1913a	197	Z53	D007a	17
Z48.8	0712a	117	Z80.0	0218a	83
	0912c	133		0219a	83
	1518a	165	Z83.7	0218a	83
Z49.0	0912c	132	Z85-	0209a	78, 79
Z49.1	1401c	153	Z85.5	0209a	79
Z51.0	0211c	81	Z85.6	0208c	78
	0213c	82	Z85.7	0208c	78
Z51.1	0211c	67, 80, 81	Z86.7	0601a	105
	0212c	81	Z89.4	0401b	96
Z51.2	0211c	67	Z89.5	0401b	96
Z51.82	0211c	81	Z89.6	0401b	96
Z52-	0301c	85	Z89.7	0401b	96
	P015c	56, 57	Z95.0	0911c	131
Z52.01	0301c	85	Z95.1	0901c	123
	P015c	58		0908c	128
Z52.1	P015c	58	Z95.5	0901c	123, 124
Z52.2	P015c	58	Z95.8	0911c	132
Z52.3	0301c	85	Z96.1	0704c	115
	P015c	58	Z96.6	1306c	150
Z52.4	P015c	56, 58			

OPS-Kode-Index

OPS-Kode	DKR	Seite	OPS-Kode	DKR	Seite
1-100	1405a	155	5-039.20	1806a	182
	P008a	50	5-039.34	1806a	182
1-202.0	P012a	53	5-043	1806a	181
1-265	P005b	46	5-056.40	P004a	45
1-266.0	0911c	131	5-059	1806a	181
1-266.1	0911c	132	5-061	P003a	41
1-440.a	1104a	142	5-061.0	P003a	41
1-511	0609a	111	5-061.2	P003a	41
1-511.0	0609a	111	5-062.2	P013b	54
1-571.1	1403a	154	5-063.2	P003a	40
1-620.0	P007a	50	5-089.1	0712a	117
1-632	1104a	142	5-089.2	0712a	117
1-636	P007a	50	5-089.3	0712a	117
1-650.2	P007a	50	5-09	1206a	147
1-661	0209a	79	5-095.00	P005b	48
1-710	P014a	55	5-097	1206a	147
1-711	P014a	55	5-10	0705c	116
1-712	P014a	55	5-112	P015c	58
1-844	P005b	46	5-113.0	P015c	58
1-853.2	P005b	46	5-125	P015c	59
3-200	1909c	189	5-131.0	0711a	117
3-203	1910c	190	5-181.0	P005b	47
3-225	P001a	36	5-184.0	P005b	48
3-601	P005b	49	5-200.3	P005b	48
3-604	P005b	49	5-201	0803a	119
3-820	P009a	51	5-212.0	P005b	47
5-010	0607a	109	5-278.2	P005b	1204a
5-011	0607a	110	5-289.1	P013b	146
5-011.5	0607a	110	5-311	1001c	53
5-014	0609a	111	5-312	1001c	135, 137
5-014.4	0609a	111	5-335	P015c	59
5-014.6	0608a	110, 111	5-340.1	P004a	45
5-015.4	0607a	110	5-340.30	P013b	53
5-016.0	0607a	109	5-351	P003a	40
5-020.4	0607a	109	5-351.12	P003a	40
5-022.0	0610b	110	5-352.00	0909a	129
5-023	0610b	112		P013b	54
5-023.00	0610b	112	5-361	0908c	126, 129
5-024	P006a	49	5-361.03	0908c	127
5-024.7	0610b	112	5-361.11	0908c	127
5-038	1305a	150	5-361.31	0908c	126
5-038.0	1806a	181	5-362	0908c	126, 127,
5-038.1	0610b	112	5-363.1	0908c	129
5-038.5	0610b	113	5-363.2	0909a	129
5-038.9	0610b	112	5-375.0	0908c	129
5-038.a	0610b	113	5-375.1	P015c	59
5-039	1806a	181	5-375.2	P015c	59
			5-377.0	0911c	130

OPS-Kode	DKR	Seite	OPS-Kode	DKR	Seite	OPS-Kode	DKR	Seite	OPS-Kode	DKR	Seite
5-377.1	0911c	130	5-449.3	P011a	51	5-783	P015c	58	5-986	P003a	42
5-377.2	0911c	130	5-455.64	P001a	36	5-783.0	P003a	41	5-987	P006a	49
5-377.3	0911c	130	5-467.61	P015c	59	5-784	P003a	40	5-988	P003a	42
5-377.4	0911c	130	5-467.62	P015c	59	5-784.0	P015c	58	5-988	P003a	42
5-377.5	0911c	132	5-468	P011a	51	5-786	P003a	41	5-995	P003a	42
5-377.6	0911c	132	5-469.1	1102a	141	5-786	P003a	40	5-995	P004a	44
5-377.7	0911c	132	5-469.2	1102a	141	5-787.35	1913a	197	8-01	P005b	46
5-378	0911c	131	5-503.3	P015c	58	5-790	P011a	51	8-010	P005b	46
5-378.9	0911c	131	5-504	P015c	58, 59	5-790.16	DO11a	21	8-015	1603a	174
5-379.5	0908c	129	5-511.02	P001a	36	5-796	P005	48	8-015	1603a	174
	0909a	129	5-511.11	P006a	49	5-796	1306c	151	8-100.b	P003a	43
5-385.70	P013b	54	5-528	P015c	59	5-820	P003a	40	8-152.1	P005b	46
5-392.1	0502a	101	5-53	P005b	48	5-820.0	P003a	40	8-153	P005b	46
5-393.42	0912c	132	5-530	1402a	154	5-820.01	P003a	41	8-17	P005b	46
5-394.5	0912c	133	5-530.0	P005b	48	5-820.2	P003a	40	8-191	1914a	199
5-394.6	0912c	133	5-530.00	P005b	48	5-829.1	P003a	40		P005b	46
5-394.7	0909a	129	5-530.01	P005b	48	5-829.a	P003a	40	8-201.g	P014a	55
5-403	P003a	41	5-530.02	P005b	48	5-835	P003a	40	8-310	1306c	151
5-403.11	P003a	41	5-530.03	P005b	48	5-835	1305a	150	8-390	P005b	46
5-403.31	P003a	41	5-530.0x	P005b	48	5-835.3	1305a	150	8-510.1	P004a	45
5-410.0	P015c	58	5-541.0	DO11a	21	5-836	1305a	150	8-52	P004a	45
5-410.00	0301c	85	5-541.0	P004a	45	5-836.41	1910c	191	8-52	0211c	81
5-410.01	0301c	85	5-554.8	P015c	56, 58	5-837	1305a	150	8-523.0	0608a	110
5-410.1	P015c	58	5-555	P015c	58, 59	5-838	1305a	150	8-523.1	0608a	110
5-410.10	0301c	85	5-559.3	P013b	54	5-838.0	P011a	51	8-523.2	0608a	110
5-410.11	0301c	85	5-580	P003a	43	5-850	P012a	52	8-529	0608a	110
5-411	0301c	85	5-580.0	P003a	43	5-864.8	P005b	48	8-529.6	0608a	111
	P015c	58	5-580.1	P003a	43	5-89...-5.92	P015c	58	8-53	0213c	82
5-44	P003a	38	5-611	1402a	154	5-890	P012a	52	8-54	0101c	67
5-448	P003a	38	5-651.22	P002a	37	5-893	P012a	52	8-541.4	0211c	80, 81
	P006a	49	5-672.10	1403a	154	5-893.0	P012a	52	8-542	0101c	81
5-448.0	P003a	38	5-683.04	P004a	44	5-893.1	P012a	52		0211c	80
	P006a	49	5-685.30	P001a	36	5-894.08	P005b	47	8-55 bis 8-60	P005b	46
5-448.00	P003a	38	5-690.0	1502a	157	5-894.0a	P005b	47		1601a	172
5-448.01	P003a	38	5-690.1	1502a	157	5-894.0f	P005b	47		1603a	174
5-448.02	P003a	38	5-690.2	P002a	37	5-90	1202a	145		1603a	174
5-448.03	P003a	38	5-702.1	P008a	50	5-900	1202a	145		P011a	51
5-448.0x	P003a	38	5-720.1	P001a	36	5-901	1207b	148	8-60	P005b	46
	P003a	38, 39	5-727.1	1509a	162	5-904	P015c	58	8-63 bis 8-65	P005b	46
5-448.1	P006a	49	5-730	1506a	160	5-904	1207b	148		P005b	46
	P003a	39	5-733	1522a	167, 168	5-924	1207b	148	8-641	0911c	131
5-448.10	P003a	38	5-738.0	P004a	45		P015c	58	8-642	0911c	131
5-448.2	P006a	49	5-74	1525c	168	5-930.4	0401b	92, 95	8-643	0911c	132
	P003a	38	5-740.1	1509a	162	5-981	1911a	195	8-70	1001c	137
5-448.3	P003a	38	5-749.0	1525c	168	5-982	P003a	42	8-700	1001c	138
	P006a	49	5-753.2	P013b	54	5-982	P003a	42	8-701	P005b	46
5-448.4	P003a	38	5-756	1523a	168	5-983	1911a	195	8-704	1001c	135, 138
5-448.5	P003a	38	5-771	1526a	168	5-983	P003a	42	8-706	1001c	135
5-448.6	P003a	38	5-772	1204a	146	5-984	P013b	54	8-71	P005b	46
5-448.8	P003a	38	5-778	1204a	146	5-985	P003a	42	8-711	1001c	135, 137
5-448.9	P003a	38, 39	5-783	1202a	145	5-986	P003a	42	8-711.0	P011a	51
5-448.x	P003a	39		1204a	146		0610b	112	8-717	1001c	138
5-448.x0	P003a	39								1001c	138
5-448.y	P003a	39								1001c	138

<u>OPS-Kode</u>	<u>DKR</u>	<u>Seite</u>	<u>OPS-Kode</u>	<u>DKR</u>	<u>Seite</u>
8-718	1001c	137, 138	8-810	0302a	86
	P003a	41		1603a	175
8-718.0	P012a	53	8-810.0	0302a	86
	1001c	135	8-811	1603a	175
8-718.1	P012a	53		P011a	51
	1001c	135	8-836.0e	0912c	133
8-718.4	P012a	53	8-836.7e	0912c	133
	1001c	135	8-851	0908c	127, 129
8-718.5	P012a	53	8-851.1	0908c	127
	1001c	135	8-851.2	0908c	127
8-718.6	P012a	53	8-852.0	0910c	130
	1001c	135	8-852.1	0910c	130
8-718.7	P012a	53	8-853.1	1401c	153
	1001c	135	8-853.2	1401c	153
8-718.8	P012a	53	8-854.1	1401c	153
	1001c	135	8-854	1401c	153
8-718.9	P012a	53	8-855	1401c	153
	1001c	135	8-855.1	1401c	153
8-718.a	P012a	53	8-855.2	1401c	153
	1001c	135	8-857	1401c	153
8-718.b	P012a	53	8-90	P009a	50
	1001c	135	8-900	P009a	51
8-718.y	P012a	53	8-91	1806a	181
	1001c	136		P001a	36
8-720	1001c	136	8-910	P005b	46
	1603a	174		1506a	160
	P005b	46		1806a	181
	P011a	51		P001a	36
8-771	0903a	124	8-914	1806a	181
8-800	0302a	86	8-918	1806a	181
	1603a	175	8-92 bis 8-93	P005b	46
	P005b	46	8-978	P012a	53
	P012a	52		P015c	56
8-800.0	P012a	52	9-260	0506a	102
8-800.1	P012a	52		1506a	160
8-800.2	0302a	86		1522a	167
8-800.3	P012a	52	9-261	0506a	103
	0302a	86		1506a	160
8-802	1603a	175		1509a	161
	P005b	46		1520a	167
8-805	0301c	85	9-31	1522a	167, 168
	P015c	58	9-40	P005b	46
	P005b	46		P005b	46